

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας- Διατροφής

Πτυχιακή Εργασία της φοιτήτριας
Τζίτζιρίκας Σοφίας

**Θηλασμός: ένας από τους παράγοντες που
καθορίζουν την μεταβολή του βάρους στη
1^η βρεφική ηλικία.**



Τριμελής Επιτροπή
Δεδούσης Γεώργιος
Ζαμπέλας Αντώνης
Μανιός Ιωάννης
(επιβλέπων)

ΑΘΗΝΑ 2004

ΠΤΥ
ΤΖΙ

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη διερευνά την επίδραση του θηλασμού στην αύξηση του σωματικού βάρους στη 1η βρεφική ηλικία. Η απότομη αύξηση του σωματικού βάρους στην ηλικία αυτή σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο παιδικής παχυσαρκίας. Εξετάσθηκαν 2384 παιδιά από πέντε περιοχές της Ελλάδας, για τα οποία λήφθηκαν πληροφορίες για τη διατροφή και την ανάπτυξη τους στη 1η βρεφική ηλικία. Μετά από στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι τα παιδιά που θήλασαν αποκλειστικά 6 μήνες είχαν 0,17kg ($P=0,003$) και 0,24kg ($P=0,00$) χαμηλότερο βάρος στην ηλικία των 4 και 6 μηνών αντίστοιχα, συγκρινόμενα με τα παιδιά που έλαβαν αποκλειστικά υποκατάστατο.

Ο θηλασμός, πέρα από το πλεονέκτημα που προσφέρει στην αύξηση του βάρους στους πρώτους 6 μήνες, έχει και πολλά άλλα πλεονεκτήματα για τη μητέρα και το παιδί. Δεύτερος στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν ο προσδιορισμός του επιπολασμού του θηλασμού στην Ελλάδα και η περιγραφή των χαρακτηριστικών της μητέρας που επιλέγει και επιτυγχάνει τελικά να θηλάσει, ώστε τα στοιχεία αυτά να αποτελέσουν βάση για την προώθηση του θηλασμού. Από τις μητέρες των βρεφών λήφθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, την καταγωγή, τη μόρφωση, το επάγγελμά, καθώς και τη συνήθεια του καπνίσματος. Βρέθηκε ότι το 1^ο δίμηνο το 71% των μητέρων θηλάζει (45% αποκλειστικά και 27% μικτά), όμως το ποσοστό του θηλασμού στον 6 μήνα είναι 31% (19% αποκλειστικά και 12% μικτά). Η χαμηλή μόρφωση και η συνήθεια του καπνίσματος φάνηκε να επηρεάζουν αρνητικά το θηλασμό. Οι μητέρες με υψηλή μόρφωση έχουν υπερδιπλάσιο ποσοστό έναρξης και διατήρησης του θηλασμού στον έκτο μήνα, έναντι των μητέρων που ολοκλήρωσαν μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση. Ενώ οι μητέρες που καπνίζουν >20 τσιγάρα έχουν το μισό περίπου ποσοστό έναρξης του θηλασμού σε σχέση με τις μη καπνίστριες, αλλά και υποτριπλάσιο στη διατήρησή του τον 4^ο και τον 6^ο μήνα. Χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού παρατηρήθηκαν επίσης σε μεγαλύτερης ηλικίας μητέρες, καθώς και σε μητέρες Ελληνικής καταγωγής όταν αυτές συγκρίθηκαν με μητέρες που κατάγονται από άλλες χώρες. Επαγγέλματά που σχετίζονται με υψηλή μόρφωση και ανώτερη κοινωνική θέση είχαν τα υψηλότερα ποσοστά θηλασμού. Ενώ μεταξύ των υπολοίπων επαγγελμάτων δεν φάνηκε να υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Αρ. Κτημ: _____

Αρ. Εισαγ: 13.054

Κωδ. Εγγραφής: 10074

Ταξινόμ. Αριθμ: 075721

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. 1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

1.1.1. Η αύξηση της παχυσαρκίας και οι επιπτώσεις της.....	1
1.1.2. Συσχέτιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων με τη παιδική παχυσαρκία.....	3
1.1.3. Συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους.....	3
1.1.4. Η παχυσαρκία ως πολυπαραγοντική νόσος.....	6

1.2. ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗ 1^η ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.2.1. Γονίδια	9
1.2.2. Διατροφή.....	11

1.1. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

1.3.1. Πλεονεκτήματα του θηλασμού.....	13
1.3.2. Ανάγκη προσδιορισμού της συχνότητας του στον ελληνικό πληθυσμό	20

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....21

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....24

3.1. Επίδραση του είδους της διατροφής στους πρώτους 6 μήνες της ζωής του ανθρώπου στην αύξηση του βάρους του.....	24
3.2. Χαρακτηριστικά της θηλάζουσας	27

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....37

4.1. Επιπολασμός του θηλασμού στην Ελλάδα.....	37
4.2. Επίδραση του θηλασμού στην αύξηση του βάρους στη 1 ^η βρεφική ηλικία.....	39
4.3. χαρακτηριστικά της θηλάζουσας	39

5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....41

6. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....47

1.1. ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

1.1.1. Η αύξηση της παχυσαρκίας και οι επιπτώσεις της.

Η αύξηση που παρατηρείται σήμερα στη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας είναι ραγδαία και το γεγονός αυτό κινεί το ενδιαφέρον όλων για αντιστροφή αυτού του ρυθμού. Η ανάγκη για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προκύπτει από τις πολλαπλές συνέπειες που έχει η παρουσία της στην υγεία και ψυχοσύνθεση των ατόμων που την αντιμετωπίζουν, και συνεπακόλουθα στις απαιτούμενες δαπάνες στο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα το κόστος της παχυσαρκίας στη κοινωνία μας προέρχεται από τις επιπτώσεις της σε τρεις κυρίως τομείς: την σωματική και συναισθηματική υγεία και την οικονομία.

Επιπτώσεις στην υγεία

Τα παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για χρόνια νοσήματα όπως υπέρταση, διαβήτη, υπερλιπιδαιμίες, καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα της χολής και κάποιες μορφές καρκίνου. Ενώ έχουν, επίσης αυξημένες πιθανότητες συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό να εμφανίσουν άσθμα, δύσπνοια, καθώς και ποικίλα ενδοκρινολογικά προβλήματα.

Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις

Η παρουσία παχυσαρκίας πέρα από τις επιπτώσεις που έχει στη σωματική υγεία των ατόμων, επιδρά και στη ψυχοσύνθεσή τους. Τα παχύσαρκα άτομα έχουν κακή εικόνα σώματος και αυξημένη επιθυμία για απώλεια βάρους, ενώ παράλληλα έχουν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση. (Strauss RS 2000)

Οι επιδράσεις αυτές είναι ακόμη εντονότερες όταν το παχύσαρκο άτομο βρίσκεται στη παιδική ηλικία και οφείλονται τόσο στην αντιμετώπιση που δέχονται από τους συνομηλίκους, όσο και στην εικόνα που αποκτά το ίδιο το άτομο για το σώμα του. Όταν ζητήθηκε από παιδιά ηλικίας 6-10ετών να χαρακτηρίσουν τα παχύσαρκα παιδιά, τα περιέγραψαν ως ανόητα, βρώμικα, άσχημα, άτονα και βαριεστημένα. (Staffieri JR 1967) Ενώ και άλλες έρευνες, όπως μία έρευνα που έγινε σε παιδιά 8-12 ετών στην Αυστραλία είχε παρόμοια αποτελέσματα (Tiggemann M & Anesbury T. 2000) Η κατάσταση περιγράφεται ακόμη πιο δραματική για τα κορίτσια που βρίσκονται στην εφηβεία. (Falkner Nhet al, 2001) Είναι φυσικό λοιπόν όταν το παχύσαρκο παιδί και έφηβος δέχονται τέτοια αντιμετώπιση στις ευαίσθητες αυτές χρονικές περιόδους της ζωής τους, να δυσκολεύονται να δομήσουν μια υγιή και ισχυρή προσωπικότητα.

Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δυτικού τύπου κοινωνίες, οι γυναίκες που ήταν παχύσαρκες κατά την παιδική και εφηβική τους ηλικία εμφανίζονται να έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, λιγότερα χρήματα, χαμηλότερο ποσοστό γάμων στην ενήλικη ζωή τους σε σύγκριση με τις γυναίκες που διατηρούσαν πάντα φυσιολογικό βάρος (*Gortmaker SL et al, 1993*). Άλλη μια έρευνα έδειξε ότι οι παχύσαρκοι νέοι αντιμετώπισαν μεγαλύτερη δυσκολία στην ενοικίαση καθώς και στο να γίνουν δεκτοί στο κολέγιο. Ενώ δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με μειωμένη ακαδημαϊκή απόδοση ή ασθενέστερη επιθυμία εισαγωγής σε κολέγιο. (*Karris LI 1977*)

Οικονομικές επιπτώσεις

Οι συνέπειες της παχυσαρκίας στην υγεία που περιγράφηκα πιο πάνω επιδρούν φυσικά και στην οικονομία μιας κοινωνίας. Πιο συγκεκριμένα το κόστος της παχυσαρκίας για κάθε οικονομικό σύστημα συντελείται από:

◆ Το άμεσο κόστος

Σύμφωνα με δημοσίευση του *World Health Organization. Obesity, 2000*, το κόστος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας προσδιορίζεται στις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες στο 2-7% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Ενώ παράλληλα, αυξάνεται και το κόστος για άλλες ασθένειες (π.χ. καρκίνος του μαστού και του ενδομητρίου, νόσων της καρδιάς, λιπώδες ήπαρ) οι οποίες σχετίζονται με την παχυσαρκία.

◆ Το έμμεσο κόστος

Η παχυσαρκία προκαλεί επίσης απώλεια δυναμικού της κοινωνίας μέσω των ασθενειών και των πρόωγων θανάτων που προκαλεί. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες στη Σουηδία έδειξε ότι σχεδόν 10% της απώλειας της παραγωγικότητας οφείλεται στη παχυσαρκία. (*Narbro K et al, 1996*)

Πολύ πιο δύσκολο είναι να εκτιμήσει κανείς το κόστος της παιδικής παχυσαρκίας, γιατί η συνεισφορά των παιδιών στην εθνική οικονομία είναι υψηλής σημασίας. Αφού πέρα από την απώλεια που οφείλεται στους πρόωγους θανάτους και τις ασθένειες που τα παιδιά αυτά μπορεί να αντιμετωπίσουν, πρέπει να υπολογιστεί και η απώλεια που προκύπτει από την ενασχόληση των γονέων τους με αυτές τις καταστάσεις. Τέλος, πρέπει να υπολογιστεί το κόστος των απαιτούμενων προσαρμογών στη σχολική μεταφορά, σίτιση και εξοπλισμό που απαιτείται ώστε αυτά να είναι κατάλληλα και για τα παιδιά αυτά.

◆ Το μη προσδιορίσιμο κόστος

Η δαπάνη χρημάτων, χρόνου και προσοχής των παχύσαρκων ατόμων και των οικογενειών τους στις προσπάθειες που καταβάλλονται για την απώλεια του περιττού βάρους.

1.1.2. Συσχέτιση της παχυσαρκίας των ενηλίκων με τη παιδική παχυσαρκία.

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται σαφές ότι η παχυσαρκία έχει κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για κάθε κοινωνία και για το λόγο αυτό είναι ανάγκη να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό της. Όμως, όπως παρουσιάζεται από τις επιστημονικές έρευνες το ποσοστό των παχύσαρκων ενηλίκων που επιτυγχάνουν να αποκτήσουν φυσιολογικό βάρος και να το διατηρήσουν είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Για το λόγο αυτό θα ήταν αποτελεσματικότερο να υπάρχει μέριμνα ώστε να αποφευχθεί η ανάπτυξη της παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή. Σημαντικό βήμα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, αφού μεγάλο μέρος των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών θα γίνουν παχύσαρκοι ενήλικες. Συγκεκριμένα το 26 έως 41% των παχύσαρκων παιδιών προσχολικής ηλικίας και το 42 έως 63% των παχύσαρκων παιδιών σχολικής ηλικίας θα εξακολουθήσουν να είναι παχύσαρκα και μετά την ενηλικίωση, σύμφωνα με ανασκόπηση 17 δημοσιευμένων ερευνών. (Serdula MK et al, 199).

Είναι, λοιπόν, ιδιαίτερα σημαντικό να ελέγξουμε τη παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας. Στη συνέχεια παρατίθενται στοιχεία σχετικά με τα ποσοστά παιδικής παχυσαρκίας παγκόσμια και τους ρυθμούς αύξησης τους παγκόσμια, επικεντρώνοντας στις περιοχές εκείνες που έχουν ανθρωπομετρικές και πολιτισμικές ομοιότητες με την Ελλάδα.

1.1.3. Συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο απασχολεί το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας το ζήτημα της παιδικής παχυσαρκίας. Πολλές μελέτες πραγματοποιούνται παγκόσμια με σκοπό τον προσδιορισμό του μεγέθους του προβλήματος, των επιπτώσεων του, των γενεσιουργών και ενισχυτικών παραγόντων, καθώς της αποτελεσματικότητας διαφόρων παρεμβατικών μεθόδων. Στα πλαίσια της περιγραφής της έκτασης του προβλήματος σήμερα και της τάσης που παρουσιάζει για

αύξηση παρατείνονται μερικές από τις πιο αξιόπιστες δημοσιεύσεις.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, και ιδιαίτερα στη Βόρεια Αμερική και την Ευρώπη, έχουν γίνει αρκετές μελέτες με σκοπό τον προσδιορισμό της έκτασης του προβλήματος της παιδικής παχυσαρκίας. Ενώ υπάρχουν στοιχεία και για τις αναπτυσσόμενες χώρες, που είναι όμως πιο περιορισμένα για τα παιδιά πάνω των 5 ετών και για τους εφήβους. Τα στοιχεία αυτά μας παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για την σοβαρότητα του προβλήματος της παχυσαρκίας μεταξύ των νέων ανθρώπων.

Η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας διαφέρει μεταξύ των διαφόρων περιοχών του πλανήτη. Συγκεντρώνοντας τα διαθέσιμα παγκοσμίως στοιχεία σχετικά με τα άτομα μεταξύ των ηλικιών 5-17 ετών προσδιορίστηκε ότι 10% των ατόμων αυτών έχουν βάρος υψηλότερο του φυσιολογικού, ενώ το 1-3% είναι παχύσαρκοι. Όμως τα ποσοστά αυτά δεν περιγράφουν την κατάσταση που επικρατεί, αφού η κατανομή των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων διαφέρει σημαντικά μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Έτσι, ενώ στην Αφρική και την Ασία το ποσοστό των υπέρβαρων ατόμων είναι χαμηλότερο του 10%, στην Αμερική και την Ευρώπη ξεπερνά το 20%.



Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών παρουσιάζει ραγδαία αύξηση τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά με διαφορετικές ταχύτητες. Η Βόρεια Αμερική και η Ευρώπη έχουν την υψηλότερη ανά χρόνο αύξηση του ποσοστού των υπέρβαρων παιδιών. Τα ποσοστά αυτά αυξάνουν 0,5% το χρόνο στις Η.Π.Α. και στη Βραζιλία, και σχεδόν 1% το χρόνο στον Καναδά, την Αυστραλία και τη Βρετανία, τις τελευταίες δύο δεκαετίες.

Πιο συγκεκριμένα:

Στην Αμερική το ποσοστό υπέρβαρων παιδιών και εφήβων μεταξύ των ηλικιών 6-18 ετών, όπως καταγράφηκαν για τα έτη 1988-1994, είναι 25,6%, παρουσιάζοντας αύξηση περίπου 10% συγκριτικά με την προηγούμενη καταγραφή που είχε γίνει τα έτη 1971-1974 (15,4%). (Ogden CL et al, 1999-2000.)

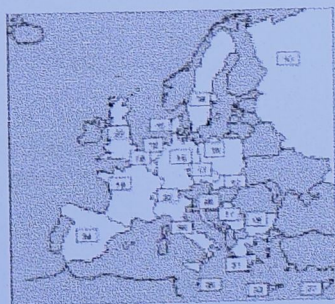
Στον Καναδά, ενώ το 1981 μόνο το 11% των αγοριών και το 13% των κοριτσιών είχαν βάρος μεγαλύτερο του φυσιολογικού, η καταγραφή του 1996 έδειξε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων αγοριών και κοριτσιών αυξήθηκε σε 27% και 33% αντίστοιχα. (Tremblay MS et al, 2002)

Τα απογραφικά στοιχεία που υπάρχουν από τη Βραζιλία και τη Χιλή ότι η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται επίσης και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στη Βραζιλία το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών και εφήβων ηλικίας 6-18 ετών αυξήθηκε από 4,1% που ήταν τη δεκαετία του '70 σε 13,9% στη δεκαετία του '90. (Tremblay MS et al, 1981-1996) Στη Χιλή, δύο μεγάλες έρευνες έδειξαν σημαντική αύξηση των υπέρβαρων δχρονων παιδιών μεταξύ των ετών 1987 και 2000, όπου το ποσοστό για τα κορίτσια αυξήθηκε από 14% σε 27% και για τα αγόρια από 12% σε 26%. (Kain Jet al, 2002)

Στην Ευρώπη έχει πραγματοποιηθεί σημαντικός αριθμός μελετών με αντικείμενο τη διερεύνηση των τάσεων της παιδικής παχυσαρκίας στις Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβάνοντας στοιχεία από το IOTF σε συνεργασία με το European Childhood Obesity Group.

(Lobstein TJ, Frelut M-L, 2003) Στη Βόρεια Ευρώπη τα ποσοστά είναι σχετικά χαμηλότερα. Στη Βρετανία, για παράδειγμα, το 20% των παιδιών ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα το 1998. (Lobstein TJ, James WPT & Cole TJ, 2003)

Στη Σουηδία το ποσοστό για τα παιδιά ηλικίας 10 ετών βρέθηκε 18%, ενώ στη

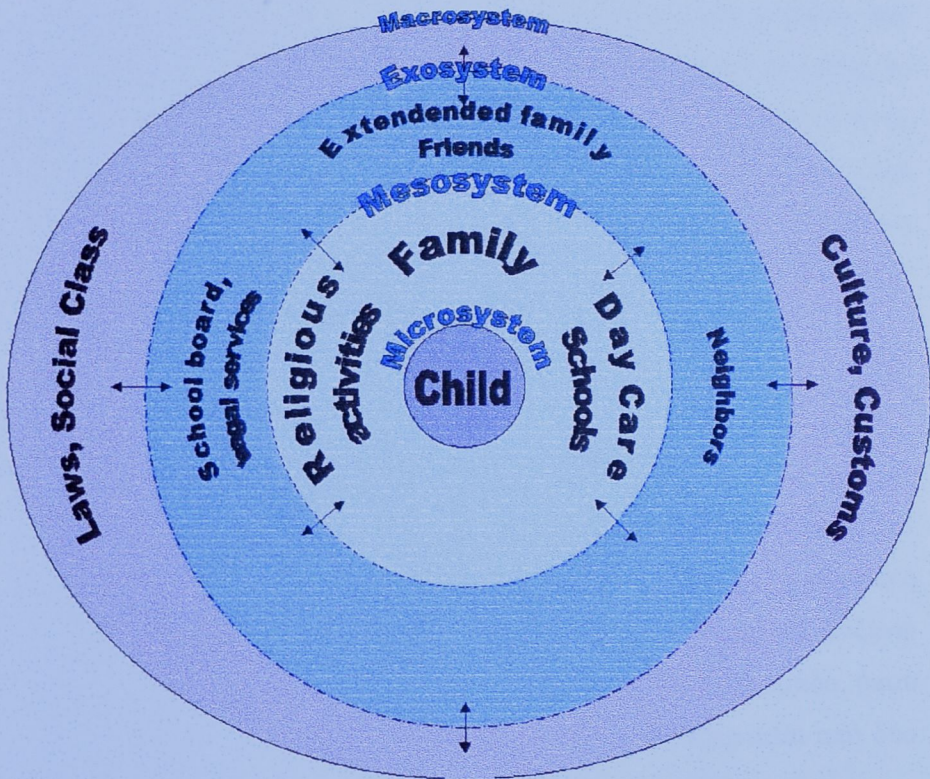


Φιλανδία το ποσοστό για τους εφήβους βρέθηκε να είναι 13%. (Kautiainen S et al 2002) Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά η παιδική παχυσαρκία αυξάνεται σταθερά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, αν και οι τάσεις αύξησης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη γεωγραφική περιοχή, το φύλο και την ηλικία. Τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στις Νότιο-Ευρωπαϊκές. Μία πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι το 36% των 9χρονων παιδιών στη κεντρική Ιταλία και τη Σικελία είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. “Perra A et al, 2002” Στην Ισπανία, το 27% των παιδιών και των εφήβων έχουν βάρος μεγαλύτερο του φυσιολογικού. (Majem LS et al, 2001) Στην Ελλάδα το ποσοστό ήταν 26% για τα αγόρια και 19% για τα κορίτσια στις ηλικίες μεταξύ 6-17 ετών. (Krassas GE et al 2001) Ενώ στοιχεία από την Κρήτη δείχνουν ότι το 39% των παιδιών ηλικίας 12 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα. (Manios Y et al, 2002)

Όπως προκύπτει από τα στατιστικά στοιχεία το πρόβλημα της παιδικής παχυσαρκίας δεν είναι απλώς ένα ζήτημα που αφορά την παγκόσμια κοινότητα, αλλά ένα πρόβλημα το οποίο παρουσιάζεται σε σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού. Είναι λοιπόν αναγκαίο να το διερευνήσουμε διεξοδικά τους παράγοντες εκείνους που ευνοούν και ενισχύουν την ανάπτυξή της.

1.1.4. Η παχυσαρκία ως πολυπαραγοντική νόσος.

Η παχυσαρκία είναι μία σύνθετη και πολυπαραγοντική νόσος. Η ανάπτυξη της πέρα από την ύπαρξη γενετικής προδιάθεσης, επηρεάζεται από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, το οικογενειακό περιβάλλον, το ευρύτερο περιβάλλον, την πνευματική και ψυχική υγεία του ίδιου του ατόμου.



Από τα στατιστικά στοιχεία είναι ήδη εμφανές πως τα παιδιά που ζούνε σε δυτικού τύπου κοινωνίες έχουν αυξημένες πιθανότητες να γίνουν υπέρβαρα ή και παχύσαρκα. Για το γεγονός αυτό ενοχοποιούνται διάφορες πτυχές της ζωής σε αυτές τις κοινωνίες, όπως η αλλαγή στις οικογενειακές διατροφικές συνήθειες και το γρήγορο φαγητό (Whitaker RC et al, 1997 & Kaplowitz HJ et al, 1988)”, η μείωση της φυσικής δραστηριότητας στη παιδική ηλικία (Parsons TJ et al, 1999), η έλλειψη χρόνου που διαθέτουν οι γονείς στα παιδιά τους και η αύξηση του χρόνου που τα παιδιά παρακολουθούν τηλεόραση. (Lake JK, Power C & Cole TJ, 1997)

κοινωνικο-οικονομική θέση

Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι στις δυτικού τύπου κοινωνίες τα παιδιά από χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικά τάξεις αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο. (Parsons TJ et al, 1999) Οι λόγοι που οδηγούν σ' αυτό δεν είναι ξεκάθαροι. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση, οι περιορισμένες δυνατότητες για διαφορες δραστηριότητες και συνεπώς η μεγαλύτερη διάρκεια παρακολούθησης τηλεόρασης είναι μερικοί από αυτούς που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Ενώ, παράλληλα, τα



παιδιά αυτά έχουν πιο περιορισμένες δυνατότητες να αντιμετωπίσουν τη παχυσαρκία, όταν αυτή παρουσιαστεί.

Με αντίστροφο ακριβώς ρόλο επιδρά η κοινωνικο-οικονομική θέση στις μη δυτικές κοινωνίες, όπου τα παιδιά από εύρωστες οικογένειες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για αύξηση του σωματικού τους βάρους συγκρινόμενα με παιδιά από φτωχότερες οικογένειες (Wang Y, Ge K & Popkin BM, 2000)

οικογένεια

Διάφοροι παράμετροι οι οποίοι αφορούν τη δομή της οικογένειας (όπως η μονογονική οικογένεια, ο αριθμός των τέκνων, η σειρά γέννησης και η ηλικία της μητέρας), έχουν απασχολήσει κάποιους ερευνητές, όμως τα ευρήματα είναι μέχρι στιγμής αντιφατικά. Η λειτουργία της οικογένειας, που σχετίζεται με την ανάπτυξη της ψυχρσύνθεσης και της συμπεριφοράς του παιδιού, έχει και αυτή διερευνηθεί σε μικρό βαθμό. Όμως, σύμφωνα με έρευνα που έγινε στη Δανία, η παραμέληση και η έλλειψη υποστήριξης, από τους γονείς αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη παχυσαρκίας σε νεαρούς ενήλικες. (Lissau I & Sorensen TI, 1994) Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η ποιότητα της οικογένειας, το βαθμός της γονικής φροντίδας και το τοπικό περιβάλλον είναι καθοριστικότεροι παράγοντες για την ανάπτυξη παχυσαρκίας συγκριτικά με το μέγεθος και την οικονομική θέση της οικογένειας. Τέλος, παράγοντες που αφορούν τη συμπεριφορά των γονιών σε σχέση με το φαγητό, όπως έλλειψη ελέγχου της πρόσληψης φαγητού σε αντίδραση καταστάσεων που δεν σχετίζονται με την τροφή και συνεχείς προσπάθειες για απώλεια βάρους, αυξάνουν τις πιθανότητες για ανάπτυξη παχυσαρκίας στα παιδιά. (Hood MY et al, 2000)

ο ρυθμός που αυξάνεται το βάρος στη διάρκεια της 1^η βρεφικής ηλικίας

Μεταξύ των παραγόντων που ενοχοποιούνται για συνέργια στην ανάπτυξη παχυσαρκίας είναι και ο ρυθμός που αυξάνεται το βάρος στη διάρκεια της 1^η βρεφικής ηλικίας. Σύμφωνα με την έρευνα των Koletzko et al, 2004, η αύξηση βάρους κατά τη βρεφική ηλικία είναι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση αυξημένου βάρους αργότερα στη ζωή των ατόμων, συγκρινόμενη με τη μεταβολή άλλων ανθρωπομετρικών παραγόντων. Η απότομη αύξηση του βάρους κατά τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση παίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη παχυσαρκίας. Μια πρόσφατη έρευνα αναφέρει ότι



απότομη αύξηση βάρους κατά τους τέσσερις πρώτους μήνες ζωής αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας στην ηλικία των επτά, ανεξάρτητα από το βάρος γέννησης, το βάρος στην ηλικία ενός έτους, το BMI και τη μόρφωση της μητέρας. (Stettler N et al, 2002) Άλλη μια έρευνα έχει δείξει ότι μωρά που γεννήθηκαν με χαμηλά βάρος και κάλυψαν τη διαφορά σε σύντομο χρονικό διάστημα βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία και κεντρική εναπόθεση λίπους στην ηλικία των 5 ετών.(Ong KK et al, 2000)

1.2. Αύξηση του βάρους στη 1^η βρεφική ηλικία

Με σκοπό τον έλεγχο της παιδικής παχυσαρκίας θα προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τις συνθήκες εκείνες κάτω από τις οποίες παρατηρείται απότομή αύξηση του βάρους κατά τη 1^η βρεφικής ηλικία και η οποία με τη σειρά της αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας. Η αύξηση του βάρους σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, όπου οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν έχουν προλάβει να δράσουν, εξαρτάται από δύο κυρίως παράγοντες: τη γενετική προδιάθεση και τη διατροφική πρόσληψη.

1.2.1. Γονίδια

Η επίδραση της γενετικής προδιάθεσης στην μεταβολή του βάρους στη πρώτη βρεφική ηλικία δεν έχει διερευνηθεί. Όμως έχουν γίνει πολλές μελέτες με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης των γονιδίων στην αύξηση βάρους σε άλλες ηλικιακές ομάδες. Παρατηρήσεις σε ζεύγη διδύμων, σε οικογένειες και εκτεταμένα γενεαλογικά δέντρα έχουν δείξει ότι τα άτομα έχουν σημαντικότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκα όταν έχουν παχύσαρκους συγγενείς. Η παχυσαρκία η οποία επιμένει από την παιδική



ηλικία έως και την ενήλικη ζωή συνδέεται επίσης με παχύσαρκτη οικογένεια δεδομένα από τη βρετανική προοπτική έρευνα των γεννήσεων του 1958 αποδεικνύουν ότι τα παχύσαρκα παιδιά που έχουν παχύσαρκους γονείς, έχουν περισσότερες πιθανότητες να συνεχίσουν να είναι παχύσαρκα και στην ενήλικη ζωή τους, ιδιαίτερα όταν και οι

δύο γονείς τους είναι παχύσαρκοι. (Lake JK, Power C & Cole TJ, 199).

Η σχετική επίδραση του βάρους των γονιών και του παιδιού στη διατήρηση της παιδικής παχυσαρκίας στην ενηλικίωση φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Μια μεγάλη αναδρομική cohort study που διερεύνησε ιατρικά αρχεία για γονείς και παιδιά κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της γονικής παχυσαρκίας στη διαμόρφωση του βάρους του παιδιού στην ενηλικίωση είναι ισχυρότερη μεταξύ των ηλικιών 2 και 10 ετών. Στην εφηβεία το βάρος του ίδιου του παιδιού είναι πολύ πιο καθοριστικός παράγοντας. (Whitaker RC et al, 1997)

Στην Ten -State Nutrition Study of 1968-1970, το ποσοστό λίκυους των παιδιών αυξανόταν καθώς κινούμαστε από το συνδυασμό των δύο αδύνατων στο συνδυασμό δύο παχύσαρκων γονέων. Γενικότερα τα αδύνατα παιδιά είχαν δύο αδύνατους γονείς, τα παχύτερα παιδιά είχαν δύο παχύσαρκους γονείς, ενώ τα παιδιά ενδιάμεσου πάχους είχαν ένα αδύνατο και ένα παχύσαρκο γονέα. Ενώ η μητρική παχυσαρκία δεν φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας σε σχέση με τη πατρική παχυσαρκία. (Garn SM, Bailey SM & Higgins IT, 1976)

Τα ευρήματα μίας έρευνας βασισμένης στα Δανικά μητρώα υιοθεσίας επιβεβαίωσε την ισχυρή επίδραση των γονιδίων στη εμφάνιση παχυσαρκίας. (Stunkard AJ, Foch TT & Hrubec Z, 1986) Αφού σύμφωνα με την έρευνα αυτή, η σύγκριση των BMI των παιδιών που υιοθετήθηκαν με το BMI των θετών και των βιολογικών τους γονιών έδειξε μακρά μεγαλύτερη συσχέτιση με το BMI των βιολογικών γονιών.

Μια σειρά λεπτομερών αναλύσεων σε παρατηρήσεις σε ζεύγη διδύμων που εκτέθηκαν σε υπό- και υπερσιτισμό έδειξε μια ουσιώδη επίδραση του γενετικού παράγοντα στην αύξηση του βάρους ως απάντηση στη πρόσληψη τροφής, υπολογίζοντας μεταβλητότητα έως και 50%. (Bouchard C & Tremblay A, 1997) Σύμφωνα με τους συγγραφείς Perusse L, Chagnon YC, Weisnagel J & Bouchard C, 1999 η επίδραση του γενετικού παράγοντα είναι σύνθετη και στις περισσότερες περιπτώσεις είναι η αύξηση του βάρους δεν σχετίζεται με την επίδραση ενός μόνο γονιδίου.

Αποτελέσματα από μελέτες σε οικογένειες υπέδειξαν ότι η κατανάλωση ενέργειας, μετρούμενη ως φυσική δραστηριότητα και καθιστική ζωή, τεκμηριώνει χαρακτηριστικά που συνθέτουν μια μέτρια γενετική επίδραση. Μια ανασκόπηση σε

έρευνες σε μονοζυγοτικούς διδύμους παρουσιάζει τη κληρονομικότητα να έχει επίδραση έως και 85%, ενώ έρευνες σε παιδιά που υιοθετήθηκαν η κληρονομικότητα βρέθηκε να επιδρά σε ποσοστό 25-50%. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι η πραγματική επίδραση προσδιορίζεται σε ποσοστό περίπου 70%. (*Allison DB et al, 1999*)

Το ότι τα γονίδια έχουν τόσο σημαντική επίδραση στο καθορισμό του BMI μπορεί να οδηγήσει στο λανθασμένο συμπέρασμα ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δεν έχουν ουσιώδη επίδραση. Όμως η έκφραση των γονιδίων είναι περισσότερο αναμενόμενη στο κατάλληλο περιβάλλον και ότι το περιβάλλον είναι αυτό που παρέχει τις αναγκαίες προϋποθέσεις για την έκφραση της όποιας γενετικής προδιάθεσης.

Γεννάται, λοιπόν, το ερώτημα "Ποιο ποσοστό της παχυσαρκίας που εμφανίζεται στο πληθυσμό μπορεί να αποδοθεί καθαρά στο γενετικό παράγοντα, αποκλείοντας κάθε περιβαλλοντική επίδραση;" Σύμφωνα με την ανασκόπηση των Allison DB et al, 1999, το 10% του πληθυσμού μπορεί να γίνει υπέρβαρο ακόμη και σε περιβάλλον δεν ευνοεί την αύξηση βάρους. Παρόμοιο ποσοστό του πληθυσμού έχει ισχυρή γενετική προδιάθεση να παραμείνει αδύνατο ακόμη και σε περιβάλλον που προδιαθέτει την εμφάνιση παχυσαρκίας.

1.2.2. Διατροφή

Ο άλλος παράγοντας ο οποίος μπορεί να επηρεάσει την αύξηση του βάρους στη πρώτη βρεφική ηλικία είναι η διατροφή. Στην ηλικιακή αυτή ομάδα η επιλογή γίνεται από τους κηδεμόνες του παιδιού και μπορεί είτε ο μητρικός θηλασμός, είτε κάποιο από τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Σύμφωνα με την έρευνα των *Rogers IS, Emmett PM & Golding J, 1997*, τα βρέφη που έχουν θηλάσει είναι ελαφρύτερα στην ηλικία των 3 και 4 μηνών σε σχέση με τα βρέφη που τράφηκαν με υποκατάστατο γάλακτος. Ενώ μια άλλη έρευνα έδειξε ότι τα βρέφη που θήλασαν είχαν πρόσληψη βάρους με βραδύτερο ρυθμό τους 4 πρώτους μήνες της ζωής τους. (*Kramer MS et al, 2002*) Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα των ερευνών που διερεύνησαν την επίδραση του θηλασμού στο BMI. Συγκεκριμένα σύμφωνα με έρευνα στην οποία έλαβαν μέρος περίπου 1000 βρέφη που δεν παρουσίαζαν διαφορά στο BMI κατά τη γέννηση βρέθηκε ότι ενώ τα βρέφη που θήλασαν είχαν υψηλότερο BMI το 1^ο μήνα ζωής συγκριτικά με αυτά που τράφηκαν με υποκατάστατο, η σχέση

αυτή μετά το δεύτερο μήνα αντιστράφηκε. Συγκεκριμένα μετά το 2ο μήνα τα βρέφη που τράφηκαν με υποκατάστατο είχαν υψηλότερες τιμές BMI και δερματοπτυχών και μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν παχυσαρκία στον πρώτο χρόνο ζωής τους. Ο αυξημένος αυτός κίνδυνος παρέμεινε έως την ηλικία των 6 ετών, όπου σταμάτησε η έρευνα. (Bergmann KE et al, 2003)

Η επίδραση αυτή του θηλασμού στην ανάπτυξη είναι, όπως προκύπτει από την ενότητα 1.4., σημαντική γιατί δρα προστατευτικά στην εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. Αφού από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο θηλασμός προωθεί την ομαλή και όχι ραγδαία ανάπτυξη στην 1^η βρεφική ηλικία. Τη σχέση αυτή επιλέξαμε να διερευνήσουμε, ώστε να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό ο θηλασμός επηρεάζει την αύξηση του βάρους στην 1^η βρεφική ηλικία σε Ελληνικό πληθυσμό.

Ανεξάρτητα, όμως, από το αποτέλεσμα της διερεύνησης αυτής δεν πρέπει να παραβλέψουμε το γεγονός ότι ο θηλασμός, όπως έχει αποδειχθεί από σωρεία επιστημονικών ερευνών, παρέχει ποικίλα οφέλη στο παιδί που θηλάζει, αλλά και στη θηλάζουσα. Τα σημαντικότερα από τα οποία παρουσιάζονται στη συνέχεια.

1.3. Θηλασμός

1.3.1. Πλεονεκτήματα του θηλασμού

Σημαντικές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια με σκοπό τη διερεύνηση της υπεροχής ή μη του μητρικού γάλακτος έναντι των υποκατάστατων του. Μετά από ανασκόπηση των πιο πρόσφατων δημοσιεύσεων, παρουσιάζονται στη συνέχεια τα οφέλη που εμφανίζεται να έχει ο θηλασμός τόσο στην υγεία του θηλάζοντος παιδιού όσο και στην υγεία της θηλάζουσας.



A. Οφέλη για το παιδί

i. Γαστρεντερολογικές λοιμώξεις

Προστατευτική είναι η επίδραση του θηλασμού στην εμφάνιση γαστρεντερολογικών λοιμώξεων, όπως προκύπτει από τις δημοσιεύσεις στο PUBMED. Η παρουσία στο μητρικό γάλα ανοσογλοβινών, ολιγοσακχαριτών, γλυκοπρωτεϊνών και κυτοκινών του προσδίδει προστατευτικές ιδιότητες έναντι λοιμώξεων όπως: γαστρεντερίτιδα και εντεροκολίτιδα. (*Wold AE & Alderberth I, 2000*) Ενώ σύμφωνα η προστατευτική αυτή δράση φαίνεται να διαρκεί για χρόνια μετά το πέρας του θηλασμού καθώς και να ενισχύεται από την αύξηση της διάρκειας του. (*Hanson LA, 1999*) Παράλληλα στο άρθρο *Hanson LA et al, 1994* η πρόσληψη σημαντικής ποσότητας αντισωμάτων ανοσογλοβίνης A, που περιέχεται στο μητρικό γάλα, προστατεύει το νεογνό έναντι των μικροοργανισμών *Vibrio cholera*, *ETEC*, *Campylobacter*, *Shigella* and *Giardia*, που προκαλούν γαστρεντερολογικές λοιμώξεις.

Επιπρόσθετα ο θηλασμός φαίνεται να έχει προστατευτική δράση κατά του *Clostridium botulinum*, το οποίο προκαλεί βοτουλινισμό στα βρέφη. (*Arnon SS, 1984*).

ii. Αλλεργίες-άσθμα

Το μητρικό γάλα αποδεικνύεται επίσης από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργιών. Σύμφωνα με μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 4087 βρέφη στη Στοκχόλμη ο αποκλειστικός θηλασμός φαίνεται να προλαμβάνει την εμφάνιση ασθενειών αλλεργικής αιτιολογίας, όπως: άσθμα, ατοπική δερματίτιδα και αλλεργικής ρινίτιδας μέχρι την ηλικία των 2 ετών. (*Kull I et al, 2002*) Στο ίδιο συμπέρασμα σε ότι αφορά το άσθμα κατέληξε μία ακόμη μελέτη ένα χρόνο αργότερα. Σύμφωνα, δηλαδή, με τη μελέτη αυτή ο θηλασμός ασκεί προστατευτική δράση έναντι του άσθματος καθώς και της δύσπνοιας για τα πρώτα 2 έτη της ζωής του παιδιού. (*Chulada PC et al, 2003*) Ενώ άλλες μελέτες υποστηρίζουν πως η δράση αυτή διαρκεί περισσότερο. Η μελέτη των *Oddy WH et al., 1999* έδειξε σημαντική μείωση του κινδύνου για εμφάνιση άσθματος στην ηλικία των 6 ετών για τα παιδιά που είχαν τραφεί αποκλειστικά με μητρικό γάλα τους τέσσερις πρώτους μήνες της ζωής τους.



iii. Καρκίνος

Ενδείξεις υπάρχουν επίσης για προστατευτική δράση του θηλασμού κατά του παιδικού καρκίνου. Σύμφωνα με τη έρευνα *UK Childhood Cancer Study Investigators. Breast feeding and childhood cancer. Br J Cancer. 2001* που πραγματοποιήθηκε σε 3500 παιδιά με καρκίνο και 6964 υγιή παιδιά, υπάρχει μία μικρή αρνητική επίδραση του θηλασμού στην εμφάνιση λευχαιμίας, μη αιματολογικών καρκίνων, αλλά και όλων των παιδικών καρκίνων. Το αποτέλεσμα αυτό στηρίζεται από το συμπέρασμα μιας άλλης έρευνας κατά την οποία παρουσιάστηκε σημαντική αύξηση των βλαβών στα χρωμοσώματα στα βρέφη που

δεν θηλάσανε σε σχέση με αυτά που θηλάσανε. (Dundaroz R et al, 2002) Υπάρχει ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης του θέματος ώστε να επιβεβαιωθεί ή όχι η ύπαρξη ευεργετικού ρόλου του θηλασμού στην πρόληψη του καρκίνου της παιδικής ηλικίας.

iv. Διαβήτης τύπου 1

Ευεργετική είναι η επίδραση του θηλασμού στην αποφυγή εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔ 1). Η περιεκτικότητα του μητρικού γάλακτος σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου φαίνεται να είναι το στοιχείο που το διαφοροποιεί από τα υποκατάστατά του και του προσδίδει την προστατευτική του δράση έναντι του ΣΔ 1, όπως αποδεικνύεται από τις ανασκοπήσεις (Das UN, 2003) & (Das UN, 2002). Ενώ σύμφωνα με μία άλλη ανασκόπηση του, η μικρή διάρκεια του θηλασμού και η σύντομη εισαγωγή του αγελαδινού γάλακτος μπορεί να αυξήσει περίπου 1,5 φορές την πιθανότητα εμφάνισης ΣΔ 1. (Gerstein HC, 1994)

v. Ανάπτυξη

Το είδος της διατροφής κατά την βρεφική ηλικία φαίνεται να επηρεάζει τόσο τους δείκτες ανάπτυξης κατά τη παιδική ηλικία, όσο και κατά την ενήλικη ζωή. Τα ευρήματα έρευνας , στην οποία έλαβαν μέρος 4999 παιδιά, έδειξε ότι τα άτομα που τράφηκαν με μητρικό γάλα ήταν σημαντικά ψηλότερα στη παιδική ηλικία από αυτά που έλαβαν υποκατάστατο. Ψηλότερα βρέθηκαν να είναι τα παιδιά που θηλάσαν και στην ενήλικη ζωή τους. Στα ενήλικα άτομα μεγαλύτερη διαφορά ύψους παρατηρήθηκε μεταξύ των ανδρών που θηλάσαν από αυτούς που δεν θηλάσαν, ενώ η διαφορά ύψους των γυναικών των αντίστοιχων ομάδων βρέθηκε να είναι μικρότερη. (Davey G et al, 2002)



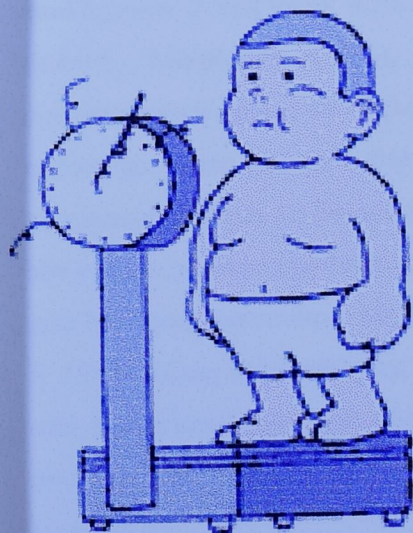
vi. Ευφυΐα

Η κατανάλωση ή μη μητρικού γάλακτος φαίνεται να επηρεάζει εκτός των άλλων και πνευματική ανάπτυξη του παιδιού. Σύμφωνα με μια βρετανική έρευνα (Gale CR & Martyn CN, 1996) στην οποία έλαβαν μέρος 994 άνδρες και γυναίκες, τα παιδιά που θήλασαν είχαν υψηλότερα τιμές IQ σε σχέση με αυτά που έλαβαν υποκατάστατο γάλακτος.



Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η ανασκόπηση 13 ερευνών (3 από τις οποίες σε πρόωρα νεογνά) .(Golding J, Rogers IS & Emmett PM, 1997). Βάση της δημοσίευσης αυτής, η ευεργετική επίδραση του μητρικού γάλακτος στην εγκεφαλική ανάπτυξη είναι πιθανό να οφείλεται στην περιεκτικότητα του σε συγκεκριμένα λιπαρά οξέα ή και στην προστατευτική του δράσει έναντι διαφόρων λοιμώξεων που είναι συχνές σε νεογνά που τρέφονται με μπιμπερό. Ακόμη σημαντικότερη φαίνεται να είναι η θετική επίδραση του θηλασμού στο IQ των παιδιών που πάσχουν από φαινολοκετονουρία. Σύμφωνα με την έρευνα των Riva E et al, τα φαινολκετονουρικά παιδιά που τράφηκαν με μητρικό γάλα είχαν κατά μέσω όρο 14 μονάδες υψηλότερο IQ σε σύγκριση με αυτά που τράφηκαν με υποκατάστατο. (Riva E et al, 1996)

vii Παχυσαρκία



Τέλος, το μητρικό γάλα εμφανίζεται να έχει προστατευτικό ρόλο έναντι της παχυσαρκίας όπως υποστηρίζουν στην ανασκόπηση τους οι Martonell R, Stein AD & Schroeder DG, 2001. Η επίδραση αυτή γίνεται εμφανής από τη παιδική ακόμη ηλικία, όπου η συχνότητα εμφάνισης παιδικής παχυσαρκίας μειώνεται όσο αυξάνεται η διάρκεια της γαλουχίας σύμφωνα με τη δημοσίευση των Kries R et al, 1999. Συγκεκριμένα, ενώ ο επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας για τα παιδιά που τράφηκαν αποκλειστικά με υποκατάστατο γάλακτος είναι 4,5%, για τα παιδιά που θήλασαν για δύο μήνες είναι

3,8%, για όσα θήλασαν για 3-5 μήνες είναι 2,3%, για αυτά που θήλασαν 6-12 μήνες είναι 1,7% και 0,8% είναι για όσα θήλασαν για περισσότερο από 12 μήνες. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ανεξάρτητα από την κοινωνική θέση και του τρόπου ζωής των παιδιών.

B. Οφέλη για τη μητέρα

Πιο πάνω παρατέθηκαν τα σημαντικότερα από τα οφέλη που απολαμβάνει το παιδί το οποίο θήλασε. Όμως η μητέρα που θηλάζει δεν ευεργετεί μόνο το παιδί της, αλλά και τον ίδιο τον εαυτό της. Σημαντικές μελέτες έχουν παρατηρήσει πως οι γυναίκες που θήλασαν απολαμβάνουν κάποιας προστασίας έναντι του καρκίνου του μαστού, του καρκίνου του ενδομητρίου, της οστεοπόρωσης και μιας ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

i. Καρκίνος του μαστού

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί σε διάφορα σημεία του πλανήτη με σκοπό να διευκρινίσουν το ρόλο του θηλασμού στην εμφάνιση καρκίνου του μαστού. Σύμφωνα με μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ινδία, όταν μία γυναίκα θηλάσει για τουλάχιστον 2 έτη στη διάρκεια της ζωής της, αντιμετωπίζει 25% μικρότερο κίνδυνο να προσβληθεί από καρκίνο του μαστού σε σχέση με μία γυναίκα που δεν θήλασε. "*No authors listed, 1994*" Από μια ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Κορέα προέκυψε ότι οι γυναίκες που θήλασαν για τουλάχιστον 2 έτη είχαν 40% μικρότερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού. Μικρότερη (30%), αλλά επίσης σημαντική, βρέθηκε να είναι η προστατευτική δράση του θηλασμού για τις γυναίκες που θήλασαν 13-24 μήνες σε σχέση με αυτές που δεν θήλασαν. (*Lee SY et al, 2000*) Ενώ μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Εσκιμώους έδειξε πως γυναίκες που είχαν θηλάσει μόνο από τον ένα μαστό όταν εμφάνισαν καρκίνο του μαστού αυτός παρουσιάστηκε στο μαστό που δεν χρησιμοποιήθηκε για θηλασμό σε ποσοστό 79% των περιπτώσεων. (*Kippley S, 1994*) Τέλος το μέγεθος της προστασίας του θηλασμού, όπως αυτό προσδιορίζεται από την ανασκόπηση των *Abou-Dakn M, Scheele M & Strecker JR, 2003* είναι ότι γυναίκες που θήλασαν για 1 χρόνο έχουν 45% μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρκίνο του μαστού.

ii. Καρκίνος του ενδομητρίου

Σε ότι αφορά το ρόλο του θηλασμού στην εμφάνιση καρκίνου του ενδομητρίου, οι μελέτες που έχουν γίνει συνηγορούν υπέρ του προστατευτικής δράσης του μητρικού γάλακτος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των *Rosenblatt KA & Thomas DB, 1995*, ο θηλασμός μεγάλης διάρκειας μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του ενδομητρίου και προστατευτική αυτή δράση είναι εντονότερη για τις γυναίκες που θήλασαν πιο πρόσφατα. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και η πιο πρόσφατη έρευνα των *Newcomb PA & Trentham-Dietz A, 2000*. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι ο σχετικός κίνδυνος για τις γυναίκες που θήλασαν τις τελευταίες τρεις δεκαετίες είναι 0,58, ενώ όταν η ηλικία του πρώτου θηλασμού ήταν μεγαλύτερη των τριάντα ετών ο σχετικός κίνδυνος ήταν ίσος με 0,50.

iii. Οστεοπόρωση

Αν και πολλοί θα υπέθεταν ότι ο θηλασμός επιβαρύνει την υγεία των οστών, εξαιτίας της απώλειας ασβεστίου μέσω του παραγόμενου γάλακτος, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τείνουν στο ακριβώς αντίθετο συμπέρασμα. Σύμφωνα με την ανασκόπηση του *Kelsey J, 1989* ο θηλασμός ανήκει στους προστατευτικούς παράγοντες



για την εμφάνιση οστεοπόρωσης. Πιο συγκεκριμένα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μινεσότα από τους *Melton LJ 3rd, 1993* έδειξε ότι θηλασμός διάρκειας μεγαλύτερης από οκτώ μήνες σχετίζεται με υψηλότερη οστική πυκνότητα στην εμμηνόπαυση. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι *Feldblum PJ et al, 1992*, όπου προσδιόρισαν ότι η οστική πυκνότητα ήταν 41mg/cm² στις γυναίκες που είχαν ιστορικό γαλουχίας.

iv. Αντισύλληψη

Πέρα των άλλων πλεονεκτημάτων που εμφανίζεται να έχει ο θηλασμός, φαίνεται επίσης να είναι ένας φυσικός τρόπος αντισύλληψης για τη θηλάζουσα. Η αποφυγή

μιας δεύτερης εγκυμοσύνης αμέσως μετά το πέρας της πρώτης είναι ιδιαίτερα σημαντική τόσο για την υγεία της μητέρας, όσο και υγεία του δεύτερου παιδιού. Σύμφωνα με την έρευνα του *Short R, 1992* η γαλουχία παρέχει 98% αντισύλληψη κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά το τοκετό. Το ίδιο ποσοστό καταλήγει μετά από ανασκόπηση 13 μελετών στο άρθρο του ο *Howie PW, 1993*. Στην ίδια δημοσίευση τονίζεται πως το ποσοστό αυτό ισχύει για τις γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά και μειώνεται μετά από την εισαγωγή άλλων τροφίμων στη διαίτα του βρέφους. Η ιδιότητα αυτή του θηλασμού, να αποκλείει σχεδόν νέα εγκυμοσύνη το 1^ο εξάμηνο μετά το τοκετό, έχει ιδιαίτερη σημασία για τις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η ανάγκη για έλεγχο των γεννήσεων είναι μεγάλη και τα μέσα για να επιτευχθεί αυτό περιορισμένα.

ν. Απώλεια του βάρους που αποκτήθηκε κατά την εγκυμοσύνη

Τέλος, σύμφωνα με κάποιες μελέτες ο θηλασμός ασκεί ευεργετικό ρόλο στην απώλεια των επιπλέον κιλών που αποκτήθηκαν κατά την εγκυμοσύνη. Αφού οι ενεργειακές απαιτήσεις της θηλάζουσας αυξάνονται κατά 500-700 θερμίδες, όσες δηλαδή παρέχει στο βρέφος μέσω του γάλακτος. Η έρευνα των *Kac G et al, 2004* έδειξε ότι οι μητέρες που θήλασαν τα μωρά τους για έξι μήνες είχαν 0,44κιλά/μήνα μεγαλύτερη απώλεια συγκριτικά με μητέρες που θήλασαν μόνο ένα μήνα, αν και είχαν ίδιο ποσοστό σωματικού λίπους. Ενώ, μια παλιότερη μελέτη των *Shah RU, Hakim K & Dhar GM, 1997* είχε δείξει ότι η γαλουχία προκαλεί στρες στις θηλάζουσες κινητοποιώντας επιλεκτικά ορισμένα θρεπτικά συστατικά από το σώμα τις μητέρας. Αφού η ουσιαστική διαφορά που παρατηρήθηκε στις θηλάζουσες ήταν στην TSF, υποδεικνύοντας έτσι απώλεια λίπους για τις μητέρες που θηλάζουν.



1.3.2. Ανάγκη προσδιορισμού της συχνότητας του στον ελληνικό πληθυσμό

Από τα στοιχεία των επιστημονικών ερευνών που παρατέθηκαν στις προηγούμενες παραγράφους εύκολα προκύπτει το συμπέρασμα ότι ο θηλασμός έχει σημαντική αξία για την υγεία του παιδιού και της μητέρας του. Συνεπώς η προαγωγή του είναι ιδιαίτερης σημασίας για την υγεία του κοινωνικού συνόλου, γεγονός που συνδέεται φυσικά με χαμηλότερο κόστος υγείας για κάθε κοινωνία.

Για την προαγωγή του θηλασμού στη χώρα μας είναι ανάγκη αρχικά να προσδιορίσουμε την κατάσταση που επικρατεί, αφού δεν υπάρχουν στοιχεία για τη συχνότητα του θηλασμού στην Ελλάδα. Με σκοπό να καλύψουμε το κενό αυτό θα επιχειρήσουμε να προσδιορίσουμε το ποσοστό των μητέρων που θηλάζει και τα χαρακτηριστικά τους (ηλικία, καταγωγή, διαμονή, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα). Έχοντας τις πληροφορίες αυτές θα είναι ευκολότερο να οργανωθούν προγράμματα προαγωγής του μητρικού θηλασμού, αφού θα έχει προσδιοριστεί ο πληθυσμός στόχος. Οι κατηγορίες, δηλαδή, των γυναικών οι οποίες έχουν μεγαλύτερη ανάγκη να ενημερωθούν και να εμψυχωθούν ώστε θηλάσουν τελικά τα νεογνά τους.

2. Μεθοδολογία

Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της έρευνας «Διατροφική αξιολόγηση και σύνταξη οδηγιών για σχεδιασμό προγραμμάτων διατροφικής αγωγής σε νήπια και παιδιά ηλικίας 0,5-5 ετών στο λεκανοπέδιο Αττικής, στη Θεσσαλονίκη, στη Χαλκιδική, στο Αγρίνιο και στον Πύργο.»

Υλικά & Μέθοδοι

➤ Πληθυσμός

Τον πληθυσμό αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα νηπίων και παιδιών ηλικίας 0,5-5 ετών καθώς και οι γονείς τους. Ο πληθυσμός της μελέτης θα αποτελείται από αντιπροσωπευτικό δείγμα του λεκανοπεδίου Αττικής, της Θεσσαλονίκης, της Χαλκιδικής, του Αγρινίου και της Κρήτης. Συγκεκριμένα απευθυνθήκαμε σε:

- 63 βρεφονηπιακούς σταθμούς στην Αττική(54 δημόσιους και 9ιδιωτικούς)
- 10 βρεφονηπιακούς σταθμούς στη Θεσσαλονίκη (7 δημόσιους και 3 ιδιωτικούς)
- 12 βρεφονηπιακούς σταθμούς στη Χαλκιδική (10 δημόσιους και 2 ιδιωτικούς),
- 22 βρεφονηπιακούς σταθμούς στο Αγρίνιο (13 δημόσιους και 9 ιδιωτικούς) και
- 8 βρεφονηπιακούς σταθμούς του Πύργου (6 δημόσιους και 2 ιδιωτικούς).

Συνολικά στην έρευνα έλαβαν μέρος 2384 νήπια και παιδιά, από τα οποία τα 1233 ήταν αγόρια και τα 1151 κορίτσια

➤ Εργαλεία

Από το σύνολο των στοιχείων που συγκεντρώθηκαν στην έρευνα «Διατροφική αξιολόγηση και σύνταξη οδηγιών για σχεδιασμό προγραμμάτων διατροφικής αγωγής σε νήπια και παιδιά ηλικίας 0,5-5 ετών στο λεκανοπέδιο Αττικής, στη Θεσσαλονίκη, στη Χαλκιδική, στο Αγρίνιο και στον Πύργο.», στην παρούσα πτυχιακή εργασία χρησιμοποιήθηκε μέρος των πληροφοριών που περιείχε το ερωτηματολόγιο «Οικογενειακό Ιστορικό». (Παράρτημα Α)

Οικογενειακό Ιστορικό

Το ερωτηματολόγιο «Οικογενειακό Ιστορικό» σχεδιάστηκε ειδικά για τις ανάγκες της έρευνας αυτής και συμπληρώθηκε στα πλαίσια συνέντευξης που πραγματοποιήθηκε στους κηδεμόνες του παιδιού από τους εξεταστές της έρευνας. Η συνέντευξη αυτή διεξάχθηκε με τον ένα ή και τους δύο γονείς τους εξεταζόμενου παιδιού και έλαβε χώρα στον εκάστοτε παιδικό σταθμό μετά από ραντεβού που ορίστηκε τηλεφωνικά. Για κάποιους από τους γονείς, οι οποίοι αδυνατούσαν να προσέλθουν στον παιδικό σταθμό για τη συνέντευξη, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά.

Οι πληροφορίες που ζητήθηκαν κατά τη συνέντευξη αυτή μπορούν να ταξινομηθούν στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά γονέων και αδερφών (βάρος, ύψος, ηλικία)
- Κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο (καταγωγή, χρόνια εκπαίδευσης, επάγγελμα)
- Συμπεριφορές γονέων (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ στη παρούσα κατάσταση, κατά την εγκυμοσύνη και το θηλασμό του παιδιού)
- Πληροφορίες σχετικές με την εγκυμοσύνη (διάρκεια κύησης, παρουσία διαβήτη κύησης, αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη, βάρος μητέρας 6 και 12 μήνες μετά το τοκετό)
- Πληροφορίες σχετικές με το θηλασμό (διάρκεια θηλασμού, χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος)
- Ανάπτυξη παιδιού κατά το 1^ο χρόνο ζωής του (συλλογή πληροφοριών για το βάρος, το ύψος και περίμετρο κεφαλιού από το βιβλιάριο υγείας του παιδιού)
- Υγεία του παιδιού (συχνότητα και είδος ασθενειών, συχνότητα νοσηλείας, λήψη αντιβιοτικών, αλλεργίες, άσθμα)
- Ιατρικό οικογενειακό ιστορικό (χρόνιες ασθένειες αδερφών, γονέων και παππούδων)
- Φυσική δραστηριότητα παιδιού (συμμετοχή σε οργανωμένες δραστηριότητες, παρακολούθηση τηλεόρασης, βίντεο, ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια)

Από τα παραπάνω στοιχεία, τα στοιχεία των τριών τελευταίων κατηγοριών δεν αξιοποιούνται στη παρούσα πτυχιακή εργασία.

Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν καταχωρήθηκαν και αναλύθηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS. Στην επόμενη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

Η ερώτηση που αφορά το φύλο (πώς είναι το φύλο σας) αποτελεί μια ποσοτική μεταβλητή με δυο πιθανές τιμές, η οποία μετράται με κλίμακα 1-2. Τα αποτελέσματα αυτής της ερώτησης παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1

ΠΑΡΕΛΕΓΜΕΝΟ ΦΥΛΛΟΛΟΓΟΥΝΤΟΣ ΣΥΜΜΑΧΩΜΕΝΟ		
	Αριθμός Ερωτών	Ποσοστό %
ΑΝ ΘΗΛΥΚΟΝ	1405	13,91
ΘΗΛΥΚΟΝ & ΑΝΔΡΟΝ	7293	43,3
ΑΝΔΡΟΝ	938	21,7
ΣΥΝΟΛΟ	11406	100

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι παρατηρείται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι άνδρες, ενώ οι γυναίκες αποτελούν το 13,91% του συνόλου των ερωτών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά για την ανάλυση των δεδομένων, καθώς η ηλικία και το φύλο είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας.

Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά το επάγγελμα (πώς είναι το επάγγελμα σας). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά για την ανάλυση των δεδομένων, καθώς το επάγγελμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνας.

Πίνακας 2

ΑΥΞΗΝΗ ΠΑΡΟΥΣ ΕΡΕΘΟΝ ΠΕΡ		
	Αριθμός Ερωτών	Ποσοστό %
ΑΔΕΛΦΟΤΗΤΑ	1405	13,91
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ	7293	43,3
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑ	938	21,7
ΣΥΝΟΛΟ	11406	100

Εννοείται ότι ο πίνακας αυτός παρουσιάζει τα αποτελέσματα της ερώτησης που αφορά το επάγγελμα (πώς είναι το επάγγελμα σας). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σημαντικά για την ανάλυση των δεδομένων, καθώς το επάγγελμα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τα αποτελέσματα της έρευνας.

3. Αποτελέσματα

3.1. Επίδραση του είδους της διατροφής στους πρώτους 6 μήνες της ζωής του ανθρώπου στην αύξηση του βάρους του.

Η διατροφή τους πρώτους 6 μήνες ζωής μπορεί να είναι αποκλειστικός θηλασμός, υποκατάστατο μητρικού γάλακτος, ή και συνδυασμός θηλασμού και υποκατάστατου μητρικού γάλακτος. Το ποσοστό για καθένα από αυτά τα είδη διατροφής στο δείγμα των παιδιών που μελετήθηκαν παρουσιάζονται στο πίνακα 1

Πίνακας 1

ΠΟΣΟΣΤΑ% ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΣΤΟ ΔΕΙΓΜΑ (6ος ΜΗΝΑΣ)		
	Πλήθος βρεφών	Ποσοστό %
ΑΠ. ΘΗΛΑΣΜΟΣ	428	18,93
ΘΗΛΑΣΜΟΣ& ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ	1205	53,3
ΑΠ. ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ	628	27,77
ΣΥΝΟΛΟ	2261	100

Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι περισσότερα από τα μισά βρέφη του δείγματος σιτίστηκαν με συνδυασμό μητρικού γάλακτος και υποκατάστατό του. Ενώ το υπόλοιπο μισό μοιράζεται άνισα μεταξύ αποκλειστικού θηλασμού και αποκλειστικού υποκατάστατου, με το δεύτερο να υπερέχει κατά 10% περίπου.

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται οι μέσες αυξήσεις του βάρους των βρεφών για κάθε κατηγορία σίτισης ανά δίμηνο για το πρώτο εξάμηνο ζωής των βρεφών.

Πίνακας 2

ΕΙΔΟΣ ΣΙΤΙΣΗΣ	ΑΥΞΗΣΗ ΒΑΡΟΥΣ ΒΡΕΦΩΝ (kg)		
	1 ^ο δίμηνο	2 ^ο δίμηνο	3 ^ο δίμηνο
ΑΠ.ΘΗΛΑΣΜΟΣ (6 ΜΗΝΕΣ)	2,00(χ_1)	3,39(χ_2)	4,49(χ_3)
ΘΗΛΑΣΜΟΣ& ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ	2,03(y_1)	3,52(y_2)	4,69(y_3)
ΑΠ.ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ (6 ΜΗΝΕΣ)	2,05(z_1)	3,56(z_2)	4,73(z_3)

Εφαρμόζοντας τη θεωρία του γενικευμένου γραμμικού μοντέλου για τα τρία είδη σίτισης στα τρία διαφορετικά δίμηνα προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- **H₀: $\chi_1 = z_1$, P=0,254**

Στο πρώτο δίμηνο δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της αύξησης του βάρους μεταξύ των βρεφών που θήλασαν αποκλειστικά και αυτών που έλαβαν αποκλειστικά υποκατάστατο γάλακτος (P=0,254).

- **H₀: $\chi_1 = y_1$, P=0,394**

Στο 1^ο δίμηνο και η διαφορά της αύξησης βάρους των βρεφών που θήλασαν με αυτά που είχαν μικτή διατροφή δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. (P=0,394)

- **H₀: $\chi_2 = z_2$, P=0,003**

Στο δεύτερο δίμηνο η διαφορά της αύξησης του βάρους μεταξύ των βρεφών που θήλασαν και αυτών που έλαβαν αποκλειστικά υποκατάστατο γάλακτος είναι στατιστικά σημαντική (P=0,003).

- **H₀: $\chi_2 = y_2$, P=0,008**

Στο δεύτερο δίμηνο και η διαφορά της αύξησης βάρους των βρεφών που θήλασαν με αυτά που είχαν μικτή διατροφή βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική. (P=0,008)

- **H₀: $\chi_3 = z_3$, P=0,000**

Στο τρίτο δίμηνο η κατάσταση είναι όπως και στο δεύτερο δίμηνο. Δηλαδή υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των βρεφών που θήλασαν με αυτά που σιτίστηκαν με υποκατάστατο (P=0,000),

- **H₀: $\chi_3 = y_3$, P=0,000**

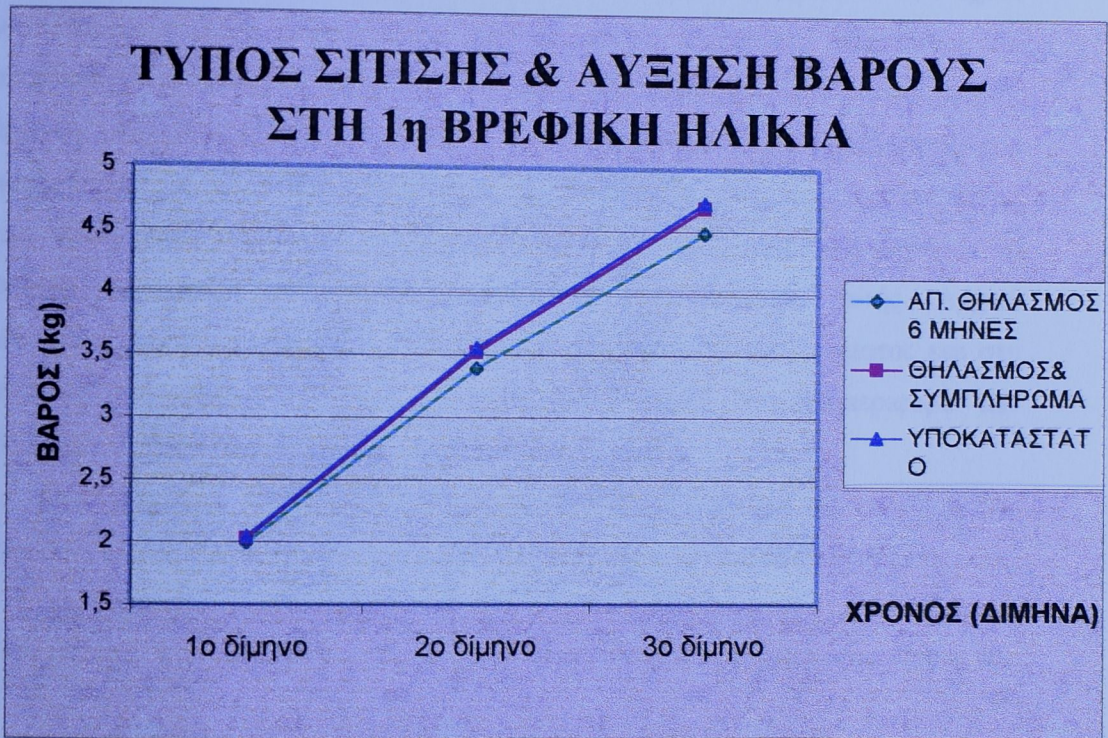
Επίσης, στατιστικά σημαντική στο τρίτο δίμηνο βρέθηκε και η αύξηση βάρους των βρεφών που θήλασαν αποκλειστικά με αυτά που έλαβαν μικτή σίτισης (P=0,000).

- **H₀: $z_1 = y_1$, P=0,636, H₀: $z_2 = y_2$, P=0,424, H₀: $z_3 = y_3$, P=0,456**

Σε όλα τα δίμηνα η διαφορά αύξησης του βάρους μεταξύ των βρεφών που έλαβαν μικτή σίτιση και αυτών που σιτίστηκαν μόνο με υποκατάστατο δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Τα παραπάνω συμπεράσματα, η ομοιότητα δηλαδή στην αύξησης του βάρους μεταξύ των βρεφών που σιτίστηκαν μικτά με αυτά που έλαβαν αποκλειστικά υποκατάστατο, καθώς και η διαφοροποίηση τους στο 2^ο και 3^ο δίμηνο με τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά, φαίνεται στο διάγραμμα 1 που ακολουθεί.

Διάγραμμα 1: Η αύξηση του βάρους στους πρώτους έξι μήνες ζωής ανάλογα με το είδος της διαίτας των βρεφών.



Στη συνέχεια έγινε επανεκτίμηση των διαφορών στην αύξηση του βάρους συνυπολογίζοντας αυτή τη φορά και δυνητικά συγχυτικούς παράγοντες. Τα συμπεράσματα για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των διαφορετικών ομάδων σίτισης και στα τρία δίμηνα παρέμειναν αμετάβλητα όταν συνυπολογίστηκαν οι εβδομάδες κύησης, το BMI της μητέρας και του πατέρα, καθώς και το αν κάπνισε η μητέρα κατά την κύηση.

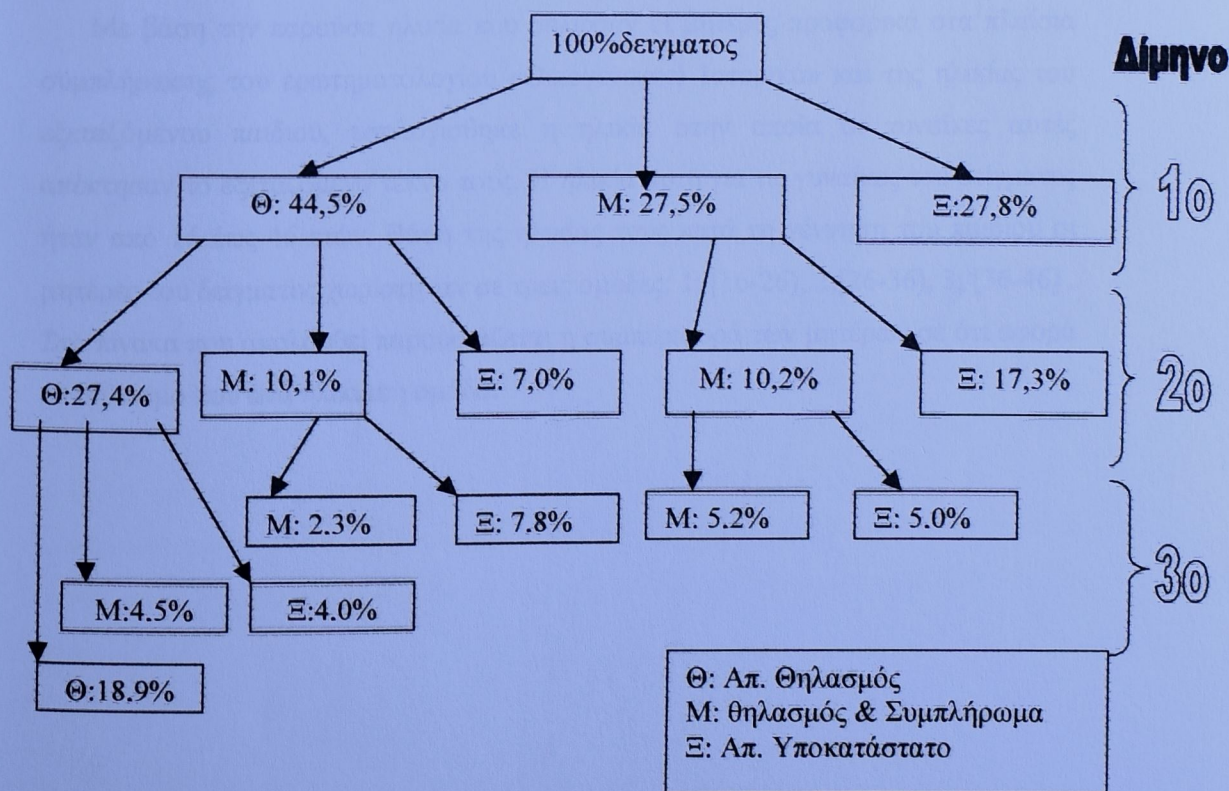
3.2. Χαρακτηριστικά της θηλάζουσας

Με σκοπό τον προσδιορισμό των ομάδων εκείνων των γυναικών που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη επιμόρφωσης σχετικά με το θηλασμό, επιχειρούμε να αναλύσουμε το προφίλ της θηλάζουσας, όπως αυτό προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας. Συγκεκριμένα προσεγγίζεται ο ρόλος της ηλικίας της θηλάζουσας, του μορφωτικού επιπέδου, του τόπου διαμονής, της χώρας προέλευσης, της συνήθειας του καπνίσματος και του επαγγέλματος, στην απόφαση μιας νέας μητέρας να θηλάσει και στην επιτυχία πραγματοποίησης της απόφασης αυτής. Αρχικά παρουσιάζεται διαγραμματικά η συμπεριφορά του συνόλου του δείγματος και στη συνέχεια παρουσιάζεται η διαφοροποίηση που υπάρχει στη συμπεριφορά των γυναικών ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους.

Στο διάγραμμα 2 που ακολουθεί περιγράφονται οι επιλογές του συνόλου των μητέρων σε ότι αφορά τη σίτιση των βρεφών τους στο πρώτο εξάμηνο της ζωής τους.

Διάγραμμα 2: Παρουσιάζονται το ποσοστό των μητέρων που θηλάζουν αποκλειστικά ή μικτά ή δίνουν αποκλειστικά υποκατάστατο στα τρία πρώτα δίμηνα της ζωής του βρέφους

Διάγραμμα πορείας του θηλασμού στο σύνολο του δείγματος



Στο διάγραμμα 1 φαίνεται πως :

- ο στο 1^ο δίμηνο θηλάζει αποκλειστικά το 44,5% του πληθυσμού που εξετάστηκε, το 27,5% του πληθυσμού θηλάζει και δίνει συμπλήρωμα παράλληλα, ενώ το 27,8% του πληθυσμού δίνει αποκλειστικά υποκατάστατο μητρικού γάλακτος.

- ο Από τις μητέρες που θήλασαν αποκλειστικά στο 1^ο δίμηνο περίπου οι μισές διατήρησαν το θηλασμό(αποκλειστικό ή μη) στο 3^ο δίμηνο.

- ο Από τις μητέρες που έδωσαν συμπλήρωμα παράλληλα με το θηλασμό στο 1^ο δίμηνο το μεγαλύτερο μέρος σίτισε αποκλειστικά με υποκατάστατο από το 2^ο δίμηνο και μετά. Ενώ πολύ μικρή μερίδα από αυτές διατήρησε τον μερικό θηλασμό μέχρι και το 3^ο δίμηνο.

Στη συνέχεια εξετάζεται αν και κατά πόσο τροποποιούνται τα ποσοστά αυτά όταν οι μητέρες που εξετάστηκαν κατηγοριοποιούνται με βάση τα χαρακτηριστικά τους.

► Ηλικία της μητέρας και θηλασμός

Με βάση την παρούσα ηλικία που δήλωσαν οι μητέρες προφορικά στα πλαίσια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου «Οικογενειακό Ιστορικό» και της ηλικίας του εξεταζόμενου παιδιού, υπολογίστηκε η ηλικία στην οποία οι γυναίκες αυτές απέκτησαν το εξεταζόμενο τέκνο τους. Η ηλικία αυτή για τις γυναίκες του δείγματος ήταν από 16 έως 46 ετών. Βάση της ηλικίας τους κατά τη γέννηση του παιδιού οι μητέρες του δείγματος χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: 1; [16-26), 2;[26-36), 3; [36-46] . Στο πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η συμπεριφορά των μητέρων σε ότι αφορά το θηλασμό που ανά ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 3

Ηλικία της μητέρας κατά την απόκτηση του τέκνου (έτη)	Αριθμός μητέρων (n)	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 4 μήνες αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 6 μήνες απ. ή θήλασαν 4 μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσαν υποκατάστατο γάλακτος από την αρχή
[16-26)	407	48,62	28,82	24,56	27,8
[26-36)	1621	44,31	27,82	23,65	26,3
[36-46)	240	40,42	22,50	20,00	36,7
Σύνολο	2268				

Στον πίνακα 3 φαίνεται πως οι μητέρες της τρίτης ηλικιακής ομάδας επιλέγουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις υπόλοιπες να δώσουν από την αρχή στο μωρό τους υποκατάστατο μητρικού γάλακτος. Ενώ η πρώτη ηλικιακή ομάδα είναι αυτή που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό στην έναρξη του αποκλειστικού θηλασμού.

► Καταγωγή της μητέρας και θηλασμός

Οι μητέρες του δείγματος διαίρεθηκαν σε ομάδες ανάλογα με την καταγωγή τους σε μητέρες που κατάγονται από την Ελλάδα (συμπεριλαμβανομένων του Πόντου και της Μ. Ασία), τις Ευρωπαϊκές χώρες, από τις μη Ευρωπαϊκές χώρες και από την Αλβανία. Οι μητέρες Αλβανικής καταγωγής αποτέλεσαν ξεχωριστή ομάδα γιατί αποτελούν ιδιαίτερο κομμάτι της Ελληνικής κοινωνίας. Στο πίνακα 4 που ακολουθεί περιγράφεται η συμπεριφορά των παραπάνω ομάδων σε σχέση με το θηλασμό. Παρατηρούμε πως τα υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού κατέχουν οι μητέρες Αλβανικής καταγωγής, ακολουθούν οι μητέρες από μη Ευρωπαϊκές χώρες και από Ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι μητέρες που κατάγονται από την Ελλάδα και από περιοχές με παρόμοια κουλτούρα (Μ.Ασία, Πόντος) έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Αξιοσημείωτο είναι το πολύ χαμηλό ποσοστό των Αλβανίδων που δεν επιδίωξαν καθόλου να θηλάσουν και έδωσαν από την αρχή υποκατάστατο μητρικού γάλακτος.

Πίνακας 4

Καταγωγή μητέρας	Αριθμ ός μητέρων n	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικ ά (ανεξάρτητ α από τη συνέχεια)	Θήλασα ν 4 μήνες αποκλειστικ ά (ανεξάρτητ α από τη συνέχεια)	Θήλα σαν 6 μήνες απ. ή θήλασαν 4 μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσα ν υποκατάστ ατο γάλακτος από την αρχή
Ευρωπαϊκές χώρες	36	54,29	48,57	34,29	22,9
Χώρες εκτός Ευρώπης	33	58,06	41,94	35,48	16,1
Αλβανία	105	63,37	49,5	45,54	11,9
Ελλάδα	2053	43,20	25,60	21,70	29,2
Σύνολο	2227				

► Τόπος διαμονής και θηλασμός

Το δείγμα περιέχει μητέρες οι οποίες διαμένουν στην Αθήνα, στη Θεσσαλονίκη, στη Χαλκιδική, στο Αγρίνιο και στον Πύργο. Στον ακόλουθο πίνακα 5 παρουσιάζεται η συμπεριφορά των μητέρων σχετικά με το θηλασμό ανάλογα με την περιοχή που διαμένουν. Από τον πίνακα 6 δεν είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς πως η περιοχή διαμονής, αστική ή επαρχιακή, επηρεάζει την απόφαση κάθε μητέρας να θηλάσει. Αυτό που μπορούμε μόνο να παρατηρήσουμε είναι πως οι μητέρες που διαμένουν στην Αθήνα έχουν το υψηλότερο ποσοστό στην έναρξη του θηλασμού, στην επιτυχή διατήρησή του στο 2^ο δίμηνο, αλλά και στη συνέχιση της παροχής μητρικού γάλακτος στο 3^ο δίμηνο, με ή χωρίς συμπλήρωμα υποκατάστατου.

Πίνακας 5

Τόπος διαμονής	Αριθμός μητέρων n	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 4 μήνες αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 6 μήνες απ. ή θήλασαν 4 μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσαν υποκατάστατο γάλακτος από την αρχή
Αθήνα	1239	48,63	32,06	28,43	19,2
Θεσ/νικη	200	38,50	26,00	20,50	40,5
Χαλκιδική	326	48,00	26,15	20,92	32,5
Αγρίνιο	461	39,22	22,00	18,50	37,7
Πύργος	158	38,46	17,31	12,18	29,5
Σύνολο	2509				

► Μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και θηλασμός

Το μορφωτικό επίπεδο προσδιορίζεται βάσει των ετών εκπαίδευσης που οι ίδιες δήλωσαν κατά τη συμπλήρωση του Οικογενειακού Ιστορικού. Οι μητέρες χωρίστηκαν σε 4 ομάδες:

- 1^η ομάδα Όσες είχαν από καθόλου έως την υποχρεωτική εκπαίδευση. Δηλαδή, αυτές που δήλωσαν λιγότερα ή ίσα με 9 χρόνια εκπαίδευσης.
- 2^η ομάδα Αυτές που είχαν μεγαλύτερη από την υποχρεωτική εκπαίδευση έως και τις απόφοιτες Λυκείου. Όσες, δηλαδή, δήλωσαν από 10 έως και 12 έτη εκπαίδευσης.
- 3^η ομάδα Αυτές που φοίτησαν σε σχολές κατάρτισης, καθώς και σε Ανώτερα και Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. Όσες, δηλαδή, δήλωσαν από 13 έως 17 έτη εκπαίδευσης.
- 4^η ομάδα Αυτές που η εκπαίδευσή τους είχε διάρκεια μεγαλύτερη των 17 ετών.

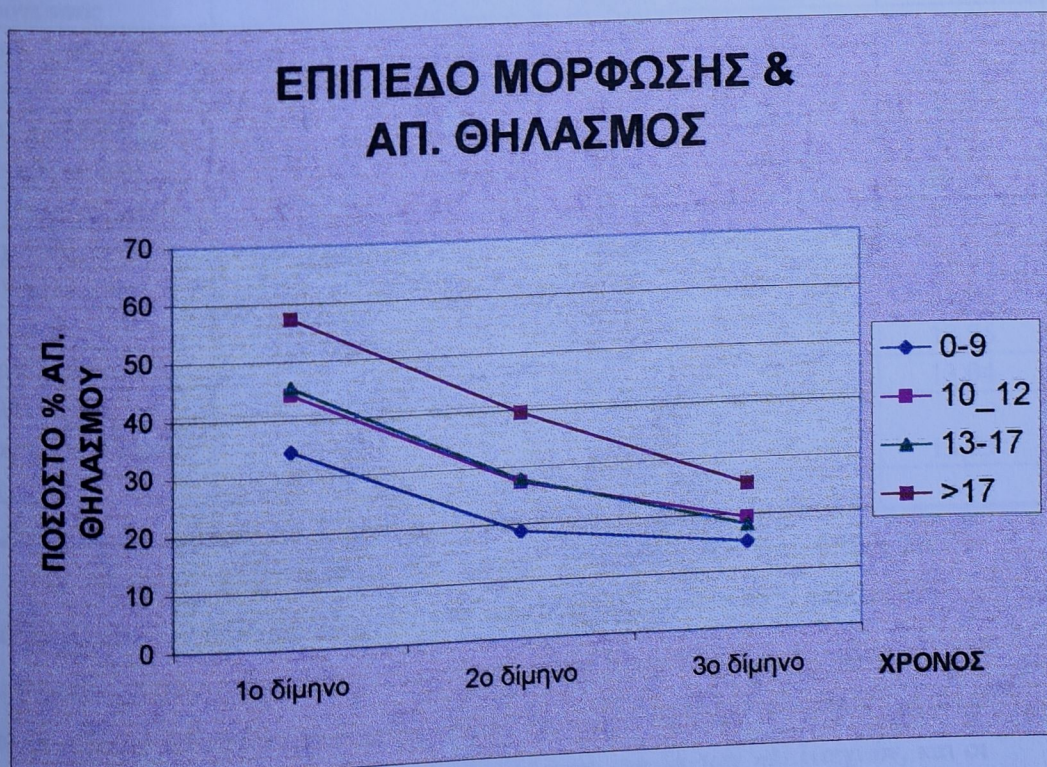
Στο πίνακα 6 φαίνεται πως το ποσοστό των μητέρων που από την αρχή δίνει αποκλειστικά υποκατάστατο μητρικού γάλακτος στις μητέρες της 1^η ομάδας είναι 2,5 φορές μεγαλύτερο από τις μητέρες της 4^η ομάδας. Επίσης μπορούμε να παρατηρήσουμε πως η 4^η ομάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις υπόλοιπες

Πίνακας 6

Χρόνος εκπαίδευσης σε έτη	Αριθμός μητέρων n	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 4 μήνες αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 6μήνες απ. ή θήλασαν 4μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσαν υποκατάστατο γάλακτος από την αρχή
0-9]	227	34,38	18,75	16,52	39,73
[10-12]	719	44,26	27,31	23,53	29,55
[13-17]	1121	45,43	27,78	23,21	25,72
>17	129	57,36	39,53	34,88	16,28
Σύνολο	2196				

Στο διάγραμμα 2 που ακολουθεί, και στο οποίο παρουσιάζεται η πορεία του ποσοστού του απ. θηλασμού στις 4 ομάδες κατά τη διάρκεια των 3 διμήνων, φαίνεται ποσό κοντά είναι η 2^η και η 3^η ομάδα και πόσο οι άλλες δύο διαφοροποιούνται από αυτές.

Διάγραμμα3: Παρουσιάζεται η πορεία των ποσοστών % του αποκλειστικού θηλασμού στα τρία πρώτα δίμηνα της ζωής του βρέφους, για κάθε μορφωτικό επίπεδο χωριστά.



► Επάγγελμα της μητέρας και θηλασμός

Η μητέρες που εξετάσθηκαν χωρίσθηκαν, επίσης, σε ομάδες ανάλογα με το επάγγελμά τους. Η ομαδοποίηση έγινε λαμβάνοντας υπόψιν το εργασιακό ωράριο και την άδεια γαλουχίας που αντιστοιχεί σε κάθε επαγγελματική ομάδα. Ενώ δημιουργήθηκαν ξεχωριστές ομάδες για τις μητέρες που λόγω του επαγγέλματός τους μπορεί να έχουν ιδιαίτερη ευαισθητοποίηση σε θέματα υγείας(παραϊατρικά επαγγέλματα), καθώς και για τις μητέρες εκείνες που το επάγγελμά τους απαιτεί υψηλή μόρφωση και συνεχή ενημέρωση (γιατροί, δικαστικοί, ερευνητές, ακαδημαϊκοί, μηχανικοί κ.α). Στο πίνακα 7 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συμπεριφορά της καθεμιάς από τις επαγγελματικές ομάδες σε ότι αφορά το θηλασμό.

Πίνακας 7

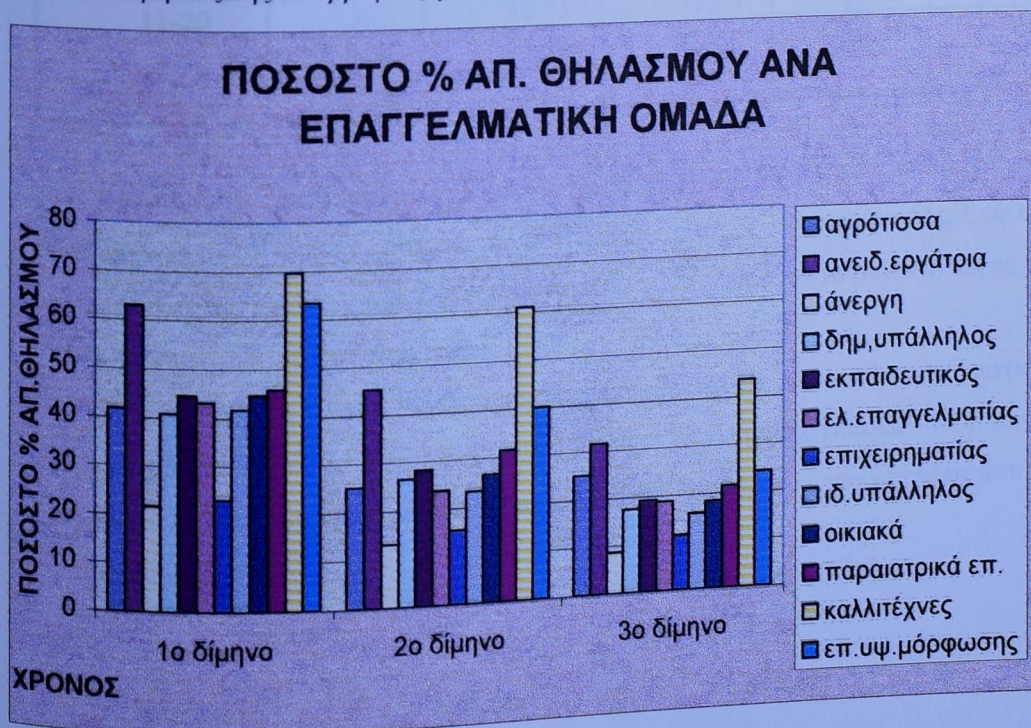
Επάγγελμα μητέρας	Αριθμός μητέρων n	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 4 μήνες αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασα 6 μήνες απ. ή θήλασαν 4μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσαν υποκατάστατο γάλακτος από την αρχή
Αγρότισσες	24	41,67	29,17	25,00	29,167
Ανειδ. Υπάλληλοι	73	57,00	52,05	41,10	17,81
Άνεργοι	23	17,93	13,04	13,04	34,78
Δημ. Υπάλληλοι	247	35,37	27,64	22,36	24,79
Εκπαιδευτικοί	305	39,14	31,58	24,01	27,30
Ελ. Επαγγελματίες	214	35,05	25,70	21,49	29,44
Επιχειρηματίες	26	19,23	15,38	11,54	34,62
Ιδ. Υπάλληλοι	585	33,80	26,00	19,41	29,64
Οικιακά	454	37,14	28,41	21,92	31,99
Παραϊατρικά επ.	140	45,31	31,43	27,14	17,86
Καλλιτέχνες	23	69,57	60,87	52,17	13,04
Επαγγ.Υψ.Μόρφωσης	120	52,50	43,33	35,00	15,83
Σύνολο	2234				

Στο πίνακα 7 παρατηρούμε πως ομάδες γυναικών που δεν έχουν κάποιο επαγγελματικό περιορισμό στην άσκηση του θηλασμού (άνεργες, οικιακά) έχουν χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και διατήρησης του θηλασμού από τις μητέρες που ασκούν κάποιο επάγγελμα που σχετίζεται με την υγεία(παραϊατρικά επαγγέλματα) ή κάποιο επάγγελμα Υψ. Μόρφωσης ή ανήκουν στην ομάδα των καλλιτεχνών, και οι

οποίες αντιμετωπίζουν φυσικά περισσότερες πρακτικές δυσκολίες κατά το θηλασμό. Επίσης παρατηρούμε πως οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, αν και έχουν πολλές διαφορές στην άδεια γαλουχίας, δεν έχουν πολύ διαφορετικά ποσοστά στην έναρξη και διατήρηση του θηλασμού. Τέλος, μεταξύ των επαγγελματιών που δεν απαιτούν αυξημένο μορφωτικό επίπεδο ξεχωρίζει η ομάδα των ανειδίκευτων εργατριών, κατέχοντας υψηλά ποσοστά τόσο στην έναρξη όσο και στη διατήρηση του θηλασμού. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι το 50% της κατηγορίας αυτή αποτελείται από μητέρες Αλβανικής καταγωγή, οι οποίες όπως έχουμε αναφέρει έχουν υψηλότερα θηλασμού από τις Ελληνίδες. Στις υπόλοιπες ομάδες το ποσοστό των Αλβανίδων μητέρων είναι πολύ μικρό.

Στο διάγραμμα 4 που ακολουθεί παρουσιάζεται το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού για κάθε επαγγελματική ομάδα χωριστά, ώστε να γίνει ευκολότερα η σύγκριση ανάμεσα τους. Εμφανής είναι η υπεροχή στα στις ομάδες των ανειδ. εργατριών, των καλλιτεχνών και των επαγγελματιών υψηλής μόρφωσης. Τα χαμηλότερα ποσοστά κατέχουν οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι άνεργοι. Ενώ οι υπόλοιπες ομάδες βρίσκονται κάπου στη μέση.

Διάγραμμα 4: παρουσιάζονται τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στα τρία πρώτα δίμηνα ζωής του βρέφους για κάθε επαγγελματική ομάδα.



► Κάπνισμα και θηλασμός

Εξετάσθηκε επίσης αν επηρεάζεται η συμπεριφορά των γυναικών που αφορά το θηλασμό από τη συνήθεια του καπνίσματος. Οι μητέρες του εξετάσθηκαν χωρίσθηκαν σε 4 ομάδες ανάλογα με τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως. Στη 1^η ομάδα ανήκουν οι μη καπνίστριες (αρ.τσιγάρων=0), στη 2^η ομάδα όσες καπνίζουν 1-10τσιγάρα/ημέρα, στη 3^η ομάδα αυτές που καπνίζουν 11-20τσιγάρα/ημέρα και στη 4^η όσες καπνίζουν περισσότερα από 20τσιγάρα/ημέρα. Στο πίνακα 7 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συμπεριφορά των τεσσάρων αυτών ομάδων σε σχέση με το θηλασμό.

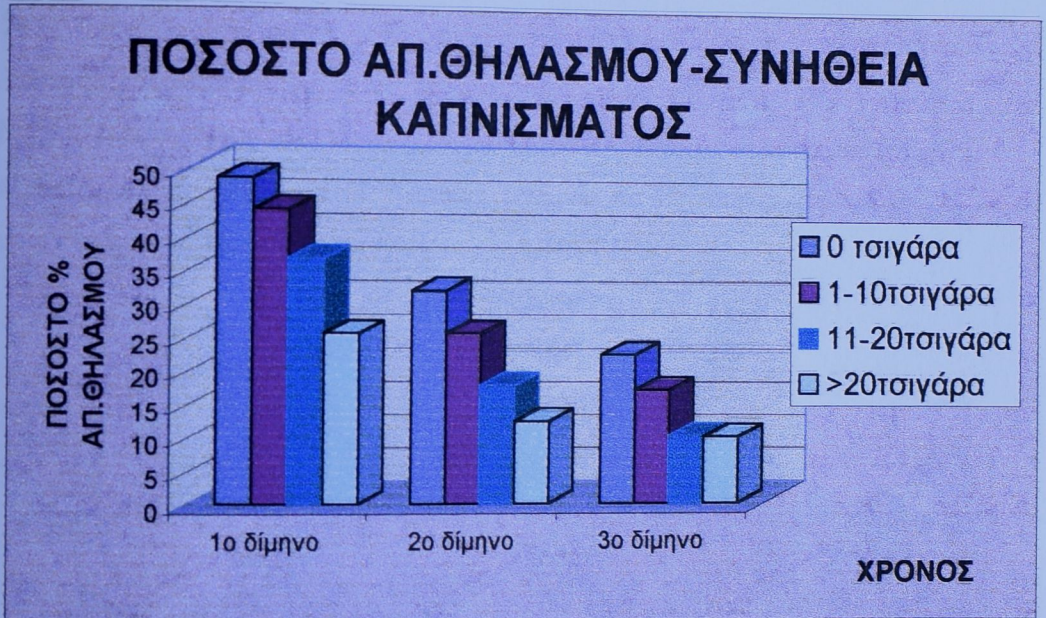
Πίνακας 8

Αριθμός τσιγάρων που καπνίζουν οι μητέρες/ ημέρα	Αριθμός μητέρων n	Ποσοστό % των μητέρων που			
		το 1 ^ο δίμηνο θήλασαν αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 4 μήνες αποκλειστικά (ανεξάρτητα από τη συνέχεια)	Θήλασαν 6 μήνες απ. ή θήλασαν 4μήνες απ. & 2 μικτά	Έδωσαν υποκατάστατο γάλακτος από την αρχή
0	1331	48,71	31,99	27,96	24,01
1-10	403	44,03	25,62	21,14	27,36
11-20	383	36,75	17,85	13,39	38,32
>20	129	25,58	12,40	10,85	37,98
<u>Σύνολο</u>	2246				

Στο πίνακα 7 φαίνεται πως οι μη καπνίστριες έχουν υψηλότερο ποσοστό στην έναρξη του θηλασμού και στη διατήρηση του σε σχέση με τις καπνίστριες. Ενώ από τα ποσοστά των ομάδων των καπνιστριών παρατηρούμε πως αυτά μειώνονται με την αύξηση του αριθμού των τσιγάρων.

Στο διάγραμμα 5, που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού για κάθε μία από τις τέσσερις ομάδες που δημιουργήθηκαν με βάση τη συνήθεια καπνίσματος της μητέρας. Διακρίνεται το προβάδισμα των μητέρων που δεν καπνίζουν.

Διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στα τρία πρώτα δίμηνα της ζωής του βρέφους για κάθε ομάδα μητέρων, όπως αυτές διαχωρίστηκαν με βάση τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν.



4. Συζήτηση

4.1. Επιπολασμός του θηλασμού στην Ελλάδα

Στον παγκόσμιο χάρτη που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του βρέφους. (UNICEF. Παρατηρούμε πως τα υψηλότερα ποσοστά κατέχουν οι Ασιατικές χώρες και κάποιες από τις χώρες της Ν. Αφρικής. Ενώ για τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες σεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από τη UNICEF.

Exclusive Breastfeeding 1995-2000



Το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού τον 2^ο, 4^ο και 6^ο μήνα στην Ελλάδα βρέθηκε ότι είναι 44,5%, 27,4 και 18,93% αντίστοιχα. Ενώ ο θηλασμός (αποκλειστικός ή με συμπλήρωμα) το 2^ο, 4^ο και 6^ο μήνα είναι 72%, 47,7% και 30.9%.

Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού για τους τέσσερις πρώτους μήνες, στις 94 χώρες για τις οποίες υπάρχουν στοιχεία, είναι 35% (http://www.who.int/nut/dp_bfd.htm) Συγκεκριμένα στις περισσότερες χώρες της Αφρικής τα ποσοστά είναι χαμηλά π.χ. Δημοκρατία Κεντρικής Αφρικής: 4% το 1995, Νιγηρία: 2% το 1992, Σενεγάλη: 7% το 1993. Ενώ σε κάποιες Αφρικανικές χώρες τα ποσοστά αυξάνονται, όπως στο Μπενιν (13% το

1993 και 23% το 1996) και το Μαλί (8% το 1987 και 12% και 23% το 1996), γεγονός που οφείλεται στα προγράμματα προώθησης του θηλασμού και στη δημιουργία "Baby Friendly Hospitals".

Στη περιοχή της νοτιανατολικής Ασίας ποσοστά αυξάνονται επίσης. Στη Ταϊλάνδη, για παράδειγμα, το ποσοστό έναρξης του θηλασμού αυξήθηκε από 90%(1987) σε 99%(1993), και το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού από 0,2%(1993) σε 4%(1996). Στις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού είναι αυξημένα συγκριτικά με τις άλλες περιοχές. Για παράδειγμα στην Αίγυπτο και τη Σαουδική Αραβία τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού για τους 4 πρώτους μήνες είναι 68% (1995) και 55% (1991) αντίστοιχα. Ενώ και το Πακιστάν παρουσιάζει σημαντική αύξηση στο ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού, από 12% το 1988 σε 25% το 1992).

Στην Αμερική τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού είναι υψηλά σε ορισμένες χώρες (Χιλή: 97%, Κολομβία: 95%, Εκουαδόρ: 96%). Όμως, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, αν και υψηλά, παρουσιάζουν μείωση σε κάποιες χώρες (Βολιβία, 59% το 1989 και 53% το 1994, Δομινικανική Δημοκρατία, 14% το 1986 και 10% το 1993).

Στις Ευρωπαϊκές χώρες τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού για τους 4 πρώτους μήνες είναι χαμηλά και αυξάνονται σταδιακά. Για παράδειγμα η κοντινή σε εμάς Ιταλία το ποσοστό του θηλασμού (αποκλειστικού ή μικτού) τον 6^ο μήνα είναι 46,8%.(Giovannini M. et al, 2004) Ενώ το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού στον 6^ο μήνα μόνο 5% το 1999(στην Ελλάδα βρέθηκε να είναι 18,9%). Η διαφορά του αποκλειστικού θηλασμού ήταν μικρότερη, και αυτή τη φορά υπέρ της Ιταλίας, τον 4^ο μήνα όπου θήλασε αποκλειστικά το 27,4% των Ελληνίδων και το 31% των Ιταλίδων. (Giovannini M. Et al, 2003) Στη Βρετανία μόνο το 64% των μητέρων ξεκινά τον θηλασμό (αποκλειστικό ή μικτό. (Amin A et al, 2000). Στη Δανία το 71% και το 52% των μητέρων θηλάζουν (αποκλειστικά ή μικτά) τον 3ο και τον 6^ο μήνα αντίστοιχα.(Michaelsen KF et al, 1995) Ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού θηλασμού στους 4 πρώτους μήνες παρουσίασε η Πολωνία (από 1,5% το 1988 σε 17% το 1995) και η Σουηδία (από 55% το 1992 σε 61% το 1993).

4.2. Επίδραση του θηλασμού στην αύξηση του βάρους στη 1^η

βρεφική ηλικία

Βρέθηκε πως η αύξηση του βάρους των βρεφών στο πρώτο εξάμηνο της ζωής τους εξαρτάται σημαντικά από την επιλογή της μητέρας του βρέφους να θηλάσει ή όχι το νεογνό της. Τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά είχαν σημαντικά χαμηλότερο βάρος στον 4^ο και 6^ο μήνα σε σχέση με τα βρέφη που σιτίστηκαν αποκλειστικά με υποκατάστατο, αλλά και με τα βρέφη που έλαβαν υποκατάστατο παράλληλα με το μητρικό θηλασμό. Σύμφωνα με την έρευνα των *Rogers IS, Emmett PM & Golding J, 1997*, τα βρέφη που έχουν θηλάσει είναι ελαφρύτερα στην ηλικία των 3 και 4 μηνών σε σχέση με τα βρέφη που τράφηκαν με υποκατάστατο γάλακτος. Ενώ μια άλλη έρευνα έδειξε ότι τα βρέφη που θήλασαν είχαν πρόσληψη βάρους με βραδύτερο ρυθμό τους 4 πρώτους μήνες της ζωής τους. (*Kramer MS et al, 2002*)

Η επίδραση αυτή του θηλασμού στην ανάπτυξη είναι, όπως προκύπτει από την ενότητα 1.1.4., σημαντική γιατί δρα προστατευτικά στην εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. Αφού από τα παραπάνω προκύπτει ότι ο θηλασμός προωθεί την ομαλή και όχι ραγδαία ανάπτυξη στην 1^η βρεφική ηλικία.

4.3. Χαρακτηριστικά της θηλάζουσας

► Επίδραση της ηλικίας στην έναρξη και επιτυχή συνέχιση του θηλασμού.

Στο δείγμα Ελληνίδων που εξετάσαμε παρατηρήσαμε πως οι νεότερες μητέρες έχουν πιο υψηλά ποσοστά θηλασμού από τις μεγαλύτερες. Στη Κροατία, σύμφωνα με έρευνα που έγινε η κατάσταση είναι διαφορετική. Βρέθηκε δηλαδή πως το ποσοστό θηλασμού ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των μεγαλύτερων μητέρων (46,3%) σε σχέση με αυτό μεταξύ των νεαρότερων (31,7). (*Berovic N., 2003*)

► Επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην έναρξη και επιτυχή διατήρηση του θηλασμού.

Στο δείγμα Ελληνίδων που εξετάσαμε παρατηρήσαμε πως οι μητέρες με τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης είχαν τα υψηλότερα ποσοστά στην έναρξη και στη διατήρηση του θηλασμού. Ενώ και έρευνες σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες αντίστοιχες μελέτες κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Στη Γαλλία σε έρευνα που έγινε σε 150

μητέρες βρέθηκε ότι οι μητέρες που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο θήλασαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. (Branger B. et al, 1998). Αλλά και αντίστοιχη έρευνα στην Ιταλία έδειξε πως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας είναι ένας από ους παράγοντες. Που σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά θηλασμού. (Bertini G. et al, 2003)

► Επίδραση του επαγγέλματος της μητέρας στα ποσοστά θηλασμού.

Στη παρούσα έρευνα παρατηρήσαμε πως τα υψηλότερα ποσοστά στην έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού κατέχουν επαγγέλματα που σχετίζονται με υψηλή μόρφωση και υψηλό κοινωνικό επίπεδο. Αντίθετα, μητέρες οι οποίες δεν αντιμετώπιζαν πρακτικά προβλήματα για τη συνέχιση του θηλασμού (νοικοκυρές, άνεργες) είχαν χαμηλότερα ποσοστά. Τέλος μεταξύ των υπολοίπων επαγγελμάτων, τα οποία διαφέρουν σαφώς στην ευχέρεια που παρέχουν στη θηλάζουσα να συνεχίσει το θηλασμό, οι διαφορές δεν ήταν τόσο διακριτές. Έρευνα που έγινε στη Γαλλία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το επάγγελμα δεν έχει σημαντική επίδραση στα ποσοστά του θηλασμού. (Branger B. et al, 1998). Ενώ έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βρετανία έδειξε πως το κοινωνικό επίπεδο έχει σημαντική επίδραση στην απόφαση και στη συνέχιση του θηλασμού. (Houston M.J. et al, 1983)

► Επίδραση της συνήθειας του καπνίσματος στα ποσοστά του θηλασμού.

Στη παρούσα έρευνα βρέθηκε πως τα ποσοστά έναρξης και διατήρησης του θηλασμού είναι χαμηλότερα παρουσία της συνήθειας του καπνίσματος. Την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στη διατήρηση του θηλασμού σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, επισημαίνει έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Βρετανία. (Lyon A.S., 1983). Αλλά και αντίστοιχη έρευνα στην Ιταλία περιγράφει το κάπνισμα ως έναν παράγοντα που προκαλεί σημαντική μείωση στα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού. (Bertini G. et al, 2003)

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Abou-Dakn M, Scheele M, Strecker JR. Does Breast-feeding prevent breast cancer? *Zentralbl Gynakol*. 2003 Feb;125(2):48-52.<PUBMED>
- 2 Allison DB, Matz PE, Pietrobelli A, Zannolli R, Faith MS. Genetic and environmental influences on obesity. In: Bendich A, Deckelbaum RJ (eds). *Primary and Secondary Preventive Nutrition*. Humana Press: Totowa, New Jersey, 1999, pp 147-164.<PUBMED>
- 3 Amin M, Matthews L, Johnson T, Kilty L, Riley R. The prevalence of breastfeeding in south Leicestershire. *Br J Community Nurs*. 2000 Apr;5(4):192-6,<PUBMED>
- 4 Arnon SS. Breast feeding and toxigenic intestinal infections: missing link in crib death? [Review] *Rev Infect Dis*. 1984 Mar-Apr;6 Suppl 1:s193-201.<PUBMED>
- 5 Bergmann KE, Bergmann RL, Von Kries R, Bohm O, Richter R, Dudenhausen JW, Wahn U. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *Int J Obes* 2003; 27: 162-172.<PUBMED>
- 6 Bergmann KE, Bergmann RL, Von Kries R, Bohm O, Richter R, Dudenhausen JW, Wahn U. Early determinants of childhood overweight and adiposity in a birth cohort study: role of breast-feeding. *Int J Obes* 2003; 27: 162-172.<PUBMED>
- 7 Berovic N. Impact of sociodemographic features of mothers on breastfeeding in Croatia: questionnaire study. *Croat Med J*. 2003 Oct;44(5):596-600.<pubmed>
- 8 Bertini G, Perugi S, Dani C, Pezzati M, Tronchin M, Rubaltelli FF. Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2003 Oct;37(4):447-52. <PUBMED>
- 9 Bouchard C, Tremblay A. Genetic influences on the response of body fat and fat distribution to positive and negative energy balances in human identical twins. *J Nutr* 1997; 127 (Suppl. 5): 943S-947S.<PUBMED>
- 10 Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Factors influencing the duration of breast feeding. A study of 150 women. *Arch Pediatr*. 1998 May;5(5):489-96.<PUBMED>
- 11 Chulada PC, Ardes SJ Jr, Dunson D, Zeeldin DC. Breast feeding and the prevalence of asthma and wheeze in children: analyses from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *J Allergy Clin Immunol*. 2003 Oct;112(4):807-8.<PUBMED>
- 12 Curhan GC, Chertow GM, Willett WC, Spiegelman D, Colditz GA, Manson JE, Speizer FE, Stampfer MJ. Birth weight and adult hypertension and obesity in women. *Circulation* 1996; 94: 1310-1315. [Cited in Martorell R et al. (2001) op cit.]<PUBMED>
- 13 Curhan GC, Chertow GM, Willett WC, Spiegelman D, Colditz GA, Manson JE, Speizer FE, Stampfer MJ. Birth weight and adult hypertension and obesity in women. *Circulation* 1996; 94: 1310-1315.<PUBMED>
- 14 Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Spiegelman D, Ascherio AL, Stampfer MJ. Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men. *Circulation* 1996; 94: 3246-3250.<PUBMED>

- 15 Curhan GC, Willett WC, Rimm EB, Spiegelman D, Ascherio AL, Stampfer MJ. Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men. *Circulation* 1996; 94: 3246-3250.<PUBMED>
- 16 Das UN. Can perinatal supplementation of long-chain polyunsaturated fatty acids prevent diabetes mellitus? [REVIEW] *Eur J Clin Nutr.* 2003 Feb ;57(2) :218-26.<PUBMED>
- 17 Das UN. The lipids that matter from infant nutrition to insulin resistance. [REVIEW] *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2002 Jul;67(1):1-7.<PUBMED>
- 18 Davey G, Mangtani P, Frankel S, Gunnel D. Association between breast feeding and growth: the Boyd-Orr cohort study. *ADC* 2002;87:F193.<PUBMED>
- 19 Dundaroz R, Aydin HI, Ulucan H, Baltaci V, Denli M, Gokcay E. Preliminary study in non breast-fed infants. *Pediatr int.* 2002 Apr;44(2):127-30.<PUBMED>
- 20 Falkner NH, Neumark-Sztainer D, Story M, Jeffery RW, Beuhring T, Resnick MD. Social educational, and psychological correlates of weight status in adolescents. *Obes Res* 2001; 9: 32-42.<PUBMED>
- 21 Fall CH, Osmond C, Barker DJ, Clark PM, Hales CN, Stirling Y, Meade TW. Fetal and infant growth and cardiovascular risk factors in women. *BMJ* 1995; 310: 428-432.<PUBMED>
- 22 Feldblum PJ, Zhang J Rich LE, Fortney JA, Talmage RV. Lactation history and bone mineral density among perimenopausal women. *Epidemiology.* 1992 Nov;3(6):527-31.<PUBMED>
- 23 Gale CR, Martyn CN. Breast feeding, dummy use, and adult intelligence. *Lancet.* 1996 Apr 20;347(9008):1057.<PUBMED>
- 24 Garn SM, Bailey SM, Higgins IT. Fatness similarities in adopted pairs. *Am J Clin Nutr* 1976; 29: 1067-1068.<PUBMED>
- 25 Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. [REVIEW]. *Diabetes Care.* 1994 Jan;17(1):13-9.<PUBMED>
- 26 Giovannini M, Banderali G, Radaelli G, Carmine V, Riva E, Agostoni C. Monitoring breastfeeding rates in Italy: national surveys 1995 and 1999. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):357-63.
- 27 Gionannini M, Riva E, Banberali G, Scalgioni S, Veehof SH, Sala M, Radaelli G, Agostoni C. Feeding practice of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr.* 2004 Apr; 93(4):492-7.<PUBMED>
- 28 Golding J, Rogers IS, Emmett PM. Association between breast feeding, child development and behavior. [REVIEW] *Early Hum Dev.* 1997 Oct 29;49 Suppl;S175-84.<PUBMED>
- 29 Gortmaker SL, Must A, Perrin JM, Sobol AM, Dietz W. Social and economic consequences of overweight in adolescence and young adulthood. *N Engl J Med* 1993; 329: 1008-1012.<PUBMED>
- 30 Hanson LA, Hahn-Zoric M, Berndes M, Ashraf R, Herias V, Jalil F, Bhutta TI, Laeeq A, Mattsby-Baltzer I. Breast feeding: overview and breast feeding immunology. [Review] *Acta Paediatr Jpn.* 1994 Oct;36(5):557-61.<PUBMED>

- 31 Hanson LA. Breastfeeding provides passive and likely long-lasting active immunity. [Review]. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1999 May;82(5):478.<PUBMED>
- 32 Hood MY, Moore LL, Sundarajan-Ramamurti A, Singer M, Cupples LA, Ellison RC. Parental eating attitudes and the development of obesity in children. The Framingham Children's Study. *Int J Obes* 2000; 24: 1319-1325.
- 33 Houston MJ, Howie PW, Smart L, McArdle T, McNeilly AS. Factors affecting the duration of breast feeding: 2. Early feeding practices and social class. *Early Hum Dev.* 1983 Mar;8(1):55-63 <PUBMED>
- 34 Howie PW. Natural regulation of fertility. *Br Med Bull.* 1993 Jan;49(1):182-99.<PUBMED>
- 35 International Obesity TaskForce with the European Childhood Obesity Group. Obesity in Europe. IOTF: Copenhagen, 2002[<http://www.ietf.org/media/euobesity.pdf>].<PUBMED>
- 36 Kac G, Benicio MH, Velasquez-Melendez G, Valente JG, Struchiner. Breastfeeding and postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *Am J Clin Nutr.* 2004 Mar;79(3):487-93.<PUBMED>
- 37 Kain J, Uauy R, Vio F, Albala C. Trends in overweight and obesity prevalence in Chilean children: comparison of three definitions. *Eur J Clin Nutr* 2002; 56: 200-204.<PUBMED>
- 38 Kaplowitz HJ, Wild KA, Mueller WH, Decker M, Tanner JM. Serial and parent-child changes in components of body fat distribution and fatness in children from the London Longitudinal Growth Study, ages two to eighteen years. *Hum Biol* 1988; 60: 739-758.<PUBMED>
- 39 Karris L. Prejudice against obese renters. *J Soc Psychol* 1977; 101: 159-160.<PUBMED>
- 40 Kautiainen S, Rimpelä A, Vikat A, Virtanen SM. Secular trends in overweight and obesity among Finnish adolescents in 1977-1999. *Int J Obes* 2002; 26: 544-552.<PUBMED>
- 41 Kelsey JL. Risk factors for osteoporosis and associated fractures. *Public Health Rep.* 1989 Sep-Oct;104 Suppl:14-20.<PUBMED>
- 42 Kippley S. CCL and breast cancer. *CCL Family Found.* 1994 Jan-Feb;20(4):5-19.<PUBMED>
- 43 Koletzko B, Toschke AM, Grote V, Kries R. Identifying children at high risk for overweight at school entry by weight gain during the first 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004 May;158(5):449-52.<PUBMED>
- 44 Kramer MS et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? *Pediatrics* 2002 Aug;110(2 Pt 1):343-7.<PUBMED>
- 45 Krassas GE, Tzotzas T, Tsameti C, Konstantinidis T. Prevalence and trends in overweight and obesity among children and adolescents in Thessaloniki, Greece. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2001; 14 (Suppl. 5): 1319-1326, discussion 1365.<PUBMED>
- 46 Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, Mutius E, Barnert D, Grunert V, Voss H. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *BMJ* 1999;319:147-150.<PUBMED>

- 47 Kull I, Wickman M, Lilja G, Nordvall SL, Pershagen G. Breast feeding and allergic diseases in infants—a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child*. 2002 Dec;87(6):478-81.<PUBMED>
- 48 Lake JK, Power C, Cole TJ. Child to adult body mass index in the 1958 British birth cohort: Associations with parental obesity. *Arch Dis Child* 1997; 77: 376-381.<PUBMED>
- 49 Lake JK, Power C, Cole TJ. Child to adult body mass index in the 1958 British birth cohort: Associations with parental obesity. *Arch Dis Child* 1997; 77: 376-381.<PUBMED>
- 50 Lee SY, Kim MT, Kim SW, Song MS, Yoon SJ. Effect of lifetime lactation on breast cancer risk: a Korean women's cohort study. *Int J Cancer*. 2003 Jun 20;105(3):390-3.<PUBMED>
- 51 Lissau I, Sorensen TI. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet* 1994; 343: 324-327.<PUBMED>
- 52 Lobstein TJ, Frelut M-L. Prevalence of overweight children in Europe. *Obes Rev* 2003; 4: 195-200.<PUBMED>
- 53 Lobstein TJ, James WPT, Cole TJ. Increasing levels of excess weight among children in England. *Int J Obes* 2003; 27: 1136-1138.<PUBMED>
- 54 Lyon AJ. Factors affecting breast feeding—a comparison of two British Military Hospitals. *J R Army Med Corps*. 1983 Oct;129(3):135-9. <PUBMED>
- 55 Majem LS, Barba LS, Bartrina JA, Rodrigo CP, Santana PS. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In: Majem LS, Bartrina JA (eds). *Obesidad infantil y juvenil: Estudio enKid (Child and Adolescent Obesity: the Enkid Study)*. Masson: Barcelona, 2001; pp 81-108.<PUBMED>
- 56 Manios Y, Moschandreas J, Hatzis C, Kafatos A. Health and nutrition education in primary schools of Crete: changes in chronic disease risk factors following a 6-year intervention programme. *Br J Nutr* 2002; 88: 315-324.<PUBMED>
- 57 Martonell R, Stein AD, Schroeder DG. Early nutrition and later adiposity. *J Nutr*. 2001 Mar;131(3):874S-880S.<PUBMED>
- 58 Martorell R, Stein AD, Schroeder DG. Early nutrition and later adiposity. *J Nutr* 2001; 131: 874S-880S.<PUBMED>
- 59 Melton LJ 3rd, Bryant SC, Wahner HW, O'Fallon WN, Malkasian C, Judd HL, Riggs BL. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporos Int*. 1993 Mar;3(2):76-83.<PUBMED>
- 60 Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. [Duration of breastfeeding—which f?]. *Ugeskr Laeder*. 1995 Apr; 157(16):2311-5.<PUBMED>
- 61 Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjostrom L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish women. *Int J Obes* 1996; 20: 895-903.<PUBMED>
- 62 Newcomb PA, Trentham-Dietz A. *Cancer Causes Control*. 2000 Aug;11(7):663-7.<PUBMED>
- 63 No authors listed. Breast-feeding may reduce breast-cancer risk. *Indian Med Trib*. 1994 Apr 30;2(7):4.<PUBMED>
- 64 Oddy WH, Holt PG, Sly PD, Read AW, Landau LI, Stanley FJ, Kendall GE, Burton PR. Association between breast feeding and asthma in 6 year old children:

- findings of a prospective birth cohort study. *BMJ*. 1999 Sep 25;319(7213):815-9.<PUBMED>
- 65 Ogden CL, Flegal KM, Carroll MD, Johnson CL. Prevalence and trends in overweight among US children and adolescents, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1728-1732.<PUBMED>
- 66 Ong KK, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dunger DB. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study [published erratum appears in *BMJ* 2000; 320: 1244]. *BMJ* 2000; 320: 967-971.<PUBMED>
- 67 Ong KK, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dunger DB. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study [published erratum appears in *BMJ* 2000; 320: 1244]. *BMJ* 2000; 320: 967-971.<PUBMED>
- 68 Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes* 1999; 23 (Suppl. 8): S1-S107.<PUBMED>
- 69 Parsons TJ, Power C, Logan S, Summerbell CD. Childhood predictors of adult obesity: a systematic review. *Int J Obes* 1999; 23 (Suppl. 8): S1-S107.<PUBMED>
- 70 Perra A, Bella A, Kodra Y, Cuccia M. Nutritional status, dietary habitus, physical activity and self-perceived body image of pre-adolescents in Catalonia, Sicily, 2002. *Bollettino Epidemiologico Nazionale* 2002; 15: 1-5.<PUBMED>
- 71 Perusse L, Chagnon YC, Weisnagel J, Bouchard C. The human obesity gene map: the 1998 update. *Obes Res* 1999; 7: 111-129.<PUBMED>
- 72 Riva E, Agostoni C, Biasucci G, Trojan S, Luotti D, Fiori L, Giovann M. Early breast feeding is linked to higher intelligence quotient scores in dietary treated phenylketonuric children. *Acta Paediatr*. 1996 Jan;85(1):56-8.<PUBMED>
- 73 Rogers IS, Emmett PM, Golding J. The growth and nutritional status of the breast-fed infant. *Early Hum Dev*. 1997 Oct 29;49 Suppl:S157-74.<PUBMED>
- 74 Rosenblatt KA, Thomas DB. Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives. *Int J Epidemiol*. 1995 Jun ;24(3) :499-503.<PUBMED>
- 75 Seidman DS, Laor A, Gale R, Stevenson DK, Danon YL. A longitudinal study of birth weight and being overweight in late adolescence. *Am J Dis Child* 1991; 145: 782-785.<PUBMED>
- 76 Serdula MK, Ivery D, Coates RJ, Freedman DS, Williamson DF, Byers T. Do obese children become obese adults? A review of the literature, 1993. *Preventive medicine* 1993;22:167-177. <PUBMED>
- 77 Shah RU, Hakim K, Dhar GM. Anthropometric change in lactating mothers: a longitudinal study. *JK Pract*. 1997 Jan-Mar;4(1):24-6.<Pubmed>
- 78 Short R. Making good use of natural's contraceptive. *Network*. 1992 Oct;13(2):18-9.<PUBMED>
- 79 Staffieri JR. A study of social stereotype of body image in children. *J Pers Soc Psychol* 1967; 7: 101-104.<PUBMED>
- 80 Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. *Pediatrics* 2000; 105: e15.<PUBMED>
- 81 Stunkard AJ, Foch TT, Hrubec Z. A twin study of human obesity. *JAMA* 1986; 256: 51-54.<PUBMED>

- 82 Tiggemann M, Anesbury T. Negative stereotyping of obesity in children: The role of controllability beliefs. *J Appl Soc Psychol* 2000; 30: 1977-93.<PUBMED>
- 83 Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes* 2002; 26: 538-543.<PUBMED>
- 84 UK Childhood Cancer Study Investigators. Breast feeding and childhood cancer. *Br J Cancer*. 2001 Nov 30;85(1):1685-94.<PUBMED>
- 85 Vestermamark V, Hogdall Ck, Plenov G, Birch M. [Duration of breastfeeding]. *Ugerk Laeger*. 1991 Oct; 153(43):3010-2.<PUBMED>
- 86 Wang Y, Ge K, Popkin BM. Tracking of body mass index from childhood to adolescence: a 6-y follow-up study in China. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 1018-1024.<PUBMED>
- 87 Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75: 971-977.<PUBMED>
- 88 Whitaker RC, Dietz WH. Role of the prenatal environment in the development of obesity. *J Pediatr* 1998; 132: 768-776.<PUBMED>
- 89 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-873.<PUBMED>
- 90 Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *N Engl J Med* 1997; 337: 869-873.<PUBMED>
- 91 Wold AE, Alderberth I. Breast feeding and the intestinal microflora of the infant-implications for the protection against infectious diseases [review]. *Adv Exp Med Boil*. 2000;478:77-93<PUBMED>
- 92 World Health Organization. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series no. 894. WHO: Geneva, 2000.<PUBMED>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ: _____ ΗΜΕΡ.ΓΕΝ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ: _____

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΗΤΕΡΑ: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ____ / ____ / ____

Κωδ. _____

Παρακαλούμε δώστε μας όσες από τις παρακάτω πληροφορίες γνωρίζετε:

	Ηλικία	Βάρος (κιλά)	Ύψος (m)	Καταγωγή Πατπούδων	Χρόνια Εκπ/σης	Επάγγελμα	ταγ. / μέρ	Τσιγ. εντός σπιτιού	Χρόνια καπν.
Πατέρας παιδιού				M					
				Π					
Μητέρα παιδιού				M					
				Π					
Αδέρφια παιδιού	1								
	2								
	3								

Βάρος μητέρας πριν την εγκυμοσύνη(2-3 μήνες πριν τη σύλληψη)			
Βάρος μητέρας πριν τον τοκετό:			
Βάρος μητέρας μετά τον τοκετό			
Βάρος μητέρας 6 μήνες μετά τον τοκετό:			
Βάρος μητέρας 12 μήνες μετά τον τοκετό			
Μήνες κύησης			
Σίτιση κατά την α' βρεφική ηλικία	1° δμήνο	2° δμήνο	3° δμήνο
Α. κλειστικά θηλασμός			
Συνδυασμός θηλασμού κ γάλα σκόνη			
Αποκλειστικά γάλα σκόνη			
Χρήση συμπληρωμάτων φυλικού οξέος (μήνες πριν την εγκυμοσύνη.....)	1° τρίμηνο	2° τρίμηνο	3° τρίμηνο
Χρήση συμπληρωμάτων σιδήρου			
Κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (No. τσιγάρων/μέρα)			
Παθητικό κάπνισμα στο χώρο εργασίας ή σπιτι (πόσα τσιγάρα κάπνιζαν οι γύρω της στον ίδιο χώρο)			
Κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (μερίδες/μέρα)			
Κάπνισμα κατά το θηλασμό (No. τσιγάρων/μέρα)			
Κατανάλωση αλκοόλ κατά το θηλασμό (ποσότητα ml/μέρα)			

ΒΡΕΦΟΣ	Βάρος (κιλά)	Ύψος (m)	Περ. κεφαλιού (εκ)
κατά τη γέννηση			
1° μήνα			
2° μήνα			
3° μήνα			
4° μήνα			
5° μήνα			
6° μήνα			
7° μήνα			
8° μήνα			
9° μήνα			
10° μήνα			
11° μήνα			
12° μήνα			

Ερωτήσεις για άσθμα

1. Είχε το παιδί σας έστω και μία φορά από τη γέννηση του μέχρι σήμερα «σφύριγμα στην αναπνοή», «βράσιμο», «γατάκια στο στήθος»; **ΝΑΙ / ΟΧΙ**
2. Είχε το παιδί σας τους τελευταίους 12 μήνες «σφύριγμα στην αναπνοή», «βράσιμο», «γατάκια στο στήθος»; **ΝΑΙ / ΟΧΙ**
3. Είχε ποτέ το παιδί σας άσθμα διαγνωσμένο από γιατρό; **ΝΑΙ / ΟΧΙ**

Ερωτήσεις για δερματίτιδα

1. Είχε ποτέ το παιδί σας κάποιο εξάνθημα (κοκκινίλες) με φαγούρα που να ερχόταν και να έφευγε για τουλάχιστον 6 μήνες; **NAI / OXI**
2. Είχε το παιδί σας τέτοιο εξάνθημα κατά τους τελευταίους 12 μήνες; **NAI / OXI**
3. Είχε ποτέ το παιδί σας έκζεμα ή ατοπική δερματίτιδα, διαγνωσμένο από γιατρό; **NAI/OXI**

Ερωτήσεις για λοιμώξεις

1. Πόσες φορές αρρώστησε από κρυολόγημα / γρίπη τους τελευταίους 12 μήνες ; _____
2. Νοσηλεύτηκε τους τελευταίους 12 μήνες ; **ΝΑΙ / ΟΧΙ. Αιτία** _____
3. Πόσες φορές πήρε αντιβίωση τους τελευταίους 12 μήνες ; _____
4. Έχει περάσει και πόσες φορές τα παρακάτω νοσήματα ; _____

Ωτίτιδα _____ φορές. Αμυγδαλίτιδα _____ φορές.

Πνευμονία _____ φορές. Ιγμορίτιδα _____ φορές.

Ουρολοίμωξη _____ φορές.

Ερωτήσεις για Δυσανεξίες-Αλλεργίες σε τρόφιμα:

Έχει παρουσιάσει ποτέ ζαλάδα, δύσπνοια, εξάνθημα σε όλο του το σώμα (πετάλες), ή πρήξιμο στα χέρια, λήνη ύπνου (έως μία) μετά από το φαγητό; **ΝΑΙ / ΟΧΙ**

Διαγνωσμένη αλλεργία από γιατρό; **NAI / OXI** Αιτία: 1. Αυγό, 2. Γάλα, 3. Ψάρι, 4. Ξηροί καρποί 5.

Άλλο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΠΑΙΔΙΟΥ

1α. Πόσες ώρες βλέπει τηλεόραση/ βίντεο ή παίζει ηλεκτρονικά παιχνίδια/ιντερνετ τις καθημερινές (ώρες ανά ημέρα);

1β. Πόσες ώρες βλέπει τηλεόραση/ βλέπει ή παίζει ηλεκτρονικά παιχνίδια/ίντερνετ το Σαββατοκύριακο συνολικά;

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί θα καταγράψετε τις δραστηριότητες του παιδιού που έγιναν σε οργανωμένες ομάδες (π.χ. αθλητικός σύλλογος, μπαλέτο, ωδείο, σχολή χορού, ξένες γλώσσες κ.λπ.) κατά τη διάρκεια μιας εβδομάδας της περιόδου Για κάθε μία από αυτές τις δραστηριότητες θα καταγράψετε και το χρόνο που διέθεσαν οι εξεταζόμενοι ολόκληρη την εβδομάδα (πόσες φορές χ πόσα λεπτά κάθε φορά), καθώς και τη κατηγορία έντασης στην οποία ανήκει και σύμφωνα με το παρακάτω παράδειγμα.

Πίνακας 1. Οργανωμένες ή συστηματικές δραστηριότητες (για μια εβδομάδα)

[illegible]

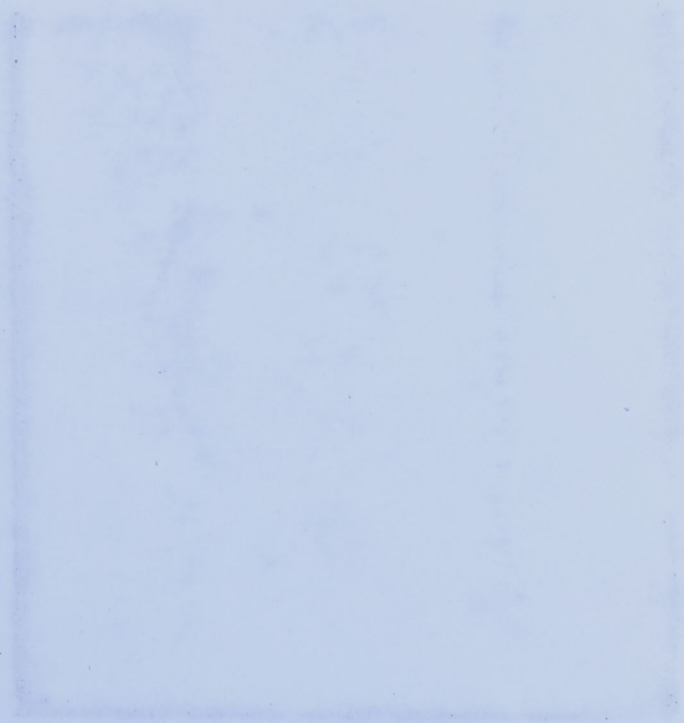
Σημειώστε με (✓) τα μέλη της οικογένειάς σας που πάσχουν από τις παρακάτω ασθένειες / κλινικά συμπτώματα:

Ασθένειες / Κλινικά συμπτώματα	Αδέρφια παιδιού			Πατέρας παιδιού	Μητέρα παιδιού	Γονείς πατέρα		Γονείς μητέρας	
	1	2	3			πατέρας	μητέρα	πατέρας	μητέρα
Διαβήτης τύπου I									
Διαβήτης τύπου II									
Υπέρταση									
Χοληστερίνη (και την τιμή)									
LDL χοληστερίνη/ κακή (& την τιμή)									
HDL χοληστερίνη /καλή (& την τιμή)									
Έμφραγμα μυοκαρδίου (ηλικία)									
Στηθάγχη (ηλικία)									
Εγκεφαλικό επεισόδιο (ηλικία)									
Χειρουργική επέμβαση καρδιάς									
Καρκίνο (και τον τύπο)									
Οστεοπόρωση									
Σιδηροπενική αναιμία									
Σιδηροπενική αναιμία κατά την κύηση									
Άλλο: _____									

- ✓ Αν μέλος της οικογενείας σας έχει πεθάνει, σημειώστε την αιτία θανάτου και γράφεται μέσα στο πλαίσιο A (Απεβίωσε) και την ηλικία θανάτου
- ✓ Αν κάποιο μέλος της οικογένειας έχει >1 κλινικά συμπτώματα, σημειώνονται όλα

**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



★ 1 3 0 5 4 ★