



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



Πτυχιακή Εργασία

***ΣΤΑΣΕΙΣ, ΓΝΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ ΕΓΚΥΩΝ ΚΑΙ ΛΕΧΩΛΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ
ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ***

Πέπα Αντονέτα ΑΜ6497

Παπουτσάκη Μαρία ΑΜ6496

Πορφυράκη Ειρήνη ΑΜ6444

Επιβλέπουσα: Ψαρρού Μαρία

Ηράκλειο, Οκτώβριος 2019

Ευχαριστίες

Πρώτα από όλα θέλουμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέποντα καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας, Ψαρρού Μαρία για την πολύτιμη καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που μας έδειξε.

Επίσης ευχαριστούμε όλους όσους μας δέχτηκαν στον χώρο του Νοσοκομείου.

Τέλος, ευχαριστούμε όλες εκείνες τις γυναίκες που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια μας και μας βοήθησαν να διεκπεραιώσουν την ερευνητική μας μελέτη .

Περιεχόμενα

Περίληψη	6
Abstract.....	7
Πρόλογος	8
Εισαγωγή	9
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
Κεφάλαιο 1: Εγκυμοσύνη και θηλασμός	11
1.1 Ιστορική αναδρομή	11
1.2 Εγκυμοσύνη.....	12
1.2.1 Πρώτο τρίμηνο	13
1.3 Μαστός.....	14
1.4 Προετοιμασία για θηλασμό	14
1.5 Τεχνική και στάσεις θηλασμού.....	15
Κεφάλαιο 2: Μητρικός θηλασμός	18
2.1 Αναπτυξιακά στάδια θηλασμού.....	18
2.2 Πλεονεκτήματα θηλασμού.....	19
2.2.1 Βρέφος	19
2.2.2 Μητέρα	22
2.2.3 Κοινωνικά	23
2.3 Αντενδείξεις.....	25
2.3.1 Μητέρα.....	25
2.3.2 Βρέφος	26
Κεφάλαιο 3: Οι στάσεις απέναντι στο μητρικό θηλασμό	26
3.1 Επιδημιολογία.....	26
3.2 Προώθηση του μητρικού θηλασμού	28
3.3 Η θέση του μητρικού θηλασμού στην ελληνική κοινωνία	29
3.4 Οι στάσεις των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό	31
Κεφάλαιο 4: Το μητρικό γάλα.....	33
4.1 Τα χαρακτηριστικά του μητρικού γάλακτος.....	33
4.1.1 Παραγωγή	34
4.1.2 Σύσταση.....	36
4.2 Οι παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό γάλα	40
Κεφάλαιο 5: Παράγοντες που ενισχύουν το θηλασμό.....	42
Κεφάλαιο 6: Παράγοντες που περιορίζουν το θηλασμό	45

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
Κεφάλαιο 7 : Η μεθοδολογία της έρευνας	48
7.1 Η διαδικασία της έρευνας	48
7.2 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικοί στόχοι	49
7.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα	49
7.3 Ερευνητικό εργαλείο	49
7.3.1 Αξιοπιστία εργαλείου	51
7.4 Το δείγμα.....	51
7.5 Στατιστική επεξεργασία	59
Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα.....	59
8.1 Γνώσεις γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό.....	59
8.2 Εφαρμογή θηλασμού	63
8.3 Σύγκριση απαντήσεων μεταξύ εγκύων και λεχώνων	67
8.4 Μελέτη της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών	69
Κεφάλαιο 9: Συζήτηση	70
9.1 Περιορισμοί έρευνας.....	74
9.2 Συμπεράσματα	74
9.3 Προτάσεις.....	75
Βιβλιογραφία.....	77
Παραρτήματα	87
Παράρτημα Α. Αποτελέσματα SPSS	87
Παράρτημα Β. Ερωτηματολόγιο έρευνας	105

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν.....	52
Γράφημα 2. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον τόπο διαμονής τους	53
Γράφημα 3. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το επίπεδο σπουδών τους.....	54
Γράφημα 4. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη θέση εργασίας τους.....	55
Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση	56
Γράφημα 6. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκονται	57

Γράφημα 7. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό παιδιών	58
Γράφημα 8. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) για τις πηγές παροχής συμβουλών για το μητρικό θηλασμό	61
Γράφημα 9. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με τη χρονική περίοδο που πάρθηκε η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν	64
Γράφημα 10. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με το μέσο χρόνο θηλασμού ανά σειρά παιδιού	65
Γράφημα 11. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με την επάρκεια του χρονικού διαστήματος θηλασμού για το κάθε παιδί	66
Γράφημα 12. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) για τους λόγους διακοπής ή αποχής των γυναικών από το θηλασμό	67

Περίληψη

Εισαγωγή: Η προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι μία από τις προτεραιότητες των συστημάτων υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Ένας από τους παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά των γυναικών σε σχέση με το μητρικό θηλασμό είναι οι στάσεις και οι γνώσεις που διατηρούν για αυτό.

Σκοπός: Ο σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των στάσεων και των πεποιθήσεων των γυναικών, οι οποίες έχουν τουλάχιστον ένα τέκνο, ως προς το μητρικό θηλασμό. *Μέθοδος:* Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 121 γυναικών. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου σε κλίμακα Likert που κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας. Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από συνολικά τριάντα δύο (32) ερωτήσεις κλειστού τύπου χωρισμένες σε τρεις (3) επιμέρους θεματικές ενότητες. *Αποτελέσματα:* Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι πηγές πληροφόρησης των γυναικών για το μητρικό θηλασμό είναι το οικογενειακό πλαίσιο, οι επαγγελματίες υγείας και το διαδίκτυο. Οι γυναίκες διατηρούν θετικές πεποιθήσεις σε σχέση με τα οφέλη που έχει ο μητρικός θηλασμός στο βρέφος, στις ίδιες και στη σχέση μητέρας-παιδιού. Τέλος, παρουσιάζονται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και της ηλικίας των γυναικών με τις γνώσεις τους για το μητρικό θηλασμό.

Συμπεράσματα: Οι γυναίκες χαρακτηρίζονται από μέτριο επίπεδο γνώσεων για το μητρικό θηλασμό ενώ πληροφορούνται από το οικογενειακό τους πλαίσιο. Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να αποκτήσουν πιο ενεργητικό ρόλο στην ενημέρωση και την προετοιμασία των γυναικών για το μητρικό θηλασμό.

Λέξεις κλειδιά: μητρικός θηλασμός, στάσεις, πεποιθήσεις, οφέλη, επαγγελματίες υγείας

Abstract

Background: Promoting breastfeeding is one of the priorities of health systems worldwide. One of the factors that influence women's breastfeeding behavior is their attitudes and knowledge about it. *Purpose:* The purpose of this study was to investigate the attitudes and beliefs of women who have at least one child about breast feeding. *Method:* The study was conducted with the participation of 121 women. Data were collected using a Likert-scale questionnaire designed for the research needs. The questionnaire consisted of a total of thirty-two (32) closed-ended questions divided into three (3) separate thematic sections. *Results:* The results of the research show that the sources of information for women on breast-feeding are the family context, health professionals and the internet. Women maintain positive beliefs about the benefits of breast-feeding to the infant, to themselves and to the mother-child relationship. Finally, there are significant correlations between the educational level and the age of women with their knowledge of breast feeding. *Conclusions:* Women are characterized by a moderate level of knowledge about breastfeeding while being informed by their family context. Health professionals need to play a more active role in informing and preparing women for breastfeeding.

Key words: *Breastfeeding, attitudes, beliefs, benefits, health professionals*

Πρόλογος

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη βέλτιστη διαίτα που μπορούν να λάβουν τα βρέφη τους πρώτους έξι μήνες ζωής τους. Ο μητρικός θηλασμός αντιμετωπίζεται θετικά από την επιστημονική κοινότητα εξαιτίας των θετικών αποτελεσμάτων που έχει στο παιδί, τη μητέρα και τη μεταξύ τους σχέση. Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται η εφαρμογή προγραμμάτων προώθησης του μητρικού θηλασμού. Το ίδιο συμβαίνει και στην Ελλάδα όπου τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού είναι χαμηλά.

Η πρακτική εφαρμογή του μητρικού θηλασμού επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες. Ανάμεσα στους παράγοντες αυτούς είναι οι στάσεις και οι γνώσεις που έχουν οι γυναίκες σε σχέση με τον θηλασμό. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι οι πληροφορίες που λαμβάνουν οι γυναίκες και οι στάσεις που διαμορφώνουν απέναντι στο μητρικό θηλασμό μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά σε σχέση με την εκδήλωση ή όχι της συγκεκριμένης συμπεριφοράς.

Στην παρούσα εργασία μελετώνται οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γυναικών σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό. Η μελέτη των στάσεων των γυναικών μπορεί να αναδείξει τον τρόπο που οι νέες μητέρες αντιλαμβάνονται και δρουν σε σχέση με το μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα.

Εισαγωγή

Στο πλαίσιο της ανθρώπινης ιστορίας παρατηρείται η αναγκαιότητα του μητρικού θηλασμού καθώς μέσω του μητρικού γάλακτος εξασφαλίζεται η επιβίωση των βρεφών. Ο μητρικός θηλασμός προτείνεται ως το κύριο μέσο τροφής των βρεφών για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του ατόμου ενώ η συνέχιση του και στο δεύτερο εξάμηνο της ζωής του ατόμου θεωρείται η βέλτιστη διατροφή. Η σύσταση αυτή βασίζεται στα θετικά αποτελέσματα που έχει ο θηλασμός στη σωματική και ψυχική υγεία κυρίως του βρέφους αλλά και της μητέρας (Hall & Carroll, 2000).

Τα θετικά αποτελέσματα του μητρικού θηλασμού στο βρέφος και στη μητέρα οδηγούν την προώθηση του από τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο. Η προώθηση του θηλασμού πραγματοποιείται μέσα από την εφαρμογή καλά σχεδιασμένων δράσεων οι οποίες επιχειρούν την ενημέρωση των γυναικών σε σχέση με τα οφέλη του. Στην προώθηση του μητρικού θηλασμού κομβικό ρόλο έχουν οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των γυναικών και των βρεφών. Οι επαγγελματίες υγείας είναι τα άτομα που αλληλοεπιδρούν με τις γυναίκες και της επερχόμενες μητέρες ενώ κατέχουν το αναγκαίο θεωρητικό υπόβαθρο προκειμένου να εξηγήσουν και να συμβουλέψουν τις γυναίκες σε σχέση με το μητρικό γάλα και το θηλασμό (Bosi et al., 2014). Σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται μία ποικιλία στάσεων απέναντι στο μητρικό θηλασμό από τη μεριά των γυναικών. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν θετικές στάσεις στο πλαίσιο των οποίων οι γυναίκες αναγνωρίζουν τα οφέλη του θηλασμού. Από την άλλη μεριά, παρατηρούνται και αρνητικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό οι οποίες προκύπτουν από τα εμπόδια που συναντούν οι γυναίκες κατά την εκτέλεση του (Wojcicki et al., 2009).

Στην Ελλάδα τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού είναι χαμηλά καθώς η πλειοψηφία των γυναικών εγκαταλείπει την πρακτική μέσα στο πρώτο εξάμηνο της ζωής του βρέφους. Οι Ελληνίδες μητέρες φαίνεται ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένες σε σχέση με τη σημασία που έχει το μητρικό γάλα στην ανάπτυξη του παιδιού ενώ δεν κατέχουν την απαραίτητη γνώση για να διαχειριστούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες να καταφεύγουν στη χρήση έτοιμου γάλακτος το οποίο θεωρείται στην ελληνική κοινωνία μία εύκολη και αποτελεσματική λύση (Bouras et al., 2013).

Η παρούσα εργασία έχει σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και των πεποιθήσεων των γυναικών, οι οποίες έχουν τουλάχιστον ένα τέκνο, ως προς το μητρικό θηλασμό. Πιο

συγκεκριμένα, ο σκοπός της έρευνας μοιράζεται σε τρεις επιμέρους στόχους. Αρχικά, η έρευνα αποσκοπεί στη συλλογή των στάσεων οι οποίες αναπτύσσονται εκ μέρους των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό και τη διαπίστωση του βαθμού αναγνώρισης της σπουδαιότητάς και πρακτικής εφαρμογής του. Έπειτα, μελετώνται οι πεποιθήσεις των γυναικών ως προς την αξία αλλά και τα οφέλη του θηλασμού στο νεογνό. Τέλος, ερευνάται η συσχέτιση των στάσεων που διαμορφώνουν οι εγκυμονούσες και λεχώνες γυναίκες ως προς τον βαθμό συνειδητοποίησης της σπουδαιότητας του μητρικού θηλασμού.

Ο σκοπός της εργασίας επιτυγχάνεται μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που σχετίζεται με το θέμα των στάσεων των γυναικών απέναντι στο θηλασμό και μέσα από τη διεξαγωγή ερευνητικών διαδικασιών. Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, στο θεωρητικό και στο ερευνητικό.

Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία ιστορική αναδρομή σε σχέση με τη συμπεριφορά του θηλασμού. Επίσης, περιγράφονται οι φυσιολογικές προετοιμασίες του γυναικείου σώματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης για την επερχόμενο θηλασμό. Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας αφορά το θηλασμό και ειδικότερα τα αναπτυξιακά στάδια του, τα πλεονεκτήματα που παρουσιάζει για τη μητέρα, το βρέφος και την κοινωνία αλλά και τις αντενδείξεις του. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα ερευνητικά ευρήματα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας σε σχέση με τις στάσεις που επικρατούν απέναντι στο μητρικό θηλασμό. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνονται αναφορές στο μητρικό γάλα και συγκεκριμένα στην παραγωγή και τη σύστασή του. Στο πέμπτο κεφάλαιο της εργασίας παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το θηλασμό ενώ στο έκτο κεφάλαιο οι παράγοντες που περιορίζουν το θηλασμό.

Το ερευνητικό μέρος της εργασίας αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στα κεφάλαια αυτά εξηγείται ο ερευνητικός σχεδιασμός, οι μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων και τα αποτελέσματα των αναλύσεων. Τέλος, πραγματοποιείται συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Εγκυμοσύνη και θηλασμός

1.1 Ιστορική αναδρομή

Στο πλαίσιο της ανθρώπινης ιστορίας τα βρέφη είναι αναγκαίο να λαμβάνουν το μητρικό γάλα προκειμένου να επιβιώσουν. Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος και του θηλασμού αναγνωρίζονται από την αρχαιότητα μέχρι και σήμερα. Στην ελληνική ιστορία η σημασία του μητρικού θηλασμού είναι ορατή ήδη από την αρχαία Ελλάδα. Στον αρχαίο ελληνικό πολιτισμό παρατηρούνται αγάλματα στα οποία οι ολύμπιες θεές, όπως η Ήρα, η Δήμητρα και η Γαία, θηλάζουν τα παιδιά τους. Η σημασία του μητρικού θηλασμού τονίζεται και στο έργο των αρχαίων φιλοσόφων. Για παράδειγμα, στα έργα του Πλούταρχου περί παιδαγωγικής συστήνεται στις γυναίκες ο αποκλειστικός θηλασμός καθώς μέσα από αυτό προσφέρουν στα παιδιά αγάπη και καλοσύνη. Ο Ξενοφώντας ανέφερε ότι οι θεοί έφτιαζαν το γυναικείο σώμα με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να προσφέρει τροφή στο νεογέννητο άνθρωπο. Η ιδιότητα αυτή της γυναίκας σηματοδοτεί και τη δυνατότητα προσφοράς περισσότερης αγάπης στο βρέφος από εκείνη που μπορεί να δώσει ο άντρας (Papastavrou et al., 2015).

Αργότερα, στην ελληνορωμαϊκή εποχή το μητρικό γάλα αντικαταστάθηκε από ζωικό γάλα ενώ εμφανίστηκαν πρώτη φορά οι νοσοκόμες-φροντιστές των βρεφών, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να απομακρύνονται από την πρακτική του θηλασμού. Οι γυναίκες υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρέδιδαν τη φροντίδα του βρέφους στις νοσοκόμες ενώ οι γυναίκες χαμηλού οικονομικού επιπέδου έτρεφαν το βρέφος με ζωικό γάλα (Milankov, 2018).

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί ένα σημαντικό πολιτισμικό στοιχείο της ελληνικότητας και κατά τη διάρκεια του Βυζαντίου. Στο Βυζάντιο ο θηλασμός σχετιζόταν με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της μητέρας. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες της αριστοκρατίας προσλάμβαναν νοσοκόμες που είχαν ανθρώπινο γάλα προκειμένου να θηλάσουν τα βρέφη τους. Οι νοσοκόμες ήταν Αιγυπτιακής ή Θρακικής καταγωγής ενώ υπήρχε η προσπάθεια να βρίσκονται στην ίδια ηλικία με τη βιολογική μητέρα. Επομένως, δόθηκε περισσότερη προσοχή στη σημασία του μητρικού γάλακτος και λιγότερη στο μητρικό θηλασμό (Doolan, 2008).

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα παρατηρούνται ραγδαίες αλλαγές σε σχέση με το μητρικό θηλασμό και την αξία του μητρικού γάλακτος. Στον αιώνα αυτό εμφανίστηκε για πρώτη φορά το τεχνητό γάλα στην Ελλάδα το οποίο αντικατέστησε σχεδόν συνολικά το μητρικό γάλα. Ο αιώνας αυτός οδήγησε στην εγκατάλειψη της πρακτικής του μητρικού θηλασμού στη χώρα ενώ τα αποτελέσματα αυτού είναι ορατά μέχρι και σήμερα (Ματαλά, 2015).

1.2 Εγκυμοσύνη

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μία ευαίσθητη σωματικά και ψυχολογικά περίοδος για τη γυναίκα. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής η γυναίκα υφίσταται σωματικές, φυσιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές οι οποίες επηρεάζουν τη ζωή της και τον τρόπο εκείνη αντιλαμβάνεται τον εαυτό της και τον κόσμο (Boscaglia et al., 2003).

Η εγκυμοσύνη ξεκινά με τη γονιμοποίηση, δηλαδή με τη συνένωση του ωαρίου και του σπερματοζωαρίου η οποία οδηγεί στη δημιουργία του ζυγωτού. Το ζυγωτό αναπτύσσεται μέσα από τη διαίρεση των κυττάρων και προσκολλάται στα τοιχώματα της μήτρας. Η εγκυμοσύνη διαρκεί περίπου 40 εβδομάδας (9 μήνες) ξεκινώντας από τη σύλληψη και ολοκληρώνοντας στον τοκετό (Marieb et al., 2017).

Η εγκυμοσύνη προκαλεί αλλαγές σε όλα τα συστήματα του γυναικείου σώματος ενώ οι πιο έντονες αφορούν το αναπαραγωγικό σύστημα. Η πλειοψηφία των αλλαγών λαμβάνει χώρα στη μήτρα η οποία υφίσταται μυϊκή υπερτροφία και υπερπλασία. Παράλληλα, η αύξηση των επιπέδων των ορμονών (οιστρογόνα και προγεστερόνη) προκαλεί αλλαγές και στο τράχηλο της μήτρας ο οποίος αποκτά μαλακή σύσταση. Επίσης, παρατηρούνται αλλαγές στο pH του κόλπου που οδηγούν στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού και των βακτηρίων προστατεύοντας με τον τρόπο αυτό το γυναικείο οργανισμό (Marieb et al., 2017). Σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται και στο ενδοκρινικό σύστημα το οποίο σχετίζεται με την παραγωγή των ορμονών. Οι ορμόνες που παράγονται σε υψηλό βαθμό είναι η προλακτίνη, η αδρενοκορτικοτροπική ορμόνη (ACTH), ορμόνη του θυροειδή και η οξυτοκίνη (Medforth et al., 2011).

Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούνται αλλαγές στο καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Οι γυναίκες εμφανίζουν αύξηση στην κυκλοφορία του αίματος και αυξάνεται η πρόσληψη οξυγόνου. Η ορμόνη της προγεστερόνης επιδρά χαλαρωτικά στους μυς των αιμοφόρων αγγείων οδηγώντας με τον τρόπο αυτό στη μείωση της αρτηριακής πίεσης (Constantine, 2014). Σημαντικές αλλαγές εμφανίζονται και στο

σκελετικό σύστημα το οποίο προσπαθεί να προετοιμαστεί για τη φιλοξενία του βρέφους και τον τοκετό. Το σκελετικό σύστημα της γυναίκας αλλάζει καθώς τα οιστρογόνα προκαλούν τη χαλάρωση των πυελικών συνδέσμων η οποία κορυφώνεται στις τελευταίες εβδομάδες της κύησης (Melzer et al., 2010).

Τέλος, κατά τη διάρκεια της κύησης οι γυναίκες βιώνουν αλλαγές στη διάθεση και τη ψυχοσυναισθηματική τους κατάσταση και κατακλύζονται τόσο από θετικά όσο και από αρνητικά συναισθήματα στην κύηση. Τα θετικά συναισθήματα σχετίζονται με τη χαρά και την προσμονή του τοκετού ενώ τα αρνητικά με το άγχος που μπορεί να έχουν για το μέλλον. Οι συναισθηματικές μεταπτώσεις των γυναικών αποτελούν ένα συχνό φαινόμενο το οποίο βασίζεται προσωπικά και νευροφυσιολογικά αίτια. Η ψυχολογική κατάσταση των γυναικών επηρεάζεται από κοινωνικούς ή και οικονομικούς παράγοντες, ενώ σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η υποστήριξη που δέχονται από τον πατέρα του παιδιού. Η εγκυμοσύνη είναι μία κρίσιμη ψυχολογικά περίοδος στη ζωή της κάθε γυναίκας η οποία καλείται να αντιμετωπίσει τις αλλαγές που της συμβαίνουν στο παρόν και τις αλλαγές που την περιμένουν στο μέλλον μετά τον τοκετό (Schetter, 2011).

1.2.1 Πρώτο τρίμηνο

Το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης κατέχει σημαντικό ρόλο στην πορεία αυτής και στην ανάπτυξη του νέου οργανισμού. Το πρώτο τρίμηνο υπολογίζεται από τη γονιμοποίηση μέχρι και την 13η εβδομάδα της κύησης. Κατά τη διάρκεια της πρώτης αυτής περιόδου εξελίσσονται δύο βασικά προγεννητικά αναπτυξιακά στάδια. Το πρώτο στάδιο ονομάζεται βλαστικό και σχετίζεται με τη διαίρεση του ζυγωτού και ολοκληρώνεται στη δεύτερη εβδομάδα της κύησης. Το διαιρεμένο ζυγωτό προσκολλάται στα τοιχώματα της μήτρας ενώ γύρω του δημιουργείται ένα προστατευτικό τείχος. Τα νέα κύτταρα που έχουν αναπτυχθεί προκαλούν στη σταδιακή ανάπτυξη του πλακούντα και του ομφάλιου λώρου. Η δημιουργία των δύο αυτών οργάνων σχετίζεται άμεσα με την επιβίωση και την ομαλή ανάπτυξη του οργανισμού. Ο πλακούντας αποτελεί το όργανο διασύνδεσης της μητέρας και του νέου οργανισμού μεταφέροντας τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες. Ο ομφάλιος λώρος βοηθά στην απομάκρυνση των ακατάλληλων για το βρέφος ουσιών και είναι υπεύθυνος για τη μεταφορά οξυγόνου. Στη δεύτερη εβδομάδα κύησης διαδραματίζεται το αναπτυξιακό στάδιο που ονομάζεται εμβρυονικό. Στο στάδιο αυτό το ζυγωτό ονομάζεται κύημα. Το στάδιο διαρκεί από τη δεύτερη έως και την όγδοη εβδομάδα κύησης και αφορά την ανάπτυξη των πρώτων ανατομικών χαρακτηριστικών. Ο οργανισμός αναπτύσσεται ανατομικά και ονομάζεται πλέον έμβρυο στην όγδοη εβδομάδα της εγκυμοσύνης. Το

στάδιο αυτό ονομάζεται εμβρυϊκό και διαρκεί μέχρι και το τέλος της κύησης (Feldman, 2018).

1.3 Μαστός

Ο μαστός ή μαστικός αδένας αποτελεί ένα από τα μέρη του γυναικείου σώματος το οποίο αναπτύσσεται σταδιακά από τα πρώτα χρόνια της ζωής και παρουσιάζει αλλαγές μέχρι και την υποστροφή. Η ανάπτυξη του μαστού γίνεται ορατή κατά τη διάρκεια της εφηβείας αποτελώντας την πρώτη ένδειξη της έναρξης της αναπτυξιακής αυτής φάσης. Κατά τη διάρκεια της εφηβικής περιόδου ο μαστός επιδέχεται αλλαγές που σχετίζονται με τους γαλακτοφόρους πόρους οι οποίοι διακλαδίζονται, το στρώμα και τα λοβία που αυξάνονται σε αριθμό και μέγεθος. Στην ανάπτυξη του μαστικού αδένος κομβικό ρόλο έχουν οι ορμόνες του φύλου οι οποίες συντελούν στις αλλαγές του αδένος (Neville, 2001).

Ο μαστός συνεχίζει να αναπτύσσεται και κατά τη διάρκεια της κύησης και της γαλουχίας. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ολοκληρώνεται η ανάπτυξη του αδένος σε λειτουργικό και δομικό επίπεδο. Οι πρώτες αλλαγές πραγματοποιούνται στο πρώτο τρίμηνο της κύησης και σχετίζονται με το σύστημα των αγωγών στο οποίο προκαλείται έντονος πολλαπλασιασμός. Το σύστημα αυτό εξακολουθεί να αναπτύσσεται και στο δεύτερο τρίμηνο της εγκυμοσύνης παράλληλα με την ανάπτυξη των κυσελίδων. Στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης εμφανίζονται πρώτη φορά αλλαγές και στην εξωτερική εμφάνιση του μαστού. Η θηλή αλλάζει λαμβάνοντας πιο σκούρο χρώμα και μεγεθύνεται αισθητά. Με το πέρας του χρόνου ο μαστός αναπτύσσεται όλο και περισσότερο και προετοιμάζεται για την παραγωγή του πρώτου γάλακτος. Μετά την περίοδο της γαλουχίας ο μαστός επανέρχεται σταδιακά στην κατάσταση προ της εγκυμοσύνης. Στην ουσία, παρατηρείται μείωση στο μέγεθος του αδένος. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται υποστροφή (Ιατράκης, 2013).

1.4 Προετοιμασία για θηλασμό

Η προετοιμασία της γυναίκας για το θηλασμό ξεκινά κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης προκειμένου να εξασφαλιστεί η ομαλή προσαρμογή της στις νέες συνθήκες. Στο πρώτο αυτό στάδιο δίνεται έμφαση στην παροχή πληροφοριών στη μέλλουσα μητέρα σχετικά με το μητρικό γάλα, τα οφέλη που αυτό παρουσιάζει στην ανάπτυξη του βρέφους και στις θετικές επιδράσεις του θηλασμού στη σχέση μητέρας-βρέφους. Ακόμα, η ενημέρωση γίνεται στη μητέρα αλλά και στο οικογενειακό της πλαίσιο δίνοντας προσοχή στις δυσκολίες που πιθανώς εμφανιστούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Labarere et al., 2005). Η ενημέρωση αυτή συνεπάγεται με την παροχή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο

που μπορούν να αντιμετωπιστούν αυτές οι δυσκολίες. Με άλλα λόγια, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να προετοιμάσουν, σε θεωρητικό υπόβαθρο, το οικογενειακό πλαίσιο που θα υποδεχτεί το βρέφος για το θηλασμό και τα πλεονεκτήματα του (Taveras et al., 2004).

Επιπρόσθετα, σημαντικό τμήμα της προγεννητικής προετοιμασίας είναι η ενημέρωση αναφορικά με τον αποκλειστικό θηλασμό και τα πρότυπα συμπεριφοράς στα οποία χρειάζεται να βασίζεται. Πιο αναλυτικά, οι γονείς είναι αναγκαίο να εκπαιδευτούν ως προς τις συμπεριφορές του βρέφους που υποδεικνύουν την αίσθηση πείνας ούτως ώστε να είναι σε θέση να ικανοποιήσουν τη σημαντική αυτή ανάγκη του νεογνού. Ακόμα, προτείνεται η ενημέρωση και των δύο γονέων σε σχέση με τη συχνότητα και την ποσότητα του μητρικού γάλακτος που χορηγείται στο βρέφος. Στο πλαίσιο αυτό οι γονείς έχουν τη δυνατότητα να συζητήσουν τα θέματα που τους απασχολούν, να εκφράσουν τις απορίες τους και να μειωθεί το άγχος που πιθανό βιώνουν (Gross et al., 2011).

Το δεύτερο βήμα της προετοιμασίας του μητρικού θηλασμού λαμβάνει χώρα στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό. Στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να τονιστεί ο ρόλος που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στην πρώτη επαφή της μητέρας και του βρέφους. Η πρώτη αυτή επαφή πραγματοποιείται στο μαιευτήριο μετά τον τοκετό με τους επαγγελματίες υγείας να μεταφέρουν το βρέφος στη μητέρα του. Η αποτελεσματική προετοιμασία για το θηλασμό βασίζεται στην προτροπή της μητέρας να έρθει σε δέρμα με δέρμα επαφή με το νεογνό. Η πρώτη επαφή σχετίζεται σημαντικά με τον επιτυχημένο μητρικό θηλασμό (Smith et al., 2012). Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει και η συνδιαμονή της μητέρας και του βρέφους. Η συνδιαμονή αναφέρεται στην συνύπαρξη της μητέρας και του βρέφους στο ίδιο σώματιόλο το 24ωρο. Η συνθήκη αυτή επιτρέπει στη μητέρα να βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το βρέφος το οποίο έχει την ευκαιρία να τραφεί από τη γυναίκα όποτε επιθυμεί. Η πρακτική της συνδιαμονής δεν εφαρμόζεται συχνά παρά τα θετικά αποτελέσματα που έχει στην έναρξη του μητρικού θηλασμού (Crenshaw, 2007). Η επαφή δέρμα με δέρμα και η συνεχής αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες στην προετοιμασία της γυναίκας αλλά και του βρέφους για το μητρικό θηλασμό (Cox et al., 2014).

1.5 Τεχνική και στάσεις θηλασμού

Ο θηλασμός αποτελεί μία φυσική διαδικασία στην οποία βασίζεται η ανάπτυξη του βρέφους και η σχέση που αυτό αναπτύσσει με τη μητέρα του. Ωστόσο, η φυσική αυτή διαδικασία απαιτεί μία συγκεκριμένη τεχνική από το βρέφος προκειμένου να προσληφθεί

το γάλα και να εξασφαλιστεί η συνέχιση του μητρικού θηλασμού (Puapornprong et al., 2015).

Το βρέφος είναι αναγκαίο να συλλάβει τη θηλή και να λάβει από αυτή γάλα. Η σύλληψη της θηλής απαιτεί το άνοιγμα του στόματος ενώ παράλληλα η μητέρα κατευθύνει τη θηλή της προς το πρόσωπο του. Πιο συγκεκριμένα, η επιτυχημένη τεχνική του θηλασμού θέλει τη μητέρα να ακουμπά τη θηλή της στη μύτη ή στο χείλος του νεογνού. Με τον τρόπο αυτό ενεργοποιείται στο βρέφος το αντανακλαστικό της αναζήτησης του στήθους το οποίο είναι υπεύθυνο για τη λήψη τροφής. Η ενεργοποίηση του αντανακλαστικού σηματοδοτεί και την έναρξη του θηλασμού (Riordan et al., 2005).

Ο επιτυχημένος θηλασμός έχει ορισμένα τεχνικά χαρακτηριστικά. Ένα από τα χαρακτηριστικά αφορά το άνοιγμα του στόματος του βρέφους. Το νεογνό, δηλαδή, είναι απαραίτητο να έχει ανοίξει πολύ το στόμα του με τα χείλη να είναι προς τα έξω. Το άνοιγμα του στόματος μπορεί να εξεταστεί μέσα από την παρατήρηση της θηλής και της περιοχής γύρω από αυτήν. Στον επιτυχημένο θηλασμό το βρέφος πιάνει με το στόμα του όχι μόνο τη θηλή αλλά τη θηλαία άλω ή τουλάχιστον ένα μέρος αυτής στην περίπτωση που είναι μεγάλη. Στην περίπτωση της μικρής περιοχής γύρω από τη θηλή δε φαίνεται κανένα μέρος αυτής ενώ στην περίπτωση της μεγάλης θηλαίας άλω πρέπει να φαίνεται μόνο το πάνω μέρος και καθόλου το κάτω. Όταν τα δύο χείλη είναι προς τα έξω και υπάρχει μεγάλη απόσταση μεταξύ τους τότε το βρέφος είναι στην κατάλληλη θέση για να λάβει το μητρικό γάλα. Ένα τεχνικό χαρακτηριστικό σχετίζεται με την τοποθέτηση του πιγουνιού του βρέφους. Το παιδί είναι αναγκαίο να ακουμπά με το πιγούνι του το στήθος της μητέρας ενώ ταυτόχρονα να μη βυθίζεται σε αυτό. Αυτό σημαίνει ότι βρέφος πρέπει να μπορεί να αναπνέει κατά τη διάρκεια του θηλασμού ακουμπώντας τη μύτη και το πιγούνι του στο στήθος (Meier et al., 2013). Το τελευταίο και εξίσου σημαντικό χαρακτηριστικό τη τεχνικής του μητρικού θηλασμού είναι η κίνηση της γνάθου από το βρέφος. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού το νεογνό πρέπει να κουνά την κάτω γνάθο δηλώνοντας με τον τρόπο αυτό την κατάποση του γάλακτος. Στην αρχή οι κινήσεις είναι γρήγορες και σταδιακά γίνονται πιο αργές καθώς συμφωνούν σ ένα συγκεκριμένο ρυθμό. Η σωστή τοποθέτηση του προσώπου και η ορατή κατάποση αποτελούν τις δύο ενδείξεις του αποτελεσματικού μητρικού θηλασμού (Reilly et al., 2013).

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μία διαδικασία στην οποία συμμετέχει όλο το σώμα. Ο επιτυχημένος θηλασμός είναι εκείνος που προκαλεί σωματική και συναισθηματική άνεση

στη μητέρα και στο βρέφος. Η μελέτη των χαρακτηριστικών που έχει ο επιτυχημένος θηλασμός έχει οδηγήσει στην καταγραφή ορισμένων σωματικών στάσεων ή θέσεων που μπορεί να λάβει η μητέρα για να βοηθήσει το βρέφος. Ο θηλασμός προτείνεται να λαμβάνει χώρα όταν το βρέφος είναι ήρεμο, συνήθως λίγο πριν κοιμηθεί ή όταν έχει ξυπνήσει. Η μητέρα τοποθετεί το βρέφος επάνω της αφού έχει επιλέξει μία θέση κατά την οποία στηρίζεται η μέση της και δεν ασκεί πίεση στο βρέφος. Στη συνέχεια, η μητέρα ακουμπά το κεφάλι του νεογνού και προσπαθεί να το κατευθύνει προς το στήθος. Η γυναίκα, δηλαδή, μετακινεί το μωρό προς το στήθος της και όχι το στήθος της προς το μωρό. Με τον τρόπο αυτό ξεκινά η επαφή δέρμα με δέρμα και το πρόσωπο του βρέφους ακουμπά πάνω στη θηλή της μητέρας. Στο σημείο αυτό η γυναίκα μπορεί να ασκήσει πίεση με τα δάχτυλα της στο στήθος της, χωρίς να καλύπτει τη θηλαία άλω, προκειμένου να τονιστεί η θηλή της και να διευκολυνθεί η πρόσβαση του βρέφους σε αυτή. Η στάση αυτή της γυναίκας ονομάζεται θέση C εξαιτίας του σχήματος που διαμορφώνουν τα δάχτυλα της μητέρας όταν πιάνουν το μαστό της (Riordan, 2005).

Κατά τη διάρκεια του θηλασμού οι γυναίκες μπορούν να λάβουν τη ξαπλωτή θέση. Η μητέρα μπορεί να ξαπλώσει στο κρεβάτι και να τοποθετήσει το βρέφος δίπλα της. Τα σώματα των δύο ατόμων είναι απέναντι ενώ το κεφάλι του βρέφους βρίσκεται στο ύψος του μαστού. Η θέση αυτή προτείνεται σε γυναίκες που νιώθουν πόνο, στις πρώτες μέρες του θηλασμού που ακόμα δεν έχουν βρει τη θέση που τις βολεύει και σε γυναίκες που έχουν υποστεί καισαρική τομή (Glover & Wiessinger, 2012). Επίσης, μία βολική θέση για τη μητέρα και το βρέφος είναι η rugby κατά την οποία η μητέρα είναι καθιστή. Η γυναίκα πιάνει το βρέφος στην αγκαλιά της και το τοποθετεί κάτω από το βραχίονα του χεριού της. Η θέση αυτή προτείνεται σε γυναίκες που έχουν υποστεί καισαρική τομή και σε εκείνες που έχουν μεγάλους μαστούς (Myold, 2015). Μία άλλη στάση του σώματος είναι η αντίστροφη αγκαλιά στο πλαίσιο της οποίας η μητέρα είναι επίσης καθιστή. Η μητέρα υποστηρίζει το κεφάλι του βρέφους και παράλληλα λαμβάνει τη θέση C με τα δάχτυλα της. Το χέρι από τη μεριά του μαστού που γίνεται ο θηλασμός κρατά το στήθος και το άλλο χέρι στηρίζει το βρέφος (Aoki et al., 2017).

Οι θέσεις αυτές δεν είναι απαραίτητο να ακολουθούνται από τη μητέρα παρά μόνο στην περίπτωση που είναι βολικές για εκείνη. Οι γυναίκες χρειάζεται να λαμβάνουν όποια θέση επιθυμούν προκειμένου να θηλάσουν το βρέφος, χωρίς να επιδέχονται περιορισμούς (Colson, 2005).

Κεφάλαιο 2: Μητρικός Θηλασμός

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον πυλώνα της βρεφικής διατροφής παρουσιάζοντας σημαντικές συνέπειες στην υγεία και την ανάπτυξη του ατόμου. Ο μητρικός θηλασμός προτείνεται να λαμβάνει χώρα τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του ατόμου προκειμένου να προκύψουν όλες οι θετικές επιδράσεις του στο παιδί και στη μητέρα. Το παρόν κεφάλαιο επικεντρώνεται στη διαδικασία του θηλασμού και στη σημασία που έχει αυτή στην υγεία του παιδιού και της μητέρας (Barría, 2018).

2.1 Αναπτυξιακά στάδια θηλασμού

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μία φυσική συμπεριφορά υγείας η οποία εμφανίζεται με τη γέννηση του ατόμου και μπορεί να συνεχιστεί μέχρι τα πρώτα χρόνια της ζωής του. Το άτομο μέσα από το θηλασμό αναπτύσσει σταδιακά όλες τις λειτουργίες του σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται (McCroy & Murray, 2013).

Το πρώτο στάδιο του θηλασμού αφορά την επαφή δέρμα με δέρμα που πραγματοποιείται μεταξύ της μητέρας και του βρέφους. Το στάδιο αυτό λαμβάνει χώρα αμέσως μετά από τον τοκετό με το βρέφος να τοποθετείται στο στήθος της μητέρας. Η επαφή του βρέφους με τη μητέρα φαίνεται ότι το χαλαρώνει ενώ παρατηρείται η φυσική τάση του ατόμου να στραφεί προς το στήθος για να τραφεί. Το βρέφος, δηλαδή, κατευθύνεται προς το στήθος της μητέρας με την καθοδήγηση αυτής με αποτέλεσμα να πραγματοποιείται ο πρώτος θηλασμός. Ο πρώτος αυτός θηλασμός αφορά περισσότερο την επαφή της μητέρας με το βρέφος και λιγότερο τη λήψη τροφής. Ο πρώτος θηλασμός σχετίζεται θετικά με την εγκαθίδρυση του αποκλειστικού θηλασμού στο μέλλον. Η επαφή δέρμα με δέρμα προτείνεται όχι μόνο μετά τον τοκετό αλλά σε όλες τις μέρες που η μητέρα παραμένει με το βρέφος στο μαιευτήριο. Η πρώτη αυτή επαφή αποτελεί τη βάση για τη μετέπειτα ανάπτυξη του παιδιού μέσα από το θηλασμό (Bramson et al., 2009).

Στο πρώτο μήνα της ζωής του ατόμου ο θηλασμός συνοδεύεται από το αντανάκλαστικό του προσανατολισμού. Στο στάδιο αυτό το βρέφος αντιδρά στα απτικά ερεθίσματα που δέχεται στρέφοντας το κεφάλι του προς αυτά. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού η μητέρα αγγίζει με το στήθος το βρέφος και εκείνο κινεί το κεφάλι του προς την κατεύθυνση αυτή. Στο πλαίσιο αυτό ο γονέας, και κυρίως η τροφός, είναι το άτομο που παρέχει στο βρέφος τα πρώτα ερεθίσματα τα οποία συνδέονται με την αναπτυξιακή ικανότητα του αντανάκλαστικού. Στον πρώτο μήνα της ζωής ο θηλασμός λαμβάνει χώρα πολλές φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας (Feldman, 2009).

Μετά τον πρώτο μήνα της ζωής του ατόμου παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στη συμπεριφορά του. Αναλυτικότερα, το βρέφος είναι σε θέση να πραγματοποιεί ταυτόχρονα πολλές δράσεις. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του θηλασμού το παιδί έχει την ικανότητα να κοιτά τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος ενώ σταδιακά αναπτύσσει βλεμματική επαφή με τη μητέρα. Ο θηλασμός παρέχει στο βρέφος απτικά, ακουστικά, γευστικά, οσφρητικά και οπτικά ερεθίσματα τα οποία συντελούν στην ομαλή ανάπτυξη του. Η μητέρα επικοινωνεί με το βρέφος λεκτικά και μη βοηθώντας στην ανάπτυξη όλων των λειτουργιών του (Newman & Newman, 2018). Όσο το βρέφος αναπτύσσεται τόσο ο θηλασμός γίνεται μία ελεγχόμενη διαδικασία την οποία το παιδί τη μαθαίνει και την πραγματοποιεί χωρίς να παρουσιάζονται προβλήματα (Butte et al., 2002).

2.2 Πλεονεκτήματα θηλασμού

Ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα τόσο στο βρέφος όσο και στη μητέρα. Τα πλεονεκτήματα αυτά αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία των δύο εμπλεκόμενων ατόμων. Οι θετικές επιδράσεις του θηλασμού είναι απόρροια των συστατικών που περιέχει το ανθρώπινο γάλα αλλά της διαδικασίας του θηλασμού (Dieteric et al., 2013). Στη συνέχεια της ενότητας αυτής αναφέρονται τα πλεονεκτήματα που έχει ο μητρικός θηλασμός στο βρέφος, στη μητέρα και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο

2.2.1 Βρέφος

Τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού στο βρέφος μελετώνται εκτενώς από την επιστημονική κοινότητα. Ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα στη σωματική και ψυχική υγεία των βρεφών. Ένα από τα πιο σημαντικά οφέλη στη σωματική υγεία των βρεφών είναι η πρόληψη των λοιμώξεων. Το μητρικό γάλα μειώνει τις επιπτώσεις ή και τη σοβαρότητα των λοιμώξεων κατά τη βρεφική ηλικία. Σύμφωνα με τους Ip et al. (2007) τα βρέφη που θηλάζουν κατά αποκλειστικότητα στους πρώτους μήνες της ζωής τους παρουσιάζουν σε μικρότερο βαθμό λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Ακόμα, τα βρέφη που θηλάζουν για περίπου τέσσερις μήνες έχουν τέσσερις φορές περισσότερο κίνδυνο για πνευμονία σε σχέση με τα βρέφη που έχουν θηλάσει για περισσότερο από έξι μήνες. Επίσης, ανάμεσα στις λοιμώξεις που προλαμβάνονται εξαιτίας του μητρικού θηλασμού εντοπίζονται η οξεία ωτίτιδα, οι λοιμώξεις του γαστρεντερικού σωλήνα ενώ προλαμβάνεται και η νεκρωτική εντεροκολίτιδα (Anatolitou, 2012).

Επιπρόσθετα, τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού στη σωματική υγεία των βρεφών αφορούν και την προστασία του ανοσοποιητικού συστήματος. Τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά για τουλάχιστον τρεις με τέσσερις μήνες έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αλλεργίες σε σχέση με τα βρέφη που δε θηλάζουν. Ειδικότερα, ο θηλασμός μειώνει την εμφάνιση εκζέματος, άσθματος και ατοπικής δερματίτιδας (Ladomenou et al., 204). Επίσης, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι προστατεύει το βρέφος από την πρόκληση κωλιοκάκης, η οποία σχετίζεται με την έκθεση του βρέφους στη γλουτένη (Akobeng et al., 2006).

Η μελέτη των θετικών επιδράσεων που έχει ο θηλασμός στη σωματική υγεία των βρεφών έχει οδηγήσει στην καταγραφή μίας σχέσης μεταξύ του θηλασμού και της παιδικής παχυσαρκίας. Πιο αναλυτικά, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης παχυσαρκίας κατά την παιδική, εφηβική ηλικία αλλά και την ενήλικη ζωή (Owen et al., 2005). Η σχέση αυτή υπογραμμίζεται από τα διαθέσιμα ερευνητικά ευρήματα. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Metzger και McDade (2010) μελετάται η προληπτική ιδιότητα του θηλασμού στην παχυσαρκία κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία. Η έρευνα διεξήχθη στις ΗΠΑ με τη συμμετοχή 976 παιδιών και εφήβων με μέσο όρο ηλικίας τα 14 έτη. Στα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφεται ότι τα παιδιά που είχαν θηλάσει παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος σε σχέση με εκείνα που δεν είχαν θηλάσει. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής αναδεικνύουν τη σημασία που έχει ο θηλασμός στην πρόληψη της παχυσαρκίας.

Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με την πρόληψη του διαβήτη. Η διάρκεια και η αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού όπως επίσης και η πρόωμη χρήση αγελαδινού γάλακτος φαίνεται ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη. Αυτό που αναφέρεται είναι ότι το ανθρώπινο γάλα περιέχει συστατικά που προάγουν την ανάπτυξη του ανοσοποιητικού συστήματος η οποία δρα προστατευτικά στην έναρξη του διαβήτη τύπου I. Επίσης, τα συστατικά του ανθρώπινου γάλακτος προωθούν τον κορεσμό και την ισορροπία της ενέργειας προλαμβάνοντας με τον τρόπο αυτό την αύξηση του σωματικού βάρους κατά την παιδική ηλικία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου έναρξης του διαβήτη τύπου II (Pereira et al., 2014).

Ακόμα, ο μητρικός θηλασμός συντελεί θετικά στη μείωση του κινδύνου πρόκλησης του συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου των βρεφών (SIDS). Στη μετά-ανάλυση των Hauk et al. (2011) υπογραμμίζεται ότι ο μητρικός θηλασμός συνεισφέρει στη μείωση του κινδύνου

εκδήλωσης του συνδρόμου σε βρέφη από δύο μηνών και πάνω. Η θετική αυτή επίδραση αφορά τόσο τα βρέφη που θηλάζουν για μικρό χρονικό διάστημα όσο και για τα βρέφη που θηλάζουν περισσότερο από τέσσερις μήνες. Ωστόσο, η πρόληψη του συνδρόμου είναι περισσότερο ισχυρή στα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά.

Στο πλαίσιο της μελέτης των πλεονεκτημάτων που έχει ο μητρικός θηλασμός στο βρέφος εντοπίζονται και στοιχεία σε σχέση με τις θετικές επιδράσεις που σχετίζονται με τη ψυχική υγεία. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού αναπτύσσεται μία συναισθηματική σχέση μεταξύ της μητέρας και του βρέφους η οποία είναι πολύτιμη για τη ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού. Στην ουσία διαμορφώνεται ένας συναισθηματικός δεσμός ο οποίος ικανοποιεί τις ψυχικές ανάγκες του βρέφους. Πιο συγκεκριμένα, το βρέφος έχει την ανάγκη να νιώθει ασφάλεια και σιγουριά στη σχέση του με την τροφή του. Κατά τη διάρκεια του θηλασμού το βρέφος νιώθει ότι μπορεί να επενδύσει συναισθηματικά στη μητέρα ενώ λαμβάνει την απαραίτητη ασφάλεια και συναισθηματική εγγύτητα. Υπό το πρίσμα της ψυχολογίας, ο δεσμός που αναπτύσσεται μεταξύ του βρέφους και της μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού κατέχει κομβικό ρόλο στους μετέπειτα δεσμούς που θα αναπτύξει το άτομο με την οικογένεια του και άλλα άτομα. Αυτό που σημειώνεται είναι ότι τα παιδιά που αναπτύσσουν ασφαλή δεσμό με τη μητέρα τους στο πλαίσιο του θηλασμού διαμορφώνουν στην υπόλοιπη ζωή τους ποιοτικές συναισθηματικές σχέσεις με άλλα άτομα. Ακόμα, αυτό που παρατηρείται είναι ότι τα παιδιά αυτά είναι περισσότερο ανεξάρτητα συναισθηματικά από τους γονείς τους όταν έχουν αναπτύξει έναν ασφαλή δεσμό. Επομένως, ο μητρικός θηλασμός συντελεί στη διαμόρφωση ενός υγιούς και ολοκληρωμένου ψυχικά ανθρώπου (Χαραμή και συν., 2015α).

Τέλος, ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει οφέλη στη νοητική ανάπτυξη των παιδιών. Σύμφωνα με τους Sloan et al. (2010) ο μητρικός θηλασμός συμβάλει θετικά στη γνωστική ανάπτυξη των βρεφών. Αυτό που καταγράφουν οι ειδικοί είναι ότι τα παιδιά που θηλάζουν αναπτύσσουν σε μεγαλύτερο βαθμό τις γνωστικές τους δεξιότητες σε σχέση με εκείνα που λαμβάνουν μη ανθρώπινο γάλα. Επίσης, στη γνωστική ανάπτυξη των βρεφών σημαντικό ρόλο έχει και η διάρκεια του θηλασμού. Όσο περισσότερο τα παιδιά θηλάζουν τόσο αναπτύσσονται γνωστικά. Οι θετικές επιδράσεις του θηλασμού στη νοητική ανάπτυξη των παιδιών αναδεικνύονται στη μελέτη του Kanazawa (2015) στην οποία εξετάζονται δύο γενιές βρετανών. Στα αποτελέσματα της έρευνας διατυπώνεται ότι τα παιδιά που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης στην ηλικία των επτά ετών από εκείνα που δε θηλάζουν. Ακόμα, παρατηρείται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του δείκτη νοημοσύνης και της

διάρκειας του θηλασμού. Αυτό σημαίνει ότι ο θηλασμός μεγάλης διάρκειας βοηθά σε μεγάλο βαθμό στη νοητική ανάπτυξη των παιδιών.

2.2.2 Μητέρα

Ο μητρικός θηλασμός επιδρά θετικά στη σωματική και ψυχική υγεία των γυναικών. Μία από τις πιο σημαντικές θετικές επιδράσεις του θηλασμού στη σωματική υγεία των γυναικών είναι η πρόληψη του καρκίνου του μαστού (Schack-Nielsen et al., 2005). Ο ακριβής μηχανισμός ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη μείωση του κινδύνου του μαστού μέσω του θηλασμού δεν είναι ξεκάθαρος. Ωστόσο καταγράφονται δύο διαδεδομένες υποθέσεις. Η πρώτη υπόθεση αφορά τη διαφοροποίηση του ιστού του μαστού κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, η οποία αποτρέπει την ανάπτυξη κάποιου καρκινώματος στο μαστό. Η δεύτερη υπόθεση σχετίζεται με τη μείωση του αριθμού του κύκλου ωορρηξίας κατά τη διάρκεια της ζωής της γυναίκας. Παρά την αδυναμία των ερευνών να αποσαφηνίσουν τα ακριβή αίτια της σχέσης μεταξύ του θηλασμού και του καρκίνου του μαστού, παρατηρείται ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αναπτύσσουν σε μικρότερη συχνότητα καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με εκείνες που δεν έχουν θηλάσει (Francha-Botelho et al., 2012).

Ακόμα, ο θηλασμός έχει προστατευτικές λειτουργίες και στην ανάπτυξη του καρκίνου των ωοθηκών. Σύμφωνα με τους Luan et al. (2013) ο θηλασμός συντελεί θετικά στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου των ωοθηκών. Η θετική αυτή επίδραση αφορά όλα τα είδη θηλασμού ενώ υπάρχει ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του θηλασμού και της ανάπτυξης του καρκίνου. Αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του θηλασμού τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου (Luan et al., 2013).

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι προστατεύει τη μητέρα από την εμφάνιση κι άλλων παθήσεων. Στη μετά-ανάλυση των Chowdhury et al. (2015) σημειώνονται οι επιδράσεις του θηλασμού στη σωματική υγεία των γυναικών. Αυτό που καταγράφεται είναι ότι οι γυναίκες που έχουν θηλάσει παρουσιάζουν 32% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαβήτη τύπου II από τις γυναίκες που δεν έχουν θηλάσει. Στην ίδια έρευνα διατυπώνεται ότι ο αποκλειστικός θηλασμός σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια αμηνόρροιας.

Επιπλέον, ανάμεσα στα πλεονεκτήματα που έχει ο θηλασμός στη μητέρα παρατηρούνται και τα οφέλη αυτού στη ψυχική υγεία της γυναίκας. Η μητέρα μετά τη γέννηση του παιδιού έχει την ανάγκη να βιώσει τη μητρότητα, να φροντίσει το βρέφος και να αναπτύξει

μία μοναδική σχέση με αυτό. Επίσης, ο θηλασμός βοηθά τη μητέρα να γνωρίσει καλύτερα το βρέφος, να κατανοήσει τις ανάγκες του και να τις ικανοποιήσει. Με τον τρόπο αυτό η γυναίκα νιώθει ότι εκπληρώνει το ρόλο της μητέρας. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ της μητέρας και του βρέφους στο πλαίσιο του θηλασμού παρουσιάζει θετικά στοιχεία και στη ψυχική υγεία της μητέρας. Αυτό συμβαίνει καθώς η γυναίκα δένεται συναισθηματικά με το βρέφος και αισθάνεται σίγουρη για τον εαυτό της ενώ παράλληλα νιώθει συναισθήματα χαράς, ευτυχίας και γαλήνης (Χαραμή και συν., 2015β). Το βίωμα της μητρότητας μέσα από το θηλασμό παρουσιάζει θετικά αποτελέσματα στη ψυχική υγεία της μητέρας. Σύμφωνα με τους Tharner et al. (2012) οι γυναίκες που θηλάζουν νιώθουν περισσότερο συνδεδεμένες με τα παιδιά τους και ικανές να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους. Η ικανοποίηση των αναγκών των παιδιών από τις μητέρες σχετίζεται θετικά με την ενίσχυση της αποτελεσματικότητάς τους ως μητέρες.

Οι θετικές επιδράσεις του θηλασμού στη ψυχική υγεία των μητέρων αναδεικνύονται στα ερευνητικά ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Για παράδειγμα, στην έρευνα της Groer (2005) εξετάζονται οι σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ της κατάστασης θηλασμού, της διάθεσης, του στρες και του επιπέδου ACTH στο πλάσμα των γυναικών. Στην έρευνα συμμετείχαν 84 γυναίκες που θηλάζαν αποκλειστικά, 99 γυναίκες που χρησιμοποιούσαν αποκλειστικά κάποια φόρμουλα θηλασμού και 33 υγιείς γυναίκες που δεν είχαν γεννήσει. Στα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφεται ότι οι γυναίκες σε αποκλειστικό θηλασμό είχαν περισσότερο θετική διάθεση και λιγότερο άγχος σε σχέση με τις γυναίκες της φόρμουλα. Επίσης, οι γυναίκες που θηλάζαν παρουσιάζουν χαμηλότερο βαθμό θυμού και κατάθλιψης από εκείνες που χρησιμοποιούσαν τη φόρμουλα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο θηλασμός σχετίζεται με καλύτερη ψυχική υγεία στις μητέρες από ότι η χρήση τεχνικών μέσων (Groer, 2005).

Ακόμα, ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται θετικά με την πρόληψη της επιλόχειας κατάθλιψης. Αυτό που καταγράφεται είναι ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά τους πρώτους τρεις μήνες μετά τη γέννα χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τις γυναίκες που δεν έχουν καταφέρει να θηλάσουν. Από τα στοιχεία αυτά γίνεται ορατή η μεγάλη σημασία που έχει ο θηλασμός στην υγεία της μητέρας (Figueiredo et al., 2013).

2.2.3 Κοινωνικά

Οι βραχύχρονες και μακρόχρονες θετικές επιδράσεις του θηλασμού στο βρέφος και στη μητέρα οδηγούν στην εκδήλωση θετικών συνεπειών στην κοινωνία. Σύμφωνα με τους

Binns et al. (2016) ο μητρικός θηλασμός συμβάλει θετικά στη διαμόρφωση υγιών σωματικά και ψυχικά ατόμων. Οι επιδράσεις του θηλασμού είναι μακροχρόνιες πράγμα που σημαίνει ότι το άτομο παραμένει υγιές και στην ενήλικη ζωή του. Με τον τρόπο αυτό η κοινωνία αποτελείται από άτομα τα οποία παρουσιάζουν μειωμένα προβλήματα ενώ είναι παραγωγικά και αποδοτικά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ύπαρξη λειτουργικών πολιτών οι οποίοι επηρεάζουν περισσότερο θετικά και λιγότερο αρνητικά το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο.

Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται θετικά με τη μείωση της επιβάρυνσης του πλανήτη. Ειδικότερα, το μητρικό γάλα είναι ένα φυσικό προϊόν το οποίο δε χρειάζεται να κατασκευαστεί. Επίσης, στο πλαίσιο του θηλασμού δεν απαιτείται η χρήση αντικειμένων όπως είναι τα μπιμπερό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την αποφυγή κατασκευής προϊόντων τα οποία είναι επιβλαβή για το περιβάλλον. Παράλληλα, περιορίζεται και η κατανάλωση ενέργειας που απαιτείται για την κατασκευή και τη μεταφορά τεχνητών προϊόντων διατροφής (Anatolitou, 2012).

Ακόμα, στα κοινωνικά πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού παρατηρούνται και οικονομικά οφέλη. Πιο συγκεκριμένα, ο μητρικός θηλασμός αποτελεί πέρα από την καλύτερη διατροφή για τα βρέφη και την πιο οικονομική. Αυτό σημαίνει ότι τα φτωχά νοικοκυριά κι εκείνα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες μπορούν να χρησιμοποιούν το μητρικό γάλα παρέχοντας στο παιδί μία άριστη τροφή χωρίς να επιβαρύνονται οικονομικά. Ακόμα, τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος στη σωματική υγεία του βρέφους αποτρέπουν την εκδήλωση ασθενειών και άρα τα οικονομικά έξοδα της οικογένειας για την περίθαλψη αυτού (Leon-Cava et al., 2002).

Τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού έχουν αντίκτυπο τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στον εργασιακό τομέα του εκάστοτε κράτους. Πιο αναλυτικά, η πρόληψη των ασθενειών του βρέφους και η πρόληψη των ασθενειών της μητέρας που λαμβάνει χώρα μέσω του μητρικού θηλασμού επιδρά θετικά στα συστήματα υγείας, τα οποία δε χρειάζεται να καταναλώνουν πόρους για την περίθαλψη των ατόμων. Επίσης, η καλή σωματική υγεία του βρέφους αποτρέπει τους γονείς από την απουσία τους από την εργασία ή και τη διακοπή της εργασίας τους κυρίως όσον αφορά τη μητέρα. Επομένως, ο μητρικός θηλασμός βοηθά τόσο τα εμπλεκόμενα άτομα όσο και το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο ζουν. Οι θετικές αυτές επιδράσεις του θηλασμού έχουν οδηγήσει στην προσπάθεια

προώθησης αυτού στις ανεπτυγμένες και κυρίως τις υπό ανάπτυξη χώρες (Allen & Hector, 2005).

2.3 Αντενδείξεις

Ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει οφέλη στην υγεία της μητέρας και του βρέφους. Παρόλα αυτά ο θηλασμός δεν ενδείκνυται σε όλες τις περιπτώσεις. Οι αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού αφορούν την ύπαρξη ιατρικών συνθηκών οι οποίες δεν επιτρέπουν την πραγματοποίηση του και συνθηκών οι οποίες μπορεί να είναι επιβλαβείς για τη μητέρα (Davanzo, 2018). Στη συνέχεια περιγράφονται οι συνθήκες που σχετίζονται με τις αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού.

2.3.1 Μητέρα

Οι αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού που αφορούν τη μητέρα σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας της. Στη βιβλιογραφία παρατηρούνται ορισμένες ιατρικές συνθήκες της μητέρας οι οποίες απαγορεύουν σε αυτή το θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, το βρέφος δεν προτείνεται να τρέφεται με τη χρήση του μητρικού γάλακτος στις περιπτώσεις που η μητέρα λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή. Οι φαρμακευτικές ουσίες που λαμβάνει η μητέρα περνούν μέσω του γάλακτος στο βρέφος θέτοντας το σε κίνδυνο. Ανάμεσα στις ουσίες η λήψη των οποίων απαγορεύει το θηλασμό είναι το λίθιο, η ατροπίνη, η χλωραμφενικόλη, κυκλοσπορίνη, βρωμοκρυπτίνη και τα αλκαλοειδή της ερυσίβης. Ακόμα, τα βρέφη δεν πρέπει να θηλάζουν όταν η μητέρα λαμβάνει θεραπεία με αντιμεταβολίτες ή χημειοθεραπευτικοί παράγοντες και τα ραδιενεργά ισότοπα. Ακόμα, ο θηλασμός αντενδείκνυται στις περιπτώσεις που η μητέρα λαμβάνει ψυχοτρόπους κατασταλτικές ουσίες. Η μακρόχρονη λήψη των ουσιών αυτών μπορεί να προκαλέσει καταστολή στην παραγωγή γάλακτος και σύνδρομο στέρησης στα βρέφη μετά τη διακοπή του θηλασμού (Moretti et al., 2000).

Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός δεν προτείνεται σε περιπτώσεις που η μητέρα πάσχει από παθήσεις οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία του βρέφους μέσα από το μητρικό γάλα. Ειδικότερα, ο θηλασμός αντενδείκνυται όταν η μητέρα έχει προσβληθεί από τον ιό HIV, πάσχει από ενεργή φυματίωση, είναι θετική στον ανθρώπινο Τ-λεμφοτρόπο ιό τύπου I και II και πάσχει από βρουκέλλωση. Στις περιπτώσεις αυτές η μητέρα δε συνίσταται να θηλάζει το βρέφος καθώς μέσα από το γάλα είναι πιθανό να μεταδοθεί η εκάστοτε λοίμωξη (England, 2003).

Τέλος, ο θηλασμός μπορεί να είναι επικίνδυνος για τις γυναίκες που έχουν ιατρικό ιστορικό καρκίνου του μαστού. Ο καρκίνος του μαστού και ο θηλασμός σχετίζονται

μεταξύ τους καθώς υποστηρίζεται ο θηλασμός προστατεύει τις γυναίκες από την ανάπτυξη νεοπλασμάτων. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες με ιστορικό καρκίνου βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο επανεμφάνισης καρκίνου. Αυτό που καταγράφεται είναι ότι η διέγερση του μαστικού αδένου η οποία προκύπτει μετά από τη γαλουχία σχετίζεται θετικά με την ενεργοποίηση της ογκογέννησης. Το ιστορικό καρκίνου δεν αναγκάζει τη γυναίκα να απέχει από το θηλασμό. Ωστόσο, ο θηλασμός είναι πιθανό να επηρεάσει την υγεία αυτής. Η πραγματοποίηση ή όχι του θηλασμού εναπόκειται στην κρίση και την επιθυμία της γυναίκας (Pagani et al., 2011).

2.3.2 Βρέφος

Ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει σημαντικά οφέλη στην ανάπτυξη των βρεφών. Ωστόσο υπάρχουν ορισμένες συνθήκες στις οποίες το μητρικό γάλα μπορεί να είναι επιβλαβές για το βρέφος. Στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνεται οι σωματικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν βρέφη τα οποία παρουσιάζουν γαλακτοζαιμία. Η γαλακτοζαιμία είναι μία πάθηση που σχετίζεται με την αδυναμία του οργανισμού να μετατρέψει τη λακτόζη σε γλυκόζη. Η πάθηση αυτή θεωρείται αυτό-άνοση στο πλαίσιο της οποίας απουσιάζει το ηπατικό ένζυμο τρανσφεράση της 1- φωσφορικής γαλακτόζης. Στην περίπτωση που το βρέφος διαγνωσθεί με την πάθηση είναι αναγκαία η διακοπή του θηλασμού. Η λήψη του μητρικού γάλακτος μπορεί να οδηγήσει στην ηπατική ανεπάρκεια και τη νοητική υστέρηση (Chandran & Gelfer, 2006).

Κεφάλαιο 3: Οι στάσεις απέναντι στο μητρικό θηλασμό

3.1 Επιδημιολογία

Οι θετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στη ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών και των μητέρων είναι επιστημονικά αποδεδειγμένες. Πέρα από τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, οι επιστήμονες μελετούν και τη συχνότητα εφαρμογής αυτού σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι έρευνες αυτού του είδους στοχεύουν στον εντοπισμό των πληθυσμών που εφαρμόζουν περισσότερο και λιγότερο το μητρικό θηλασμό ως μέσο διατροφής των βρεφών προκειμένου να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν οι κατάλληλες παρεμβάσεις προώθησης αυτού (Rollins et al, 2016).

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα ο μητρικός θηλασμός έγινε λιγότερο διαδεδομένος στις χώρες που βρίσκονται σε υψηλό οικονομικό επίπεδο. Επίσης, η μείωση του μητρικού θηλασμού εμφανίστηκε και στις γυναίκες που βρίσκονται σε καλύτερο εκπαιδευτικό-

μορφωτικό επίπεδο, είναι περισσότερο πλούσιες και ζουν σε αστικά κέντρα των κρατών χαμηλού και μεσαίου οικονομικού επιπέδου. Επομένως, με το πέρασμα των χρόνων η συχνότητα του μητρικού θηλασμού μειώνεται σταδιακά (Victora et al., 2016).

Ωστόσο, στα τελευταία χρόνια υπάρχει σταδιακή άνοδος. Σύμφωνα με το Cattaneo (2012) σε όλα τα κράτη χαμηλών και μεσαίων οικονομικών πόρων παρουσιάζεται άνοδος του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού από το 25% στο 37%. Παρόλα αυτά, σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται η μείωση της διάρκειας του θηλασμού. Αυτό σημαίνει ότι σε παγκόσμιο επίπεδο οι γυναίκες θηλάζουν αποκλειστικά αλλά για μικρό χρονικό διάστημα (<6 μηνών). Οι ισχυρισμοί αυτοί αποδεικνύονται στην επιδημιολογική μελέτη των Cai et al. (2012) η οποία βασίστηκε στα δεδομένα της UNICEF. Στην έρευνα διαπιστώνεται ότι η επικράτηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στα βρέφη που είναι μικρότερα από 6 μηνών στις ανεπτυγμένες χώρες αυξήθηκε από το 33% το 1995 στο 39% το 2010. Η αύξηση αυτή παρατηρείται σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες με τη μεγαλύτερη βελτίωση να παρουσιάζεται στα κράτη της δυτικής και κεντρικής Αφρικής.

Στην επιδημιολογική μελέτη των Victora et al. (2016) εξετάζεται η συχνότητα του μητρικού θηλασμού σε χώρες υψηλής, μέτριας και οικονομικής κατάστασης. Στα αποτελέσματα της μελέτης καταγράφεται ότι σε παγκόσμιο επίπεδο ο αποκλειστικός θηλασμός επί 12 μήνες εμφανίζεται στις χώρες της Αφρικής που βρίσκονται στην περιοχή της Σαχάρα, της νότιας Ασίας και σε ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής. Αυτό σημαίνει ότι το μητρικό γάλα χρησιμοποιείται ως μέσο διατροφής στις χαμηλού οικονομικού επιπέδου χώρες. Στις χώρες υψηλού οικονομικού επιπέδου το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού φτάνει το 20% ενώ παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών. Για παράδειγμα, στη Νορβηγία θηλάζει το 35% των βρεφών ενώ στη Σουηδία μόνο το 16%. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι στις χώρες χαμηλού και μεσαίου οικονομικού επιπέδου εφαρμόζεται εκτενώς ο μητρικός θηλασμός ενώ η σημαντικότητα αυτού δεν αναγνωρίζεται από τις χώρες υψηλού οικονομικού επιπέδου (Victora et al., 2016).

Η συχνότητα του μητρικού θηλασμού έχει μελετηθεί και στην Ελλάδα. Στην έρευνα των Ηλιοδρομίτη και συν. (2018) συμμετείχε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα βρεφών του ελληνικού πληθυσμού. Η έρευνα βασίστηκε στη λήψη συνεντεύξεων και στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου από 870 μητέρες. Στα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι το 94% των συμμετεχουσών ξεκίνησε το θηλασμό από την πρώτη ημέρα της ζωής του ατόμου. Το

ποσοστό αυτό μειώνεται με το πέρασμα του χρόνου καθώς στο τέλος της πρώτης εβδομάδας θήλασε αποκλειστικά μόνο το 51% του δείγματος. Ο αποκλειστικός θηλασμός συνεχίστηκε από το 25% των μητέρων στους πρώτους 4 μήνες της ζωής των βρεφών. Τα ποσοστά αυτά αναδεικνύουν τη μειωμένη συχνότητα αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα (Ηλιοδρομίτη και συν., 2018).

3.2 Προώθηση του μητρικού θηλασμού

Ο μητρικός θηλασμός προτείνεται ως το κύριο μέσο τροφής των βρεφών για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του ατόμου ενώ η συνέχιση αυτού και στο δεύτερο εξάμηνο της ζωής του ατόμου θεωρείται η βέλτιστη διατροφή. Η σύσταση αυτή βασίζεται στα θετικά αποτελέσματα που έχει ο θηλασμός στη σωματική και ψυχική υγεία κυρίως του βρέφους αλλά και της μητέρας (Hall & Carroll, 2000).

Ο μητρικός θηλασμός προωθείται από τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία των βρεφών και των γυναικών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) προτείνει την εφαρμογή αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του ατόμου και την εισαγωγή συμπληρωματικής τροφής μέσω φαγητού μετά από τους μήνες αυτούς σε συνδυασμό με το μητρικό θηλασμό έως και τα 2 πρώτα χρόνια. Οι συστάσεις αυτές για τον αποκλειστικό θηλασμό προωθούνται από διεθνείς κοινότητες, οργανισμούς και επιστήμονες καθώς η προστασία και η προώθηση του μητρικού θηλασμού έχει μετατραπεί σε μία από τις προτεραιότητες της δημόσιας υγείας (Bosi et al., 2014).

Σε παγκόσμιο επίπεδο η προώθηση του μητρικού θηλασμού πραγματοποιείται μέσα από συγκεκριμένες δράσεις. Μία από τις δράσεις αυτές η οποία έγινε δεκτή από τα κράτη-μέλη του ΠΟΥ ονομάζεται Global Strategy και έλαβε χώρα σε συνεργασία με τη UNICEF. Στο πλαίσιο αυτό δίνεται έμφαση στον προσδιορισμό του προβλήματος από το εκάστοτε σύστημα υγείας και τον εντοπισμό του πληθυσμού που χρήζει την εφαρμογή παρεμβάσεων. Τα κράτη μέλη καλούνται να συμπεριλάβουν στις παροχές υγείας την προετοιμασία των γυναικών πριν τον τοκετό για το θηλασμό και την εκπαίδευση αυτών μετά τη γέννα. Ακόμα, είναι αναγκαία η ενημέρωση του πληθυσμού που έχει μεγαλύτερη ανάγκη και η εφαρμογή παρεμβάσεων. Με τον τρόπο αυτό επιχειρείται η ενίσχυση του μητρικού θηλασμού (WHO & UNICEF, 2007).

Μία από τις πιο πρόσφατες και σημαντικές δράσεις υπέρ του μητρικού θηλασμού είναι η πρωτοβουλία «Φιλικά για τα βρέφη Νοσοκομεία» (Baby Friendly Initiative). Η

πρωτοβουλία αυτή λαμβάνει χώρα σε μορφή κοινοτικών προγραμμάτων που παρέχουν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Στο πλαίσιο αυτό προσφέρονται εκπαιδευτικές συναντήσεις για τους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονται με την παροχή υγείας όπως είναι οι νοσηλευτές, οι μαίες, οι επισκέπτες υγείας. Η εκπαίδευση αφορά την ενίσχυση των γνώσεων τους σχετικά με το θηλασμό, τις επιπλοκές που καλούνται να αντιμετωπίσουν και τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη που χρειάζεται να παρέχουν στις μητέρες. Ακόμα, δίνεται έμφαση στην ενήμερη λήψη αποφάσεων, στην παρατήρηση του θηλασμού, στην εκπαίδευση στις στάσεις του θηλασμού και στη σημασία της πρώτης επαφής της μητέρας με το βρέφος. Η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας σχετίζεται θετικά με την προαγωγή του θηλασμού και την ικανοποίηση των αναγκών που παρουσιάζουν οι γυναίκες πριν και μετά τον τοκετό (Ingram et al., 2011).

Στην Ελλάδα η προώθηση του μητρικού θηλασμού έχει ξεκινήσει ήδη από τη δεκαετία του 1980 μέσω της δράσης «Επιστροφή στο θηλασμό» που υλοποιήθηκε από το Υπουργείο Υγείας. Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάστηκε η πρόταση εισαγωγής του μητρικού θηλασμού στα προγράμματα σπουδών της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Σημαντικό σημείο στην προώθηση του μητρικού θηλασμού στον ελληνικό πληθυσμό ήταν και η αύξηση της διάρκειας της άδειας μητρότητας η οποία πραγματοποιήθηκε το 1999 (Yngve & Sjostrom, 2001). Οι κρατικές δράσεις υπέρ του μητρικού θηλασμού συνεχίζονται μέχρι και σήμερα στη χώρα. Το πιο πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η δράση «Αλκυνόη» η οποία αποτελεί κρατική πρωτοβουλία που οργανώνεται από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Στο πρόγραμμα αυτό δράσης πραγματοποιούνται καμπάνιες με έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τα οφέλη αυτού. Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται τόσο σε γυναίκες όσο και σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι επιθυμούν να αποκτήσουν γνώσεις σχετικά με το μητρικό θηλασμό και τη διαχείριση αυτού. Η προσπάθεια αυτή βασίζεται στις αρχές της πρωτοβουλίας «Φιλικά για τα βρέφη Νοσοκομεία» η οποία δεν έχει εφαρμοστεί εξ' ολοκλήρου από το ελληνικό σύστημα υγείας (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015).

3.3 Η θέση του μητρικού θηλασμού στην ελληνική κοινωνία

Στην Ελλάδα τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού είναι χαμηλά καθώς η πλειοψηφία των γυναικών εγκαταλείπει την πρακτική μέσα στο πρώτο εξάμηνο της ζωής του βρέφους. Η χαμηλή συχνότητα εφαρμογής του μητρικού θηλασμού στη χώρα υποδεικνύει και τη θέση που έχει αυτός στην ελληνική κοινωνία. Πιο αναλυτικά, οι Ελληνίδες μητέρες φαίνεται ότι δεν είναι επαρκώς ενημερωμένες σε σχέση με τη σημασία που έχει το μητρικό

γάλα στην ανάπτυξη του παιδιού ενώ δεν κατέχουν την απαραίτητη γνώση για να διαχειριστούν τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια αυτού. Ο συνδυασμός των δύο αυτών παραγόντων ωθεί τις γυναίκες στη χρήση του έτοιμου γάλακτος το οποίο θεωρείται στην ελληνική κοινωνία μία εύκολη και αποτελεσματική λύση (Bouras et al., 2013).

Επιπλέον, στην ελληνική πραγματικότητα ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μία πράξη που αφορά περισσότερο τη μητέρα και λιγότερο το βρέφος. Η μητέρα, δηλαδή, είναι εκείνη που αποφασίζει το πρόγραμμα θηλασμού του βρέφους χωρίς να λαμβάνει υπόψη τις πραγματικές διατροφικές ανάγκες αυτού. Ο καθορισμός ενός σταθερού και μη ευέλικτου προγράμματος πραγματοποιείται ήδη από την παραμονή της μητέρας στο μαιευτήριο όπου σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται η έναρξη τεχνητής διατροφής βάσει προγράμματος. Οι μητέρες καλούνται να συνεχίσουν το πρόγραμμα αυτό μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο. Οι πρακτικές αυτές των επαγγελματιών υγείας προωθούν στην ελληνική κοινωνία αντιλήψεις περί μη αναγκαιότητας του θηλασμού και επηρεάζουν με τον τρόπο αυτό τις νέες μητέρες (Ηλιάδη & Παλάσκα, 2009).

Η σημερινή κατάσταση του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα είναι απόρροια των αλλαγών που έχει υποστεί η ελληνική κοινωνία από τον 20ο αιώνα μέχρι και σήμερα. Σύμφωνα με τους Πεχλιβάνη και συν. (2008) ο μητρικός θηλασμός κατείχε εξέχουσα θέση στην ελληνική κοινωνία μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1910. Στις επόμενες δεκαετίες παρατηρήθηκε μία σταδιακή πτώση της πρακτικής αυτής η οποία βασίστηκε στην εισαγωγή του τεχνητού γάλακτος στη χώρα. Το τεχνητό γάλα ξεκίνησε να προωθείται στις γυναίκες ενώ προτεινόταν και ο εμπλουτισμός της διατροφής του βρέφους με συμπληρωματικές τροφές ήδη από το δεύτερο μήνα της ζωής του παιδιού. Με άλλα λόγια, η προώθηση του τεχνητού γάλακτος στην Ελλάδα, η οποία είχε οικονομικά κίνητρα, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της σημασίας που είχε η πρακτική του μητρικού θηλασμού στην ελληνική κοινωνία. Η εγκατάλειψη του μητρικού θηλασμού και η απαξίωση του από την ελληνική κοινωνία έφτασε στο αποκορύφωμα τη δεκαετία του 1980 όπου και αυξήθηκε ο αριθμός των εργαζόμενων γυναικών. Ο μητρικός θηλασμός εγκαταλείφθηκε, λοιπόν, σταδιακά χάνοντας το σημαίνοντα ρόλο που είχε στην ελληνική κοινωνία (Ματάλα, 2015).

Σήμερα, η αξία του μητρικού θηλασμού έχει αρχίσει να ανακάμπτει στην Ελλάδα. Η ανάκαμψη αυτή είναι σταδιακή καθώς παραμένουν ισχυρά κατάλοιπα από το προηγούμενο αιώνα (Ματάλα, 2015).

3.4 Οι στάσεις των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό

Οι στάσεις που διατηρούν οι γυναίκες απέναντι στο θηλασμό εξετάζονται από τους επιστήμονες σε παγκόσμιο επίπεδο. Για παράδειγμα, οι Wojcicki et al. (2009) μελετούν τις αντιλήψεις 363 γυναικών που κατοικούν στο Σαν Φρανσίσκο των ΗΠΑ. Οι ερευνητές έλαβαν δομημένες συνεντεύξεις από τις γυναίκες που είχαν γεννήσει πρόσφατα ένα υγιές βρέφος. Στα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι το 79,8% του δείγματος θήλασε αποκλειστικά στο διάστημα των 1-4 μηνών. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό. Ωστόσο, παρατηρούνται και γυναίκες που αντιμετωπίζουν αρνητικά το θηλασμό καθώς θεωρούν ότι είναι επίπονος σωματικά, ενώ άλλες αναφέρουν ότι νιώθουν «άβολα». Οι αρνητικές αυτές στάσεις σχετίζονται σημαντικά με την απουσία του μητρικού θηλασμού.

Μία ακόμα μελέτη που διερευνά τις στάσεις και τις γνώσεις των γυναικών για το θηλασμό είναι εκείνη των Stuebe και Bonuk (2010). Η έρευνα αυτή διεξήχθη στις ΗΠΑ με τη συμμετοχή 883 ενήλικων γυναικών. Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το 45,9% του δείγματος έχει την πρόθεση να θηλάσει αποκλειστικά, το 46,1% έχει πρόθεση να θηλάσει και να χρησιμοποιήσει φόρμουλα γάλακτος και το 8% έχει πρόθεση να χρησιμοποιήσει εξ ολοκλήρου τη φόρμουλα. Οι γυναίκες που έχουν πρόθεση να θηλάσουν αποκλειστικά αναγνωρίζουν την υπεροχή του μητρικού γάλακτος από εκείνο της φόρμουλα. Ακόμα, οι γυναίκες που είχαν θηλάσει στο παρελθόν σε δημόσιο χώρο παρουσίασαν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού κατά 0.84 μήνες. Αυτό σημαίνει ότι οι στάσεις που έχουν οι γυναίκες απέναντι στο θηλασμό επηρεάζουν τελικά τη συμπεριφορά τους όταν γίνονται μητέρες.

Επιπλέον, οι στάσεις για το μητρικό θηλασμό εξετάζονται και με τη συμμετοχή και των δύο γονιών. Στην έρευνα των Laantera et al. (2010) συμμετείχαν 123 μητέρες και 43 πατέρες που ζουν στη Φιλανδία και περιμένουν τη γέννηση του παιδιού τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι όλοι οι συμμετέχοντες είναι θετικά διακείμενοι απέναντι στο θηλασμό καθώς αναγνωρίζουν τα οφέλη που αυτός έχει στο βρέφος. Ωστόσο, το 54% των συμμετεχόντων αναφέρουν ότι επιθυμούν και οι δύο γονείς να ταΐζουν το βρέφος. Ο παράγοντας αυτός σχετίζεται με τις αρνητικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό και είναι περισσότερο έντονος στους συμμετέχοντες που δεν είχαν πολλές

γνώσεις σχετικά με το θηλασμό. Στα ευρήματα της έρευνας αναφέρεται ότι οι γονείς μικρότερης ηλικίας (18-26 ετών), που περιμένουν το πρώτο τους παιδί και είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου διατηρούν αρνητικές στάσεις στο θηλασμό και ανησυχούν για αυτόν. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι είναι αναγκαία η παροχή περισσότερων πληροφοριών αναφορικά με το θηλασμό στα νέα ζευγάρια που περιμένουν το πρώτο τους παιδί προκειμένου να ενισχυθούν οι θετικές τους στάσεις.

Επιπρόσθετα, οι στάσεις των γυναικών απέναντι στο θηλασμό μελετώνται και σε χώρες του μη δυτικού πολιτισμού. Στην έρευνα των, η οποία διεξάγεται στη Μαλαισία, αναδεικνύεται ο σημαντικός ρόλος που παίζει το πολιτισμικό πλαίσιο στις απόψεις των γυναικών για το θηλασμό. Οι γυναίκες που είναι επηρεασμένες από την κουλτούρα τους παρουσιάζουν θετικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό. Από την άλλη μεριά οι γυναίκες που είναι αποστασιοποιημένες από τον ανατολικό πολιτισμό εστιάζουν περισσότερο στην εργασία τους και διατηρούν αρνητικές στάσεις για το θηλασμό. Ωστόσο, οι γυναίκες που αντιμετώπισαν πιο θετικά το μητρικό θηλασμό ήταν εκείνες που είχαν λάβει κάποια σχετική εκπαίδευση πριν από τη γέννηση του παιδιού τους (Ishak et al., 2014).

Οι στάσεις που διατηρούν οι γυναίκες απέναντι στο μητρικό θηλασμό έχουν μελετηθεί ως ένα βαθμό και στον ελληνικό πληθυσμό. Μία από τις έρευνες που διεξάγονται σε ελληνικό δείγμα είναι εκείνη των Gesouli-Voltyraki et al. (2009). Στη μελέτη συμμετείχαν 100 γυναίκες από 18 έως και 45 ετών οι οποίες αξιολογήθηκαν σε σχέση με τις στάσεις τους στο θηλασμό και το ιστορικό θηλασμού. Στα αποτελέσματα της έρευνας διατυπώνεται ότι οι γυναίκες διατηρούν θετικές στάσεις απέναντι στο θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των γυναικών (78%) αναφέρει την επιθυμία της να θηλάσει ενώ περισσότερες από τις μισές συμμετέχουσες θηλάσαν το παιδί τους για το χρονικό διάστημα των τριών μηνών. Επίσης, όλες οι γυναίκες του δείγματος αναγνωρίζουν τα οφέλη που έχει ο θηλασμός στην ανάπτυξη του βρέφους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι αν και οι γυναίκες είναι θετικά προκείμενες προς το θηλασμό η πλειοψηφία αυτών δεν ακολουθεί τις παγκόσμιες συστάσεις σχετικά με την προτεινόμενη διάρκεια στους πρώτους έξι μήνες της ζωής του παιδιού.

Μία ακόμα μελέτη που διεξάγεται σε ελληνικό δείγμα έχοντας ως στόχο τη διερεύνηση των στάσεων των γυναικών απέναντι στο θηλασμό είναι εκείνη των Ladomenou et al. (2007). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 1049 γυναίκες. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν με τη λήψη συνεντεύξεων μετά τον τοκετό και 1, 3, 6, 9 και 12 μήνες μετά

τον τοκετό. Στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρεται ότι το 89,7% του δείγματος προσπάθησε να θηλάσει. Το 60,7% των γυναικών θηλάσε αποκλειστικά μόνο τον πρώτο μήνα της ζωής του βρέφους. Οι παράγοντες που σχετίζονται σημαντικά με τις αρνητικές στάσεις των γυναικών απέναντι στο θηλασμό ήταν η απουσία θηλασμού μετά από προηγούμενη εγκυμοσύνη, το αρσενικό φύλο, η πολυμελής οικογένεια, η εισαγωγή του βρέφους στο θάλαμο νεογνών, η χρήση νικοτίνης και ο πρόωρος τοκετός. Τα αποτελέσματα αυτά αναδεικνύουν τους παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στο θηλασμό.

Η μελέτη των στάσεων και των πεποιθήσεων που διατηρούν οι γυναίκες σχετικά με το μητρικό θηλασμό αποτελεί ένα από τα αντικείμενα μελέτης της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Οι στάσεις των γυναικών φαίνεται ότι επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη συμπεριφορά τους σε σχέση με την επίδραση που ασκούν οι γνώσεις σχετικά με το θηλασμό. Η κατανόηση των στάσεων μπορεί να συμβάλει θετικά στον εντοπισμό των παραγόντων που συντελούν στην αποχή από το θηλασμό και κατ' επέκταση στο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν τη συμπεριφορά αυτή υγείας των γυναικών στις σύγχρονες κοινωνίες (Atchan et al., 2011).

Κεφάλαιο 4: Το μητρικό γάλα

4.1 Τα χαρακτηριστικά του μητρικού γάλακτος

Το ανθρώπινο μητρικό γάλα αποτελεί τη βέλτιστη τροφή που μπορεί να λάβει ένα νεογνό. Τα βρέφη χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακές και νεύρο-αναπτυξιακές ανάγκες οι οποίες είναι απαραίτητο να καλυφθούν μέσα από τη διατροφή τους. Το μητρικό γάλα θεωρείται η καλύτερη τροφή που μπορεί να δοθεί στα νεογνά προκειμένου να ενισχυθεί η φυσιολογική ανάπτυξη αυτών. Το μητρικό γάλα αναφέρεται συχνά ως «χρυσός κανόνας» της διατροφής για τους πρώτους μήνες της ανθρώπινης ζωής. Ο χαρακτηρισμός αυτός δίνεται καθώς το μητρικό γάλα περιέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζονται για την ανάπτυξη ενός βρέφους ενώ παράλληλα περιέχει και μη παραδοσιακά συστατικά τα οποία προστατεύουν τον οργανισμό του βρέφους από τους μελλοντικούς κινδύνους που θα αντιμετωπίσει (Underwood, 2013).

Το μητρικό γάλα και τα συστατικά που αυτό περιέχει μελετώνται εκτενώς από την επιστημονική κοινότητα. Η συνεχής μελέτη του μητρικού γάλακτος αποσκοπεί στην κατανόηση των επιμέρους συστατικών που συντελούν στην ανάπτυξη και την προστασία

του ανθρώπινου οργανισμού αλλά και στη σύγκριση των αποτελεσμάτων που έχει το μητρικό γάλα και το κατασκευασμένο ή τεχνητό γάλα. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τη μελέτη αυτή σχετίζονται με τη μοναδικότητα του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος και την υπεροχή του έναντι του γάλακτος που παράγεται από άλλα θηλαστικά και καταναλώνεται από τον άνθρωπο. Αυτό που επισημαίνεται είναι ότι το ανθρώπινο μητρικό γάλα είναι μοναδικό όχι μόνο γιατί είναι πλούσιο σε συστατικά αλλά και εξαιτίας της αναλογίας που έχουν τα συστατικά αυτά (Bode, 2009). Ακόμα, σημαντικό στοιχείο που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο μητρικό γάλα και αναδεικνύει τη μοναδικότητα αυτού είναι η μεταβαλότητα της σύστασης του. Η σύσταση του ανθρώπινου γάλακτος, όπως εξηγείται και στις επόμενες ενότητες, αλλάζει προκειμένου να προσαρμοστεί στις αναπτυξιακές ανάγκες του βρέφους. Η φυσική αυτή αλλαγή της σύστασης, η οποία συμβαίνει χωρίς την εξωτερική παρέμβαση του ανθρώπου υποδεικνύει την ταύτιση που υπάρχει μεταξύ της νεογνικής περιόδου και της λήψης μητρικού γάλακτος (Zhang et al., 2013). Οι ενότητες που ακολουθούν επικεντρώνονται στην ανάδειξη των χαρακτηριστικών που έχει το μητρικό γάλα του ανθρώπου από την παραγωγή μέχρι και την έκκριση του.

4.1.1 Παραγωγή

Το μητρικό γάλα εκκρίνεται από το μαστό της γυναίκας μετά το τέλος του τοκετού. Ωστόσο, η παραγωγή του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος προετοιμάζεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος ή η λακτογένεση περνά από τρεις σημαντικές φάσεις ή και στάδια τα οποία περιλαμβάνουν τόσο την προετοιμασία κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης όσο και την έκκριση του γάλακτος μετά τον τοκετό.

Το πρώτο στάδιο της γαλακτογένεσης αφορά την προετοιμασία του μαστού στην εγκυμοσύνη και την έκκριση του πρώτου γαλακτικού υγρού λίγες ώρες μετά το τέλος του τοκετού. Η προετοιμασία της γέννησης του γάλακτος γίνεται στο μαστό της μητέρας μέσω των αλλαγών που αυτός υφίσταται. Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο μαστός της μητέρας αλλάζει καθώς τα κύτταρα του επιθήλιου γίνονται κύτταρα γάλακτος, δηλαδή γαλακτοκύτταρα. Η διαμόρφωση των γαλακτοκυττάρων είναι αποτέλεσμα των επιδράσεων που ασκούν οι ορμόνες που παράγονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ορμόνες που επιδρούν στην προετοιμασία είναι εκείνες που εκκρίνονται από τον πλακούντα, όπως είναι η προγεστερόνη. Οι ορμόνες επηρεάζουν τη λειτουργία του μαζικού αδένου του μαστού και αλληλεπιδρούν με το γαλακτογόνο. Ο γαλακτογόνος αποτελεί μία ακόμα ορμόνη που εκκρίνεται από τον πλακούντα. Οι ορμόνες αυτές και οι επιδράσεις που έχουν στο μαστό οδηγούν στην παραγωγή του πρώτου γάλακτος. Το

πρώτο γάλα παράγεται αλλά δεν εκκρίνεται από το μαστό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης εξαιτίας της προγεστερόνης, η οποία επιδρά στις κυψελίδες του μαστού (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015).

Το πρώτο στάδιο της γαλακτογένεσης λαμβάνει τέλος μετά την ολοκλήρωση του τοκετού. Η ολοκλήρωση του τοκετού σημαίνει την έξοδο του πλακούντα και τη σύσπαση της μήτρας. Οι δύο αυτές ενέργειες οδηγούν στον αντανακλαστικό ερεθισμό της υπόφυσης, και συγκεκριμένα του πρόσθιου λοβού αυτής που βρίσκεται στον εγκέφαλο της μητέρας. Ο ερεθισμός της υπόφυσης οδηγεί στην έκκριση της ορμόνης προλακτίνης. Η προλακτίνη αλληλεπιδρά με την φλοιογαλακτίνη. Η φλοιογαλακτίνη εκκρίνεται από τα επινεφρίδια της μητέρας. Η αλληλεπίδραση των δύο αυτών ορμονών επηρεάζει το μαστό και τις λειτουργίες του (Cregan et al., 2001). Πιο αναλυτικά, οι δύο ορμόνες συντελούν στη συγκέντρωση αίματος στο μαστό, στον πολλαπλασιασμό των επιθηλίων και τελικά στην έκκριση του γάλακτος. Το μητρικό γάλα εκκρίνεται στους αδένες του μαστού, και συγκεκριμένα στις κυψέλες αυτών, γεμίζοντας με τον τρόπο αυτό τους γαλακτοφόρους πόρους και το γαλακτοφόρο κόλπο. Στη συνέχεια το γάλα που εκκρίνεται περνά στη θηλή μετατρέποντας το μαστό έτοιμο για την ενέργεια του θηλασμού. Στη φάση αυτή εκκρίνεται και το πρώτο γάλα, το οποίο ονομάζεται πρωτόγαλα ή πύαρ. Το πρώτο αυτό γάλα είναι διακριτό ως προς την εμφάνιση, τη σύσταση και τον όγκο. Το πρώτο γάλα παράγεται σε μικρές ποσότητες τις πρώτες μέρες μετά από τον τοκετό (Jones & Spencer, 2007).

Το δεύτερο στάδιο της γαλακτογένεσης. σχετίζεται με την έναρξη της παραγωγής του ονομαζόμενου μεταβατικού γάλακτος. Το γάλα αυτό διαφέρει σημαντικά από το πρωτόγαλα τόσο σε σχέση με τη σύνθεση όσο και σε σχέση με την εμφάνιση του. Το μεταβατικό γάλα είναι περισσότερο πυκνό και περιέχει διαφορές αναλογίες των κύριων συστατικών. Η παραγωγή του γάλακτος αυτού ονομάζεται εκκριτική ενεργοποίηση και διαφέρει από μητέρα σε μητέρα. Ωστόσο, στην πλειοψηφία των περιπτώσεων το μεταβατικό γάλα παράγεται λίγες μέρες μετά από τον τοκετό. Η παραγωγή του γάλακτος αυτού υπολογίζεται ότι διαρκεί από τις πρώτες πέντε μέρες μετά τον τοκετό και συνεχίζεται μέχρι και δύο εβδομάδες. Μετά το πέρας των δύο εβδομάδων το γάλα που παράγεται ονομάζεται ώριμο και η γαλουχία περνά στο τρίτο και τελευταίο στάδιο μετά τον τοκετό. Το ώριμο γάλα παράγεται περίπου μεταξύ της τέταρτης και έκτης εβδομάδας μετά τον τοκετό. Το ώριμο γάλα επιδέχεται αλλαγές σε σχέση με τη σύσταση του οι οποίες

δεν είναι τόσο μεγάλες όσο εκείνες που λαμβάνουν χώρα τις πρώτες μέρες μετά τον τοκετό (Ballard et al., 2013).

4.1.2 Σύσταση

Το μητρικό γάλα περιέχει πολλά και διαφορετικά συστατικά τα οποία συντελούν στην πολυπλοκότητα που το χαρακτηρίζει. Η γενική εικόνα της σύστασης του μητρικού γάλακτος δείχνει ότι αποτελείται από νερό (87%), λιπαρά (3,8%), πρωτεΐνες (1%) και λακτόζη (7%). Τα λιπαρά και η λακτόζη παρέχουν το 50% και το 40% της ενέργειας του μητρικού γάλακτος αντίστοιχα. Ωστόσο, η σύσταση του γάλακτος είναι δυναμική και αλλάζει με την πάροδο του χρόνου, καθώς προσαρμόζεται στις συνεχώς διαφορετικές ανάγκες του βρέφους. Για παράδειγμα, το γάλα που παράγεται στην αρχή του θηλασμού, δηλαδή το πρωτόγαλα, είναι πιο αδύναμο και περιέχει περισσότερο νερό σε σχέση με το γάλα που παρέχεται στο βρέφος τους πρώτους μήνες της ζωής του. Στη συνέχεια το μητρικό γάλα γίνεται περισσότερο πυκνό και περιέχει σε μεγαλύτερη ποσότητα λιπαρών προκειμένου να ικανοποιηθούν οι αναπτυξιακές ανάγκες του βρέφους. Η υψηλή περιεκτικότητα σε νερό αποσκοπεί στην ικανοποίηση της δίψας του βρέφους. Αυτό σημαίνει ότι οι αλλαγές στη σύσταση του μητρικού γάλακτος ακολουθούν και τις αλλαγές που βιώνει το βρέφος εξαιτίας της ανάπτυξης του και κατ' επέκταση της ανάπτυξης των αναγκών του (Martin et al., 2016).

Στο πρώιμο στάδιο της γαλουχίας η περιεκτικότητα των πρωτεϊνών στο μητρικό γάλα κυμαίνεται από 1.4 έως και 1.6 g/100 mL. Με την πάροδο του χρόνου η περιεκτικότητα αυτή αλλάζει. Πιο αναλυτικά, μετά από τρεις με τέσσερις μήνες γαλουχίας η περιεκτικότητα των πρωτεϊνών κυμαίνεται από 0.8 μέχρι και 1.0 g/100 mL ενώ μετά από έξι μήνες γαλουχίας η περιεκτικότητα αλλάζει και παρουσιάζεται από 0.7 μέχρι 0.8 g/100 mL. Οι αλλαγές που υφίσταται η σύσταση του μητρικού γάλακτος αφορούν κατά κύριο λόγο τα συστατικά των πρωτεϊνών και των λιπαρών, καθώς η λακτόζη παρατηρείται ότι είναι αρκετά σταθερή με την πάροδο του χρόνου. Η σταθερότητα της λακτόζης παρατηρείται στο ώριμο μητρικό γάλα, δηλαδή περίπου στην 21η ημέρα μετά τον τοκετό. Η σταθερή συγκέντρωση της λακτόζης στο μητρικό γάλα είναι σημαντική στη διατήρηση μίας οσμωτικής πίεσης στο ανθρώπινο γάλα (Guo, 2014). Επίσης, η λακτόζη συμβάλει θετικά στην απορρόφηση των μεταλλικών στοιχείων και του ασβεστίου από τον οργανισμό του βρέφους. Ακόμα, στο ανθρώπινο μητρικό γάλα παρατηρούνται πολλές βιοδραστικές ενώσεις που έχουν βάση υδατάνθρακες. Οι ενώσεις αυτές είναι συνδεδεμένες με τη λακτόζη. Από τα στοιχεία αυτά γίνεται ορατή η μεγάλη σημασία που έχει η σύσταση

του μητρικού γάλακτος στη λειτουργία του οργανισμού του βρέφους. Στη συνέχεια καταγράφονται αναλυτικά τα βασικά συστατικά του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος, τα οποία είναι οι πρωτεΐνες, τα λιπαρά, οι βιταμίνες και άλλες βιοενεργές ουσίες (Martin et al., 2016).

Πρωτεΐνες

Στη σύσταση του μητρικού γάλατος παρατηρούνται δύο κλάσεις πρωτεϊνών, την καζεΐνη και ο ορός γάλακτος. Η καζεΐνη γίνεται θρόμβοι ή πήγματα μέσα στο στομάχι ενώ ο ορός του γάλακτος παραμένει σε υγρή μορφή. Η υγρή μορφή του ορού του γάλακτος είναι υπεύθυνη για την εύκολη πέψη αυτού. Η περιεκτικότητα του ορού του γάλακτος ποικίλει ανάλογα με το στάδιο της γαλουχίας, καθώς κυμαίνεται στο 50% με το 80%. Επίσης, η αναλογία που υπάρχει μεταξύ του ορού και της καζεΐνης ποικίλει στο ανθρώπινο μητρικό γάλα ανάλογα με το στάδιο της γαλουχίας. Πιο συγκεκριμένα, η αναλογία ορού γάλακτος/καζεΐνης κυμαίνεται μεταξύ του 70/30 και του 80/20 στο πρώτο στάδιο της γαλουχίας ενώ η αναλογία αυτή γίνεται 50/50 σε αργότερο στάδιο της γαλουχίας. Η αναλογία αυτή είναι σημαντικά μεγαλύτερη στο ανθρώπινο μητρικό γάλα σε σχέση με το γάλα των άλλων θηλαστικών. Αναλυτικότερα, στο γάλα που είναι ζωικής προέλευσης η αναλογία των δύο κλάσεων πρωτεϊνών είναι διαφορετική καθώς υπερσχύει σε περιεκτικότητα η καζεΐνη. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση της κλάσης πρωτεΐνης συνεπάγεται και τη μεγαλύτερη δυσκολία του βρέφους κατά την πέψη. Η σύσταση των πρωτεϊνών του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος σχετίζεται θετικά με τα πλεονεκτήματα που αυτό έχει έναντι των κατασκευασμάτων (Lonnerdal, 2004). Ακόμα, ο ορός γάλακτος και η καζεΐνη έχουν διαφορετικά προφίλ αμινοξέων με αποτέλεσμα το γενικό προφίλ των αμινοξέων του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος να αλλάζει ανάλογα με το στάδιο της γαλουχίας. Ένα από τα αμινοξέα που υπάρχουν άφθονα στο μητρικό γάλα είναι η γλουταμίνη η οποία είναι περίπου 20 φορές υψηλότερη στο ώριμο γάλα σε σύγκριση με τη χαμηλότερη τιμή της στο πρωτόγαλα. Η υψηλή συγκέντρωση της γλουταμίνης είναι σημαντική για τη νευρο-διαβίβαση στον εγκέφαλο του βρέφους και παρέχει ενέργεια στα κύτταρα του εντέρου (D' Alessandri et al., 2010).

Επιπλέον, οι κυριότερες πρωτεΐνες που ανήκουν στην κλάση του ορού του γάλακτος και συναντώνται στο ανθρώπινο μητρικό γάλα είναι η α-λακταλβουμίνη, η λακτόφερρίνη και η εκκριτική IgA. Επίσης, υπάρχουν κι άλλες πρωτεΐνες όπως είναι η λυσοζύμη, η πρωτεΐνη δέσμησης του φολικού οξέος, η λιπάση και η αμυλάση. Μετά την κατάποση του

γάλακτος οι πρωτεΐνες αυτές διασπώνται γρήγορα σε ελεύθερα αμινοξέα για την απορρόφηση και τη χρησιμοποίησή τους. Οι περισσότερες από αυτές τις πρωτεΐνες έχουν βιοδραστικές λειτουργίες και μη θρεπτικές λειτουργίες. Οι λειτουργίες αυτές είναι υπεύθυνες για τη μεγάλη σημασία που έχουν οι πρωτεΐνες του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος στην ανάπτυξη και τη θρέψη του οργανισμού του βρέφους (Liao et al., 2011).

Λιπαρά

Τα λιπαρά αποτελούν το πιο σημαντικό στοιχείο του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος. Η μεγάλη σημασία αυτών έγκειται στην παροχή ενέργειας και βοήθειας για την ανάπτυξη του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) του βρέφους. Ακόμα, τα συστατικά αυτά είναι σημαντικά καθώς επηρεάζουν το άρωμα και τη γεύση του γάλακτος. Στις περισσότερες περιπτώσεις στο μητρικό γάλα η συγκέντρωση των λιπαρών κυμαίνεται από 3,5% έως και 4,5% κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Τα κύρια κλάσματα λιπιδίων είναι τα τριγλυκερίδια τα οποία υπολογίζεται ότι αποτελούν το 95% όλων των λιπιδίων. Ακόμα, περίπου τα μισά των λιπαρών οξέων είναι κορεσμένα ενώ το ανθρώπινο μητρικό γάλα περιέχει δύο βασικά λιπαρά οξέα. Τα λιπαρά οξέα είναι το αραχιδονικό και το εικοσαπεντανοϊκό οξύ, το τελευταίο από τα οποία μετατρέπεται αργότερα σε δοκοσαεξαενοϊκό οξύ. Τα τρία αυτά λιπαρά οξέα παίζουν σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της ανάπτυξης, στην αντίδραση στις λοιμώξεις, στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, στην όραση, στη γνωστική ανάπτυξη και στην ανάπτυξη της κίνησης των νεογνών (Innis, 2014).

Επιπρόσθετα, κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της εγκυμοσύνης περνούν από τη μητέρα στο έμβρυο μέσω του πλακούντα πολυκόρεστα λιπαρά οξέα τα οποία στη συνέχεια προσφέρονται μέσω του γάλακτος κατά τη διάρκεια του θηλασμού μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου και της νεογνικής περιόδου συντίθενται με γρήγορους ρυθμούς ο εγκεφαλικός ιστός. Η σύνθεση αυτή απαιτεί αραχιδονικού και δοκοσαεξαενοϊκού οξέος τα οποία το βρέφος χρειάζεται να τα λάβει τόσο κατά τη διάρκεια της κύησης όσο και κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η ανάγκη των συστατικών αυτών οδηγεί στην αύξηση της συγκέντρωσης των λιπαρών κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Η σημαντική αύξηση των πολυκόρεστων λιπαρών οξέων παρατηρείται από τις πρώτες έξι εβδομάδες μέχρι και τους πρώτους έξι μήνες της γαλουχίας. Ο βαθμός αύξησης των λιπαρών οξέων κατά τη διάρκεια του θηλασμού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως είναι η διατροφή της μητέρας (Valentine et al., 2010).

Βιταμίνες

Το ανθρώπινο μητρικό γάλα περιέχει την πλειοψηφία των βιταμινών που υποστηρίζουν τη φυσιολογική ανάπτυξη του νεογνού. Ωστόσο, ορισμένες βιταμίνες δεν περιέχονται σε μεγάλο βαθμό όπως άλλες. Οι δύο κύριες βιταμίνες οι οποίες περιέχονται σε μικρότερο βαθμό στο μητρικό γάλα είναι η Κ και η D. Τα βρέφη που τρέφονται αποκλειστικά με μητρικό γάλα λαμβάνουν τη βιταμίνη D σε χαμηλότερο βαθμό από την προτεινόμενη πρόσληψη βιταμίνης και σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από το συνιστάμενο διατροφικό επίπεδο. Τα βρέφη αυτά βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο εμφάνισης έλλειψης βιταμίνης D και προτείνεται η συμπλήρωση της βιταμίνης αυτής στη διατροφή της μητέρας (Guo, 2014).

Βιοενεργά συστατικά

Το ανθρώπινο μητρικό γάλα περιέχει πολλά βιοενεργά συστατικά και μεταλλικά στοιχεία. Στα βιοενεργά συστατικά περιλαμβάνονται χημικά στοιχεία όπως είναι οι ορμόνες, οι παράγοντες ανάπτυξης και οι ανοσοποιητικοί παράγοντες. Οι παράγοντες ανάπτυξης που περιέχει το ανθρώπινο μητρικό γάλα χαρακτηρίζονται από μεγάλο εύρος επιδράσεων που αφορούν στο γαστρεντερικό, το ενδοκρινικό, το αγγειακό και το νευρικό σύστημα. Ένας από τους παράγοντες αυτούς είναι ο EGF, ο οποίος είναι ανθεκτικός στο χαμηλό pH και στα πεπτικά ένζυμα. Η ιδιότητα αυτή του παράγοντα ανάπτυξης συντελεί στους προστατευτικούς μηχανισμούς δράσης που έχει στο έντερο του βρέφους (Gregory & Walker, 2013). Ακόμα, στους παράγοντες ανάπτυξης περιλαμβάνονται και παράγοντες με νευρολογική δράση, όπως είναι ο παράγοντας BDNF και παράγοντες που ενισχύουν την ανάπτυξη του καρδιαγγειακού συστήματος, όπως είναι παράγοντας του αγγειακού ενδοθηλίου. Ανάμεσα στις ορμόνες που περιλαμβάνονται στο ανθρώπινο μητρικό γάλα πρωταγωνιστικό ρόλο έχει η ερυθροποιητίνη η οποία σχετίζεται με την ανάπτυξη των ερυθρών κυττάρων του αίματος. Επίσης, σημαντικό ρόλο έχει και η αδιπονεκτίνη, η οποία εμπλέκεται στη λειτουργία του μεταβολισμού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Στους ανοσοποιητικούς παράγοντες εμπεριέχονται τα κύτταρα που συνθέτουν το μητρικό γάλα όπως είναι τα μακροφάγα, πεπτιδία, όπως είναι οι κυτοκίνες που βοηθούν την επικοινωνία μεταξύ των κυττάρων και προστατευτικοί παράγοντες από τις λοιμώξεις (Medforth et al., 2011).

Τα μεταλλικά στοιχεία συμβάλουν στην ολοκλήρωση μίας σειράς φυσιολογικών λειτουργιών ενώ αποτελούν βασικά μέρη πολλών ενζύμων. Ακόμα, τα μεταλλικά στοιχεία

κατέχουν βιολογική σημασία διότι εμπλέκονται στην ανάπτυξη των βιολογικών δομών και των μορίων. Τα μεταλλικά στοιχεία που παρατηρούνται σε σημαντική συγκέντρωση στο ανθρώπινο μητρικό γάλα είναι το νάτριο, το χλώριο και το μαγνήσιο. Τα τρία αυτά στοιχεία εμφανίζονται σε υψηλά επίπεδα στο πρωτόγαλα, ενώ άλλα μεταλλικά στοιχεία όπως είναι το κάλιο βρίσκονται σε χαμηλότερη συγκέντρωση στο πρωτόγαλα σε σύγκριση με το ώριμο γάλα. Η παρουσία των μεταλλικών στοιχείων και των υπόλοιπων συστατικών που περιγράφονται στις προηγούμενες παραγράφους συνθέτουν την εικόνα του ανθρώπινου μητρικού γάλακτος (Bauer & Gerstl, 2011).

4.2 Οι παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό γάλα

Το μητρικό γάλα και η ποιότητα αυτού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά και τον τρόπο ζωής της μητέρας και του βρέφους. Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ο οποίος επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το μητρικό γάλα που λαμβάνει το βρέφος είναι η διατροφή της μητέρας, ενώ σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει και ο γενικός τρόπος ζωής που αυτή ακολουθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλακτογένεσης (Stam, 2013).

Η διατροφή της μητέρας μελετάται από την επιστημονική κοινότητα προκειμένου να αποσαφηνιστεί ο ακριβής τρόπος που επηρεάζεται το γάλα που παράγει. Αυτό που καταγράφεται είναι ότι η διατροφή της μητέρας και συγκεκριμένα η ποσότητα των λιπαρών που εκείνη λαμβάνει ασκεί επιδράσεις στο γάλα. Πιο αναλυτικά, τα λιπαρά οξέα που υπάρχουν στο μητρικό γάλα φαίνεται ότι εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τα λιπαρά που λαμβάνει η μητέρα. Για παράδειγμα, η ποσότητα των ακόρεστων λιπαρών που λαμβάνει μία μητέρα επιδρούν αρνητικά στα λιπαρά που λαμβάνει το βρέφος μέσα από το μητρικό γάλα. Αυτό που σημειώνεται είναι ότι οι γυναίκες που καταναλώνουν τροφές υψηλές σε ακόρεστα λιπαρά παράγουν γάλα το οποίο επίσης παρουσιάζει υψηλή συγκέντρωση ακόρεστων λιπαρών. Η αλλαγή αυτή στη σύσταση του μητρικού γάλακτος γεννά την ανησυχία των ερευνητών καθώς σχετίζεται με την εμφάνιση αλλαγών στο μεταβολισμό των λιπιδίων από το βρέφος και την εκδήλωση ασυνήθιστων ισομερών λιπαρών οξέων στους ιστούς του βρέφους (Innis, 2007).

Η διατροφή της μητέρας και ο τρόπος ζωής που αυτή ακολουθεί κατά τη διάρκεια της γαλουχίας επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα του γάλακτος που παράγεται. Στο πλαίσιο της μελέτης του τρόπου ζωής της μητέρας δίνεται μεγάλη προσοχή στις ανθυγιεινές συνήθειες που εκείνη μπορεί να έχει κατά τη διάρκεια της λακτογένεσης. Για παράδειγμα, οι Bachour et al. (2012) ερευνούν τις επιδράσεις που έχει το κάπνισμα στη

σύσταση του μητρικού γάλακτος. Στα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφεται ότι το γάλα των καπνιστών περιέχει λιγότερα λιπίδια και πρωτεΐνες χωρίς όμως να παρατηρούνται αλλαγές στην πυκνότητα του γάλακτος. Στην ίδια έρευνα αναδεικνύεται και η σημασία που έχει ένας ακόμα παράγοντας στην ποιότητα του μητρικού γάλακτος. Ο παράγοντας αυτός είναι το σωματικό βάρος των μητέρων. Αυτό που διατυπώνεται είναι ότι το γάλα των γυναικών που είναι υπέρβαρες χαρακτηρίζεται από χαμηλότερη περιεκτικότητα πρωτεϊνών σε σχέση με το γάλα των γυναικών φυσιολογικού σωματικού βάρους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής της μητέρας επηρεάζει την ποιότητα του μητρικού γάλακτος και άρα την ανάπτυξη του βρέφους που το λαμβάνει (Bachour et al., 2012).

Ένας ακόμα παράγοντας που σχετίζεται με τη μητέρα και επιδρά στην ποιότητα του γάλακτος που παράγει είναι το σωματικό βάρος αυτής. Μία από τις έρευνες που εξετάζει τον παράγοντα αυτό είναι εκείνη των Ali et al. (2013). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 50 μητέρες οι οποίες είχαν είτε φυσιολογικό σωματικό βάρος είτε ήταν παχύσαρκες. Στα αποτελέσματα της έρευνας αναφέρεται ότι το γάλα των γυναικών που ήταν υπέρβαρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλακτογένεσης είχαν χαμηλότερη συγκέντρωση πολυαμινών στο γάλα τους σε σύγκριση με τις γυναίκες φυσιολογικού σωματικού βάρους. Τα χαμηλά επίπεδα των πολυαμινών σχετίζονται με τις διατροφικές συνήθειες των γυναικών, οι οποίες επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα του γάλακτος που παράγουν.

Επιπρόσθετα, οι παράγοντες που επηρεάζουν το μητρικό γάλα και τα αποτελέσματα που έχει αυτό στο βρέφος αφορούν και τα χαρακτηριστικά που φέρει το βρέφος. Ένας από τους παράγοντες που σχετίζεται με το βρέφος και φαίνεται να επηρεάζει την κατανάλωση και τα αποτελέσματα του μητρικού γάλακτος είναι το φύλο. Στην έρευνα των Powe et al. (2010) εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του μητρικού γάλακτος των γυναικών που θηλάζουν βρέφη ηλικίας από δύο μέχρι πέντε μηνών. Ανάμεσα στους παράγοντες που εξετάζονται είναι το μοτίβο θηλασμού, το φύλο του βρέφους και η ανάπτυξη του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στα αποτελέσματα της έρευνας καταγράφεται ότι οι γυναίκες που έχουν αγόρι εκκρίνουν γάλα το οποίο είναι υψηλότερο κατά 25% σε ενέργεια σε σύγκριση με το γάλα που εκκρίνουν οι γυναίκες με κορίτσι. Ακόμα, η ανάπτυξη του στήθους σχετίζεται θετικά με την έκκριση γάλακτος με μεγαλύτερη ενεργειακή αξία, χωρίς ο παράγοντας αυτός να επηρεάζεται από το φύλο του βρέφους. Η διαφορά στη σύσταση του γάλακτος που λαμβάνουν τα δύο φύλα έχει σαν

αποτέλεσμα την εκδήλωση διαφορών στην ανάπτυξη τους. Αυτό που διατυπώνεται στα αποτελέσματα της έρευνας είναι ότι τα αγόρια είναι περισσότερο αναπτυγμένα σε σχέση με τα κορίτσια. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το φύλο του βρέφους είναι ένας από τους παράγοντες που επηρεάζει την ποιότητα του μητρικού γάλακτος (Powe et al., 2010).

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνονται ορατοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του γάλακτος που παράγουν οι μητέρες και λαμβάνεται από τα βρέφη. Οι παράγοντες που σχετίζονται με τη διατροφή και τη σωματική υγεία της μητέρας φαίνεται ότι είναι καθοριστικοί καθώς επηρεάζουν σημαντικά τη σύσταση του μητρικού γάλακτος. Το μητρικό γάλα που λαμβάνει το βρέφος επιδρά στην ανάπτυξη αυτού στη βρεφική ηλικία αλλά και στη μετέπειτα ζωή του (Woo et al., 2009).

Κεφάλαιο 5: Παράγοντες που ενισχύουν το θηλασμό

Η προώθηση του μητρικού θηλασμού αποτελεί μία από τις προτεραιότητες των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας που αναλαμβάνουν τη φροντίδα των γυναικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά από τον τοκετό φαίνεται ότι αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού.

Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ενίσχυση του θηλασμού είναι ορατός σε ερευνητικό επίπεδο. Μία από τις έρευνες που τονίζουν το κομβικό αυτό ρόλο είναι εκείνη των Oakley et al. (2014) η οποία διεξήχθη στην Αγγλία. Στην έρευνα συμμετείχαν 3840 γυναίκες που αξιολογήθηκαν σε σχέση με τους παράγοντες που επηρέασαν την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού. Στα αποτελέσματα της μελέτης αναφέρεται ότι οι γυναίκες που εκπαιδεύτηκαν από τους επαγγελματίες υγείας για το θηλασμό παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια σε σχέση με εκείνες που δεν έλαβαν ενημέρωση. Οι γυναίκες αυτές επισήμαναν τη μεγάλη σημασία που είχε η υποστήριξη που έλαβαν από τις μαίες. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν αυτό που ενίσχυσε την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού στις γυναίκες της έρευνας.

Οι γυναίκες που ξεκινούν το θηλασμό έχουν ανάγκη να λαμβάνουν υποστήριξη τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από το οικογενειακό ή και φιλικό τους πλαίσιο. Η λήψη υποστήριξης από τους σημαντικούς άλλους της μητέρας σχετίζεται με την ενίσχυση του θηλασμού. Η θετική αυτή επίδραση της υποστήριξης του περιβάλλοντος

παρουσιάζεται στην έρευνα των Wambach και Cohen (2009) στην οποία μελετώνται οι εμπειρίες θηλασμού των μητέρων που διανύουν την εφηβεία (14-18 ετών). Η έρευνα βασίζεται στην ποιοτική μεθοδολογία και τα δεδομένα συλλέγονται μέσω των ομάδων εστίασης και των ημιδομημένων συνεντεύξεων. Από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων προκύπτει ότι οι νεαρές γυναίκες επέλεξαν να θηλάσουν για τα οφέλη της πρακτικής στην υγεία του βρέφους και στην ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με τη μητέρα. Οι γυναίκες αναφέρουν θετικές εμπειρίες από το θηλασμό οι οποίες σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την υποστήριξη που έλαβαν από το οικογενειακό τους περιβάλλον και από το σύντροφο ή και σύζυγο τους. Οι θετικές επιδράσεις που ασκεί η λήψη υποστήριξης στο μητρικό θηλασμό τονίζονται και στη μελέτη των Ku και Chow (2010) που διεξήχθη στο Χονγκ Κονγκ. Αυτό που αναφέρεται είναι ότι οι μητέρες που ζουν στο ίδιο σπίτι με την πεθερά τους και έχουν υψηλό οικονομικό εισόδημα εμφανίζουν υψηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα αναφορικά με το θηλασμό. Οι γυναίκες αυτές λαμβάνουν υποστήριξη από την πεθερά τους η οποία τις βοηθά στο θηλασμό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι μητέρες να νιώθουν περισσότερο σίγουρες για τον εαυτό τους και να θηλάζουν αποκλειστικά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με εκείνες που δεν κατοικούν με την πεθερά τους και άρα δε λαμβάνουν υποστήριξη. Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να έχει και ο σύντροφος/σύζυγος της μητέρας που θηλάζει. Σύμφωνα με τους Brown et al. (2011) οι σύζυγοι παρέχουν πολύτιμη κοινωνική υποστήριξη στις μητέρες η οποία ενισχύει τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Ένας ακόμα παράγοντας που ενισχύει την πρακτική του μητρικού θηλασμού και τη διάρκεια αυτής είναι τα δημογραφικά στοιχεία των γυναικών. Στη συστηματική ανασκόπηση των Meedya et al. (2010) διατυπώνεται ότι οι κύριοι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τη διάρκεια του θηλασμού είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και το οικονομικό επίπεδο. Ειδικότερα, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, που είναι παντρεμένες, έχουν υψηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο σχετίζονται με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Στο πλαίσιο των δημογραφικών-κοινωνικών χαρακτηριστικών που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό μελετάται και το πολιτισμικό υπόβαθρο των γυναικών. Στην έρευνα των Tavoulari et al. (2015) εξετάζεται η επίδραση που έχει η μετανάστευση στην πρακτική του μητρικού θηλασμού. Η έρευνα έχει διεξαχθεί σε δείγμα από την Ελλάδα με τη συμμετοχή 428 γυναικών. Ο μητρικός θηλασμός εξετάστηκε με τη χρήση δομημένων ερωτήσεων και

τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το να είναι η μητέρα μετανάστης σχετίζεται θετικά με την έναρξη του αποκλειστικού θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, οι μετανάστες μητέρες έχουν λιγότερες πιθανότητες να σταματήσουν νωρίτερα τον αποκλειστικό θηλασμό από τις γυναίκες που δεν είναι μετανάστριες. Επομένως, η κατάσταση της μετανάστευσης είναι πιθανό να συμβάλει θετικά στην πρακτική του αποκλειστικού θηλασμού και τη μεγαλύτερη διάρκεια αυτού.

Επιπρόσθετα, ένας παράγοντας ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού μπορεί να είναι η ολιγομελής οικογένεια. Σύμφωνα με τους Uchendu et al. (2009) οι γυναίκες που έχουν μόνο ένα παιδί είναι περισσότερο πιθανό να θηλάσουν σε σύγκριση με τις γυναίκες που έχουν περισσότερα παιδιά. Οι μητέρες ενός μόνο παιδιού έχουν περισσότερο χρόνο τον οποίο μπορούν να το διαθέσουν στο θηλασμό σε σχέση με τις πολύτεκνες μητέρες. Από την άλλη μεριά, οι πολύτεκνες μητέρες είναι περισσότερο πιθανό να θηλάσουν το νεογέννητο βρέφος από εκείνες που γίνονται πρώτη φορά μητέρες. Αυτό συμβαίνει καθώς οι γυναίκες που δε γεννούν πρώτη φορά είναι εξοικειωμένες με το θηλασμό, έχουν αποκτήσει εμπειρίες και νιώθουν περισσότερο σίγουρες για τον εαυτό τους σε σχέση με εκείνες που δεν έχουν καμία σχετική εμπειρία. Επομένως, ο αριθμός των παιδιών μπορεί να επηρεάσει με διαφορετικό τρόπο την κάθε μητέρα και να ενισχύσει την πρακτική του μητρικού θηλασμού (McInnes et al., 2001).

Ακόμα, ο μητρικός θηλασμός και η διάρκεια του μπορεί να ενισχυθεί από τη ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται η μητέρα. Στην περίπτωση που η γυναίκα βιώνει θετικά συναισθήματα και είναι σίγουρη για τον εαυτό της τότε επιλέγει να θηλάσει αποκλειστικά. Οι ισχυρισμοί αυτοί αποδεικνύονται στην έρευνα των O'Brien et al. (2008) που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία. Στην έρευνα καταγράφεται ότι η διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται θετικά με τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της μητέρας όπως είναι η αισιοδοξία, η αυτο-αποτελεσματικότητα για το θηλασμό, η πίστη στα οφέλη του μητρικού γάλακτος και οι θετικές προσδοκίες για το θηλασμό. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες που αφενός αντιμετωπίζουν θετικά το θηλασμό και αφετέρου διατηρούν θετική αίσθηση για αυτόν θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις υπόλοιπες.

Τέλος, ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που ενισχύει την πρακτική του μητρικού θηλασμού είναι η πρόθεση και οι στάσεις που διατηρούν οι γυναίκες πριν και μετά τον τοκετό. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι οι γυναίκες που έχουν αποφασίσει να θηλάσουν πριν από τον τοκετό καθώς αναγνωρίζουν τα θετικά οφέλη που έχει αυτή η πρακτική

έχουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σύγκριση με τις γυναίκες που διατηρούν αρνητικές στάσεις. Επομένως, οι αντιλήψεις που διατηρούν οι γυναίκες για το θηλασμό επηρεάζουν τελικά και τη συμπεριφορά αυτών (Wilhelm et al., 2008).

Κεφάλαιο 6: Παράγοντες που περιορίζουν το θηλασμό

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μία φυσική διαδικασία η πρακτική εφαρμογή της οποίας επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Η μελέτη των παραγόντων που συμβάλουν αρνητικά στην έναρξη ή τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού είναι αναγκαίο να πραγματοποιείται προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα εμπόδια των γυναικών (Brand et al., 2011).

Ανάμεσα στους παράγοντες που περιορίζουν το μητρικό θηλασμό και συγκεκριμένα την έναρξη αυτού εμφανίζεται ο τοκετός με καισαρική. Η καισαρική επέμβαση αποτελεί μία χειρουργική διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερο χρόνο ανάρρωσης σε σχέση με το φυσιολογικό τοκετό. Επίσης, η καισαρική μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στη γυναίκα, όπως είναι ο πόνος, απώλεια της κινητικής δραστηριότητας, λοιμώξεις και αιμορραγία. Τα χαρακτηριστικά αυτά του τοκετού με καισαρική φαίνεται ότι μπορεί να σταθούν εμπόδιο στην έναρξη του μητρικού θηλασμού και κατ' επέκταση στην επικράτηση του αποκλειστικού θηλασμού (Prior et al., 2012). Η σχέση που υπάρχει μεταξύ της καισαρικής και του θηλασμού μελετάται από τους Peres-Rios et al. (2008). Στην έρευνα συμμετείχαν 1695 γυναίκες από 15 έως και 49 ετών οι οποίες διαμένουν στο Πουέρτο Ρίκο. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι το 36% των γυναικών γέννησε με καισαρική. Από τις γυναίκες αυτές το 61,5% κατάφεραν να ξεκινήσουν το θηλασμό χωρίς να αναφέρονται στοιχεία σε σχέση με τη διάρκεια αυτού. Το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν μετά από τη καισαρική είναι χαμηλό με τους ειδικούς να τονίζουν την ανάγκη εφαρμογής παρεμβάσεων ενημέρωσης και εκπαίδευσης των γυναικών αυτών ως προς το θηλασμό.

Η ανασταλτική επίδραση που έχει η καισαρική στο μητρικό θηλασμό παρουσιάζεται και στην έρευνα των Orun et al. (2010) η οποία διεξήχθη στην Τουρκία. Ο σκοπός της έρευνας είναι η μελέτη των παραγόντων που παρεμποδίζουν το μητρικό θηλασμό σε ένα νοσοκομείο της Τουρκίας που είναι “Φιλικό προς τα Βρέφη”. Στην έρευνα συμμετείχαν 577 μητέρες οι οποίες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο σε σχέση με τους παράγοντες

που συνέβαλαν να θηλάσουν μία και δύο ώρες μετά τον τοκετό. Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι πέρα από την καισαρική, οι γυναίκες δυσκολεύτηκαν να θηλάσουν αμέσως εξαιτίας των προβλημάτων υγείας που είχαν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (αναιμία) και του πρόωρου τοκετού. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής αναδεικνύουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία της μητέρας και παρεμποδίζουν την έναρξη του θηλασμού.

Επιπλέον, η διάρκεια του μητρικού θηλασμού επηρεάζεται αρνητικά από παράγοντες που σχετίζονται με τη σωματική υγεία της μητέρας και του βρέφους. Σύμφωνα με τους Odom et al. (2013) σε ορισμένες περιπτώσεις οι γυναίκες σταματούν το θηλασμό σε μικρότερο χρονικό διάστημα από εκείνο που υπολόγιζαν εξ αρχής εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Στις δυσκολίες αυτές περιλαμβάνονται η διακοπή της γαλουχίας ή η έκκριση μικρής ποσότητας γάλακτος, η υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους του βρέφους και η ασθένεια της γυναίκας που την αναγκάζει να λάβει φαρμακευτική αγωγή. Η εκδήλωση αυτών των εμποδίων οδηγεί στην εγκατάλειψη του μητρικού θηλασμού ακόμα και στις περιπτώσεις που η γυναίκα επιθυμεί να συνεχίσει.

Επιπρόσθετα, στη μελέτη των εμποδίων που παρουσιάζονται στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού εντοπίζεται και η επαγγελματική κατάσταση της μητέρας. Σύμφωνα με τον Emmanuel (2015) οι εργαζόμενες μητέρες είναι πιθανό να σταματήσουν πρόωρα το μητρικό θηλασμό ενώ περισσότερες πιθανότητες εγκατάλειψης της πρακτικής έχουν οι γυναίκες που το εργασιακό τους περιβάλλον δεν υποστηρίζει το θηλασμό. Στην έρευνα των Jager et al. (2012) τονίζεται ότι η επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει το θηλασμό καθώς οι γυναίκες αντιμετωπίζουν προκλήσεις στην προσπάθεια τους να τηρήσουν τις κατάλληλες διατροφικές πρακτικές για τα βρέφη ενώ εργάζονται. Οι γυναίκες που δεν εργάζονται έχουν περισσότερες πιθανότητες να μην εγκαταλείψουν τον αποκλειστικό θηλασμό σε σχέση με τις εργαζόμενες.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά το μητρικό θηλασμό και τη διάρκεια αυτού μελετώνται και από την ελληνική επιστημονική κοινότητα. Μία από τις σύγχρονες ελληνικές μελέτες είναι εκείνη των Tavoulari et al. (2016). Στην έρευνα συμμετείχαν 438 μητέρες οι οποίες αξιολογήθηκαν σε σχέση με τη διάρκεια του θηλασμού. Το 87,5% των γυναικών θήλασε τον πρώτο μήνα, το 57% θήλασε μέχρι και το δεύτερο μήνα και το 38,75% θήλασε μέχρι και τον έκτο μήνα της ζωής του παιδιού. Οι παράγοντες που

σχετίστηκαν πιο ισχυρά με τη διακοπή του μητρικού θηλασμού είναι η χρήση νικοτίνης (κάπνισμα), η κακή ψυχολογική κατάσταση της μητέρας και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γυναικών.

Μία άλλη έρευνα που διεξάγεται στην Ελλάδα και αναφέρεται στους παράγοντες που παρεμποδίζουν το μητρικό θηλασμό είναι εκείνη των Douglas et al. (2009). Η μελέτη εστιάζει στο ρόλο που έχει το μαιευτήριο και οι πρακτικές που εφαρμόζονται σε αυτό στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν. Στην έρευνα συμμετείχαν 140 μητέρες που κατοικούσαν στην Αθήνα και είχαν γεννήσει πρόσφατα. Στα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται αν και οι γυναίκες είχαν αποφασίσει να θηλάσουν στο μαιευτήριο χορηγήθηκε τεχνητό γάλα στα βρέφη. Επίσης, σημειώνεται ότι το 90% των γυναικών που γέννησαν σε δημόσιο νοσοκομείο αναφέρουν ότι οι γιατροί υποστηρίζουν το μητρικό θηλασμό ενώ το ποσοστό αυτό είναι 60% στις γυναίκες που γέννησαν σε ιδιωτική κλινική. Οι πρακτικές και οι στάσεις των επαγγελματιών υγείας είναι πιθανό να επηρεάσουν αρνητικά την απόφαση της μητέρας για το θηλασμό.

Τέλος, ένας σημαντικός παράγοντας που στέκεται εμπόδιο στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό είναι το τεχνητό γάλα. Η προώθηση του τεχνητού γάλακτος από τους επαγγελματίες υγείας και τα ΜΜΕ οδηγεί τις γυναίκες στη διακοπή του θηλασμού. Η χορήγηση του τεχνητού γάλακτος αποτελεί μία εύκολη και καθόλου απαιτητική πρακτική η οποία πραγματοποιείται από πολλές μητέρες. Οι λόγοι που οδηγούν τη μητέρα σε αυτήν την πρακτική είναι κατανοητοί. Παρόλα αυτά η διακοπή του αποκλειστικού θηλασμού μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία του βρέφους (Neifert & Bunik, 2013).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 7 : Η μεθοδολογία της έρευνας

Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται η μεθοδολογία που χρησιμοποιείται για τη διεξαγωγή της εμπειρικής μελέτης (έρευνας) με σκοπό να μελετηθεί το φαινόμενο του μητρικού θηλασμού μέσω των απόψεων και στάσεων νέων μητέρων. Αναλυτικότερα, αναφέρεται ο ερευνητικός σκοπός και οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι. Επίσης, γίνεται λόγος για τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και περιγράφεται με λεπτομέρεια το ερευνητικό εργαλείο, το οποίο επισυνάπτεται αυτούσιο στο παράρτημα της εργασίας, καθώς και η αξιοπιστία του. Ακόμη, γίνεται αναφορά στο δείγμα της έρευνας και γνωστοποιείται η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων που προκύπτουν. Σε επόμενο κεφάλαιο, συντελείται η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της στατιστικής επεξεργασίας, τα οποία εμπλουτίζονται με επεξηγήσεις και προσωπικό σχόλιο.

Μεταξύ των ερευνητικών μεθόδων, ξεχωρίζουν ως κύριες μέθοδοι η ποσοτική, η ποιοτική ή η μεικτή έρευνα (Saunders, Lewis & Thornhill, 2009). Ως καταλληλότερη μέθοδος για την παρούσα ερευνητική εργασία, επιλέχθηκε η ποσοτική έρευνα η οποία συνδέεται άρρηκτα με την συλλογή δεδομένων από ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2006). Για τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας είναι απαραίτητη η επιλογή ενός ερευνητικού εργαλείου. Επομένως, αυτή επιτυγχάνεται είτε με χορήγηση ερωτηματολογίων είτε με την πραγματοποίηση δομημένων συνεντεύξεων. Στην εν λόγω περίπτωση, η ποσοτική έρευνα πραγματοποιείται μέσω ειδικά σχεδιασμένου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου που αφορά όλο το δείγμα και στοχεύει στην αξιολόγηση των υπό μελέτη χαρακτηριστικών του.

7.1 Η διαδικασία της έρευνας

Η ερευνητική διαδικασία ξεκίνησε τον Φεβρουάριο του 2019 και ολοκληρώθηκε τον Μάιο του ίδιου έτους. Συνεπώς, διήρκησε συνολικά τρεις μήνες. Πρωταρχικό στάδιο, αποτέλεσε η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αναφορικά με το μητρικό θηλασμό. Έπειτα, ακολούθησε η έγκριση της άδειας από τα νοσοκομεία του Ηρακλείου Κρήτης ΠαΓΝΗ και ΒΓΝΗ όπου βρίσκονται οι συμμετέχουσες μητέρες. Η άδεια της έρευνας επισυνάπτεται

στο παράρτημα. Στη συνέχεια, ακολούθησε η κατασκευή του ερωτηματολογίου βάσει των ευρημάτων της βιβλιογραφίας και του σκοπού της έρευνας. Ακολούθως έγινε η χορήγησή του στις υποψήφιες συμμετέχουσες και έπειτα η επιστροφή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων. Τέλος, έγινε η απαραίτητη καταχώρηση και επεξεργασία των δεδομένων για τη συγγραφή του ερευνητικού μέρους και των συμπερασμάτων που πηγάζουν από αυτό.

7.2 Ερευνητικός σκοπός και ερευνητικοί στόχοι

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και των πεποιθήσεων των γυναικών, οι οποίες έχουν τουλάχιστον ένα τέκνο, ως προς το μητρικό θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της έρευνας μοιράζεται σε τρία επιμέρους στόχους. Αρχικά, η έρευνα αποσκοπεί στη συλλογή των στάσεων οι οποίες αναπτύσσονται εκ μέρους των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό και τη διαπίστωση του βαθμού αναγνώρισης της σπουδαιότητάς και πρακτικής εφαρμογής του. Έπειτα, μελετά τις πεποιθήσεις των γυναικών ως προς την αξία αλλά και τα οφέλη του θηλασμού στο νεογνό. Τέλος, ερευνάται η συσχέτιση των στάσεων που διαμορφώνουν οι εγκυμονούσες και λεχώνες γυναίκες ως προς τον βαθμό συνειδητοποίησης της σπουδαιότητας του μητρικού θηλασμού.

7.2.1 Ερευνητικά ερωτήματα

Για την καλύτερη αποσαφήνιση του σκοπού και την επίτευξη των στόχων της έρευνας, τίθενται τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Σε τι βαθμό αναγνωρίζουν οι εγκυμονούσες και λεχώνες γυναίκες τη σπουδαιότητα του θηλασμού για τις ίδιες;
2. Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνειδητοποίηση της σπουδαιότητας του μητρικού θηλασμού ανάμεσα σε εγκυμονούσες και λεχώνες;

7.3 Ερευνητικό εργαλείο

Με απώτερο σκοπό τη συλλογή αξιόπιστων δεδομένων, σχεδίαση του εργαλείου της έρευνας αποτέλεσε μείζον ζήτημα για την παρούσα εργασία. Παράλληλα, το κατάλληλο εργαλείο θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη προηγούμενες έρευνες αλλά και να στηρίζεται σε έγκυρες βιβλιογραφικές πηγές (Franses & Paap, 2010). Ακόμη, το ερευνητικό εργαλείο

είναι ανάγκη να συνδέεται άμεσα με το σκοπό της έρευνας, τους επιμέρους στόχους αλλά και τα ερευνητικά ερωτήματα, προκειμένου να αξιοποιηθούν κατάλληλα τα συλλεγόμενα δεδομένα για την εξαγωγή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων.

Όπως προαναφέρθηκε στην εισαγωγή του κεφαλαίου, ως ερευνητικό εργαλείο συλλογής των δεδομένων της χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε αποκλειστικά σε εγκυμονούσες ή λεχώνες έπειτα από την έγκριση σχετικής άδειας από το νοσοκομείο και ήταν ανώνυμο. Οι υποψήφιας ενημερώθηκαν για την ύπαρξη άδειας η οποία διασφαλίζει την νομιμότητα της διαδικασίας, για την τήρηση της ανωνυμίας, για το γεγονός ότι καμία απάντηση δεν θεωρείται λάθος ή είναι κατακριτέα και πως θα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αυστηρά για την εξαγωγή συμπερασμάτων της οικείας μελέτης και σε καμία περίπτωση δε θα δημοσιευθούν για περαιτέρω σκοπούς. Επίσης, η συμπλήρωσή που απαιτούσε μόλις λίγα λεπτά. Μάλιστα, υπήρχε σχετική ενημερωτική επιστολή στην τελευταία σελίδα του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από συνολικά τριάντα δύο (32) ερωτήσεις κλειστού τύπου χωρισμένες σε τρεις (3) επιμέρους θεματικές ενότητες. Η επιλογή ερωτήσεων κλειστού τύπου, προσέδωσε ευκολότερη ταξινόμηση, κατηγοριοποίηση και επεξεργασία των απαντήσεων (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορούσε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών του δείγματος και περιλάμβανε επτά (7) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις σχετίζοντας με την ηλικία, τον τόπο διαμονής, το επίπεδο σπουδών, την εργασιακή κατάσταση, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό παιδιών και την παρούσα κατάσταση (έγκυος, λεχώνα) της γυναίκας.

Η δεύτερη ενότητα του εργαλείου περιλάμβανε δεκαοκτώ (18) ερωτήσεις κλειστού τύπου 5-βαθμιας κλίμακας Likert (1 = Καθόλου και 5 = Πάρα Πολύ) και μία (1) ερώτηση κλειστού τύπου, που εξέταζαν τις γνώσεις των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό.

Η τρίτη και τελευταία ενότητα του εργαλείου, περιλάμβανε τέσσερις (4) ερωτήσεις κλειστού τύπου, μια (1) ερώτηση 3 – βάθμιας κλίμακας τύπου Likert (1 = Ανεπαρκές, 3 = Επαρκές) και μια (1) ερώτηση σύντομης συμπλήρωσης. Η θεματική της τελευταίας ενότητας αφορούσε την πρακτική εφαρμογή του θηλασμού.

7.3.1 Αξιοπιστία εργαλείου

Ένα όργανο συλλογής δεδομένων, κρίνεται πως έχει υψηλού βαθμού αξιοπιστία όταν πετυχαίνει περίπου ίδιες μετρήσεις αναφορικά με ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα μεταξύ δυο διαφορετικών χορηγήσεων που πραγματοποιούνται κάτω από τις ίδιες συνθήκες (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2016). Εξ' αιτίας της δυσκολίας πραγματοποίησης της συγκεκριμένης μεθόδου ελέγχου της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, έγινε χρήση διαφορετικής μεθόδου. Συγκεκριμένα, μετρήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας και εσωτερικής συνάφειας Cronbach' alpha (α) για τις ερωτήσεις που βαθμολογήθηκαν σε διατακτική κλίμακα τύπου Likert. Στον Πίνακα 1, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του συγκεκριμένου συντελεστή. Για τις ερωτήσεις που αφορούν στην ενημέρωση/ συμβουλές των συμμετεχουσών για το θηλασμό, προέκυψε $\alpha = 0,55$, για τις ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις των συμμετεχουσών αναφορικά με το θηλασμό, προέκυψε $\alpha = 0,89$ και για τη χρονική διάρκεια θηλασμού προέκυψε $0,95$.

Πίνακας 1. Κατηγορία ερωτήσεων, αριθμός ερωτήσεις και τιμή συντελεστή α για τη μέτρηση του βαθμού αξιοπιστίας των ερωτήσεων διατακτικής κλίμακας του ερευνητικού εργαλείου

Κατηγορία ερωτήσεων	Αριθμός ερωτήσεων	Τιμή συντελεστή α
Ενημέρωση/συμβουλές	2	0,55
Γνώσεις για το θηλασμό	16	0,89
Χρονική διάρκεια θηλασμού	4	0,95

7.4 Το δείγμα

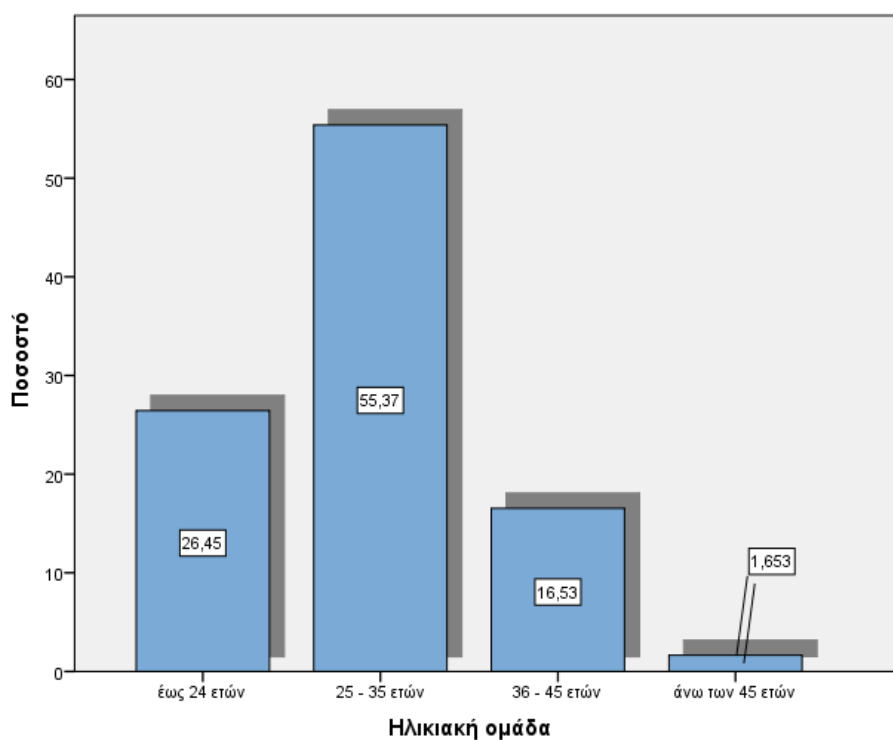
Η διαδικασία μέσω της οποίας συλλέγεται το κατάλληλο δείγμα για την εξαγωγή μιας έρευνας ονομάζεται δειγματοληψία (Παπαναστασίου & Παπαναστασίου, 2016). Υπάρχουν αρκετά διαφορετικά είδη δειγματοληψίας. Για τη συλλογή του απαιτούμενου αριθμού γυναικών που θα λάμβανε μέρος στην έρευνα δόθηκε σχετική άδεια από τα Νοσοκομεία ΠαΓΝΗ και ΒΓΝΗ. Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε εγκύους και λεχώνες το πιο πάνω χρονικό διάστημα. Υπήρξε ενημέρωση σχετικά με την τήρηση της ανωνυμίας στην έρευνα, τους σκοπούς διεξαγωγής της και για το γεγονός ότι η συμμετοχή ήταν εθελοντική.

Στην έρευνα, έλαβαν μέρος συνολικά 121 γυναίκες. Σύμφωνα με τον Πίνακα 2 και το Γράφημα 1, προκύπτει πως το 55,4% των γυναικών ($N = 67$) είχε ηλικία 25 – 35 ετών.

Περίπου το ένα τέταρτο των γυναικών (26,4%, N = 32) είχε ηλικία μέχρι 24 ετών και το 18,2% (N = 22) είχε ηλικία άνω των 36 ετών.

Πίνακας 2. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν

Ηλικιακή ομάδα	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
έως 24 ετών	32	26,4
25 - 35 ετών	67	55,4
36 - 45 ετών	20	16,5
άνω των 45 ετών	2	1,7
Σύνολο	121	100,0

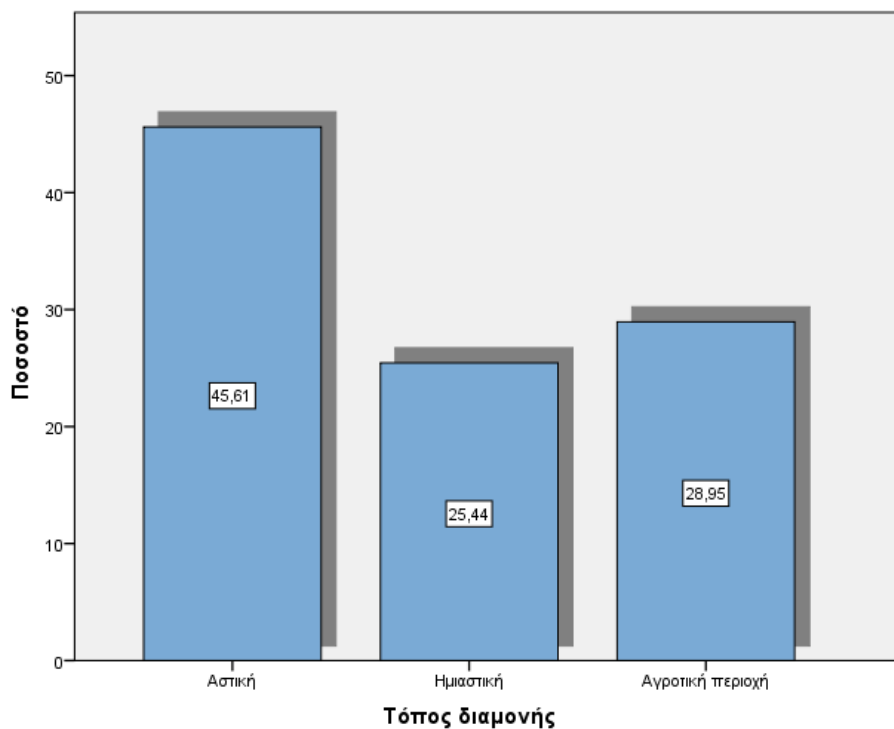


Γράφημα 1. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκουν

Οι 52 από τις 121 συμμετέχουσες (43%) κατοικούν σε αστική περιοχή, το 27,3% (N = 33) κατοικούν σε αγροτική περιοχή και το 24% (N = 29) σε ημιαστική. Από τις 121 συμμετέχουσες, οι 7 δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση (Πίνακας 3, Γράφημα 2).

Πίνακας 3. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον τόπο διαμονής τους

Τόπος διαμονής	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Αστική	52	43,0
Ημιαστική	29	24,0
Αγροτική περιοχή	33	27,3
Δ/Α	7	5,8
Σύνολο	121	100,0

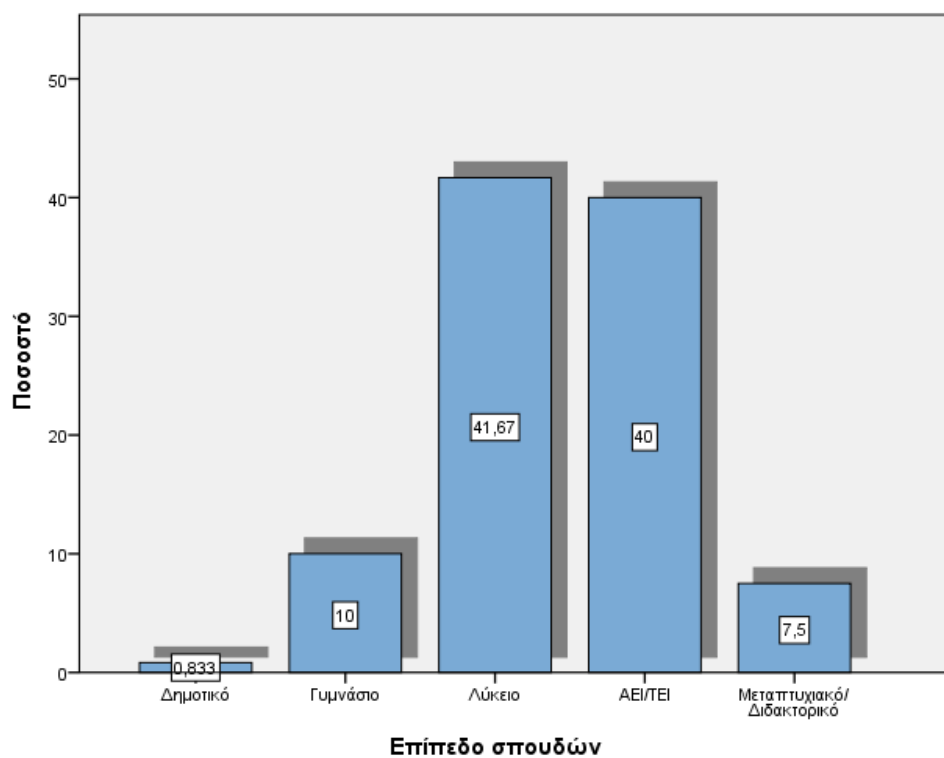


Γράφημα 2. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον τόπο διαμονής τους

Από τον Πίνακα 4 και το Γράφημα 3 προκύπτει πως το 41,7% (N = 50) είναι απόφοιτες λυκείου και το 40% (N = 48) είναι απόφοιτες ΑΕΙ/ΤΕΙ. Μόλις το 7,5% (N = 9) είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος και το 10,8% (N = 13) είναι απόφοιτες δημοτικού και γυμνασίου.

Πίνακας 4. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το επίπεδο σπουδών τους

Επίπεδο σπουδών	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Δημοτικό	1	0,8
Γυμνάσιο	12	10,0
Λύκειο	50	41,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	48	40,0
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	9	7,5
Δ/Α	1	0,8 < 0,05
Σύνολο	121	100,0

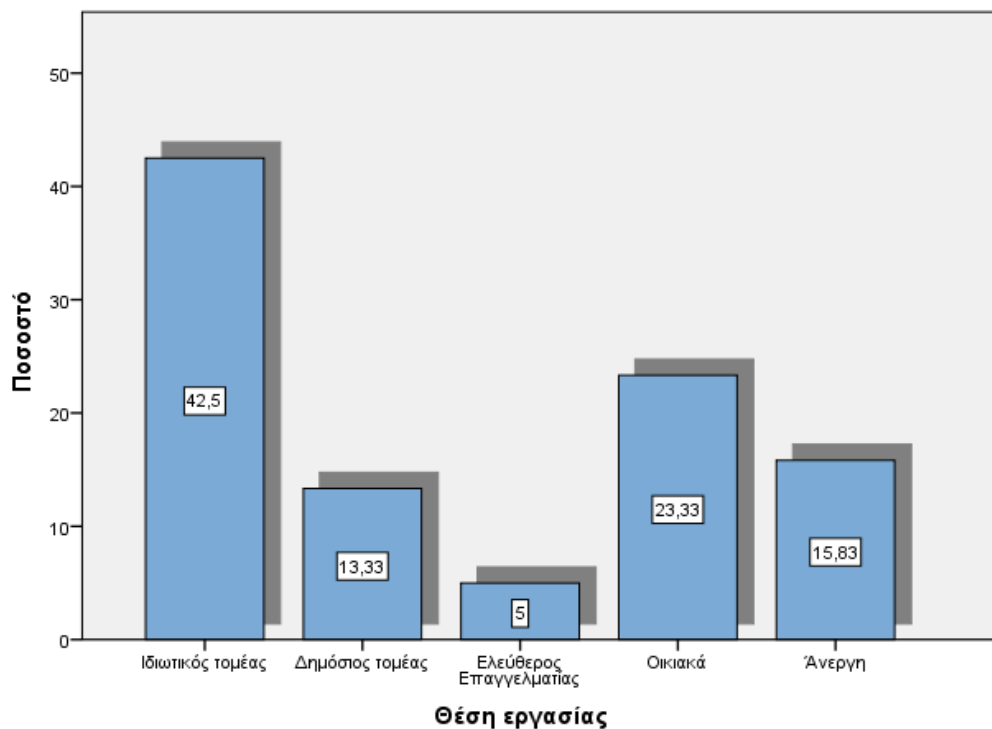


Γράφημα 3. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με το επίπεδο σπουδών τους

Αναφορικά με τη θέση εργασίας των 121 συμμετεχουσών στην έρευνα, οι περισσότερες από αυτές απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα (42,5%, 51) και αρκετές δηλώνουν «οικιακά» (23,3%, N = 28). Λιγότερες είναι άνεργες (15,8%, N = 19), απασχολούνται στο δημόσιο (13,3%, N = 16) ή είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (5%, N = 6) (Πίνακας 5, Γράφημα 4).

Πίνακας 5. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη θέση εργασίας τους

Θέση εργασίας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Ιδιωτικός τομέας	51	42,5
Δημόσιος τομέας	16	13,3
Ελεύθερος Επαγγελματίας	6	5,0
Οικιακά	28	23,3
Άνεργη	19	15,8
Δ/Α	1	0,8 < 0,05
Σύνολο	121	100,0

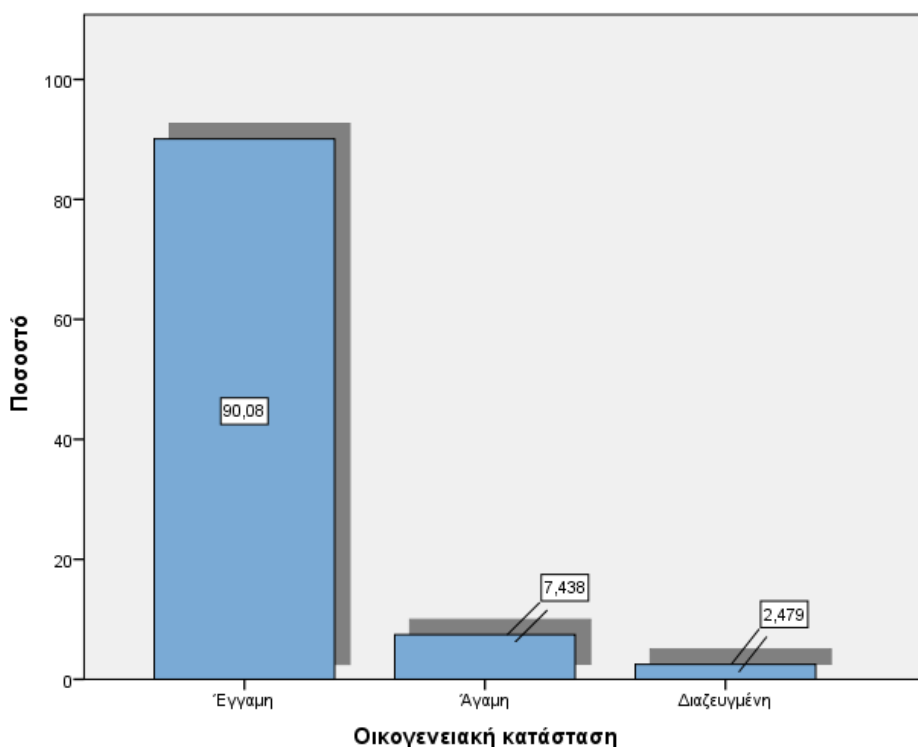


Γράφημα 4. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη θέση εργασίας τους

Ακόμη, από τα δεδομένα της έρευνας, προέκυψε πως η συντριπτική πλειοψηφία των 121 γυναικών, με ποσοστό 90,1% (N = 109) είναι έγγαμες. Μόλις 9 (7,4%) είναι άγαμες και 3 (2,5%) είναι διαζευγμένες (Πίνακας 6, Γράφημα 5).

Πίνακας 6. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Έγγαμη	109	90,1
Άγαμη	9	7,4
Διαζευγμένη	3	2,5
Σύνολο	121	100,0

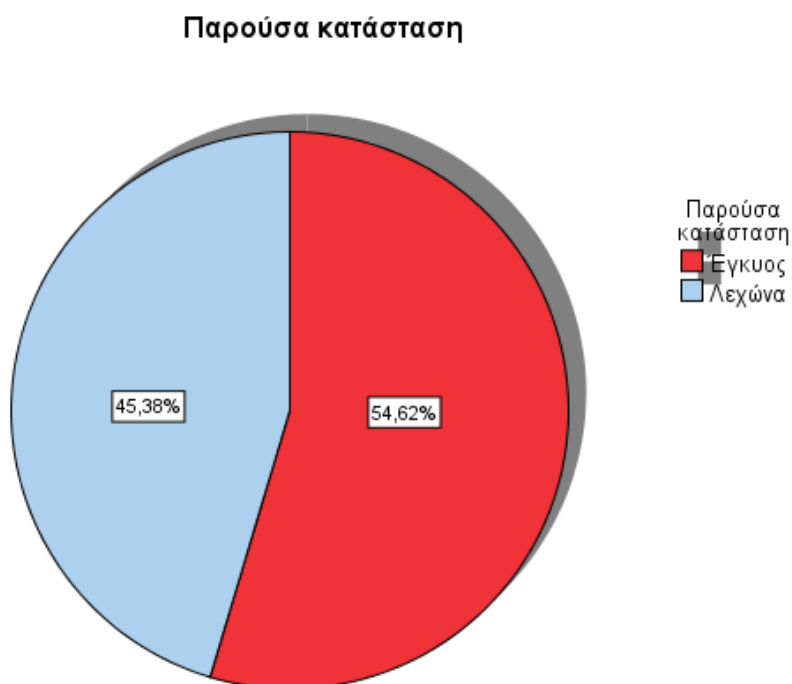


Γράφημα 5. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση

Στην παρούσα φάση, το 54,6% των γυναικών (N = 65) είναι σε ενδιαφέρουσα, ενώ το 45,4% (N = 54) είναι λεχώνες (Πίνακας 7, Γράφημα 6).

Πίνακας 7. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκονται

Θέση εργασίας	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Έγκυος	65	54,6
Λεχώνα	54	45,4
Δ/Α	2	1,7 < 0,05
Σύνολο	121	100,0



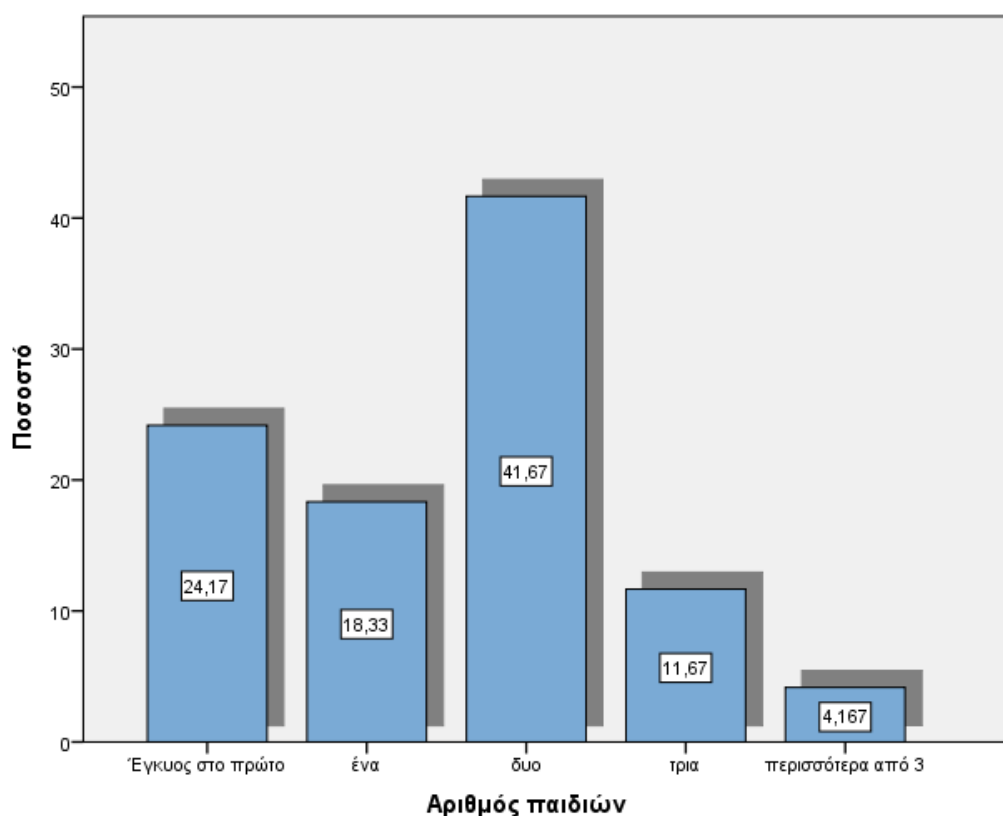
Γράφημα 6. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με την παρούσα κατάσταση στην οποία βρίσκονται

Τέλος, το 41,7% (N = 50) των γυναικών που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουν δυο παιδιά, το 24,2% (N = 29) των γυναικών είναι έγκυος στο πρώτο τους παιδί, το 18,3% (N = 22)

ένα παιδί, το 11,7% (N = 14) έχει τρία παιδιά και το 4,2% (N = 5) περισσότερα από τρία (Πίνακας 8, Γράφημα 7).

Πίνακας 8. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό παιδιών

Αριθμός παιδιών	Συχνότητα (N)	Σχετική συχνότητα (%)
Έγκυος στο πρώτο	29	24,2
ένα	22	18,3
δυο	50	41,7
τρία	14	11,7
περισσότερα από 3	5	4,2
Δ/Α	1	0,8 < 0,05
Σύνολο	121	100,0



Γράφημα 7. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) των απαντήσεων των συμμετεχόντων σχετικά με τον αριθμό παιδιών

7.5 Στατιστική επεξεργασία

Μετά την ολοκλήρωση της συλλογής των δεδομένων, ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των ευρημάτων. Οι απαντήσεις των επαρκώς συμπληρωμένων ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς κωδικοποιήθηκαν σε αρχείο excel και έπειτα επεξεργάστηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS version 21 (έκδοση windows). Αναλυτικά, πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω αναλύσεις:

- ❖ Έλεγχος αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου, με τον υπολογισμό του συντελεστή “Cronbach alpha” (Cronbach alpha reliability).
- ❖ Περιγραφική ανάλυση για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Συγκεκριμένα υπολογίστηκε συχνότητα (N) και το ποσοστό (%). Επίσης, δημιουργήθηκαν διαγράμματα για την οπτική παρουσίαση των έγκυρων ποσοστών. Για τις υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε ο μέσος όρος (M.O.) και η τυπική απόκλιση (T.A.).
- ❖ Έλεγχος t – test Independent για τη διερεύνησης ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν από τις εγκυμονούσες και τις λεχώνες γυναίκες του δείγματος.
- ❖ Διαδικασία ελέγχου διακύμανσης διασπορών μονής κατεύθυνσης (One Way ANOVA) και έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων Bonferroni για τη μελέτη της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών στις γνώσεις και τις στάσεις τους για το μητρικό θηλασμό.

Τέλος, σημειώνεται πως στις περιπτώσεις όπου το ποσοστό των ελλιπών απαντήσεων δεν ξεπερνούσε το 5%, τότε η ερμηνεία των αποτελεσμάτων πραγματοποιείται με βάση τα έγκυρα ποσοστά της κατανομής των απαντήσεων, καθώς και το γεγονός ότι για την αξιολόγηση ενός αποτελέσματος ως στατιστικά σημαντικό, τέθηκε ως οριακή τιμή το 0,05.

Κεφάλαιο 8: Αποτελέσματα

8.1 Γνώσεις γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό

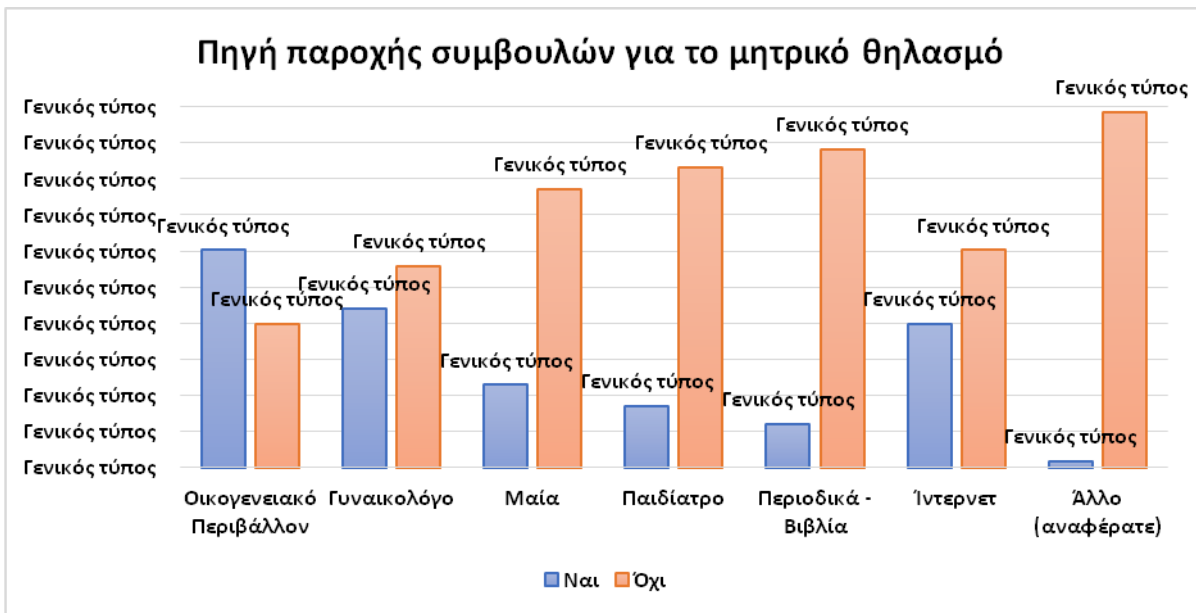
Σε πρώτο στάδιο, διερευνήθηκαν οι πηγές παροχής πληροφοριών προς τις γυναίκες του δείγματος για το μητρικό θηλασμό. Από τον Πίνακα 9 γίνεται φανερό πως οι γυναίκες του

δείγματος δέχτηκαν σε μέτριο βαθμό συμβουλές/ πληροφορίες ειδικών για τον θηλασμό (Μ.Ο. = 3,11, Τ.Α. = 1,53) και μέτρια προς πολύ συμβουλές/πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον τους.

Πίνακας 9. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%), μέσος όρος (Μ.Ο.) και τυπική απόκλιση (Τ.Α.) αναφορικά με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για τις πληροφορίες που δέχθηκαν για το μητρικό θηλασμό

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Μέσος όρος (Μ.Ο.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
1. Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	26 (22,6%)	18 (15,7%)	19 (16,5%)	21 (18,3%)	31 (27%)	3,11	1,53
2. Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	19 (16,1%)	11 (9,3%)	26 (22%)	28 (23,7%)	34 (28,8)	3,40	1,41

Ως πηγές πληροφόρησης για το μητρικό θηλασμό, αναδείχθηκε το οικογενειακό περιβάλλον, ο γυναικολόγος, η μαία, ο παιδίατρος, τα περιοδικά ή βιβλία το ίντερνετ αλλά και λοιπές πηγές (νύφη της γυναίκας και εξειδικευμένος σύμβουλος θηλασμού). Σύμφωνα με το Γράφημα 8, το 60,2% των γυναικών δέχθηκε συμβουλές από το οικογενειακό περιβάλλον, το 44,1% από ιατρό γυναικολόγο, το 39,8% από το διαδίκτυο, το 22,9% από μαίες, το 16,9% από παιδίατρο, το 11,9% από περιοδικά ή βιβλία και μόλις το 1,7% από άλλες πηγές παροχής πληροφοριών.



Γράφημα 8. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) για τις πηγές παροχής συμβουλών για το μητρικό θηλασμό

Στην πορεία, διερευνήθηκαν οι γνώσεις των γυναικών αναφορικά με το μητρικό θηλασμό και τα οφέλη του (Πίνακας 10). Για το σύνολο των απαντήσεων υπολογίστηκαν οι συχνότητες και σχετικές συχνότητες των απαντήσεων των γυναικών του δείγματος, καθώς επίσης και οι μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις αυτών. Από τους μέσους όρους απαντήσεων αποτυπώνεται ο βαθμός της γνώσεις των γυναικών αναφορικά με την κάθε δήλωση. Έτσι, οι γυναίκες συμφωνούν πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη τόσο στο βρέφος αλλά και τη μητέρα (Μ.Ο. = 4,82, Τ.Α. = 0,48). Ακόμη προκύπτει πως οι γυναίκες πιστεύουν πολύ προς πάρα πολύ πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο (Μ.Ο. = 4,69, Τ.Α. = 0,72). Γνωρίζουν σε πολύ προς πάρα πολύ μεγάλο βαθμό πως οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμούς με το μωρό τους (Μ.Ο. = 4,48, Τ.Α. = 0,94) και γνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό (πολύ) πως οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν σπανιότερα καρκίνο του μαστού (Μ.Ο. = 4,15, Τ.Α. = 1,12). Επιπλέον, οι γυναίκες δεν υποστηρίζουν την άποψη πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από εκείνο του εμπορίου (Μ.Ο. = 1,91, Τ.Α. = 1,27). Στις υπόλοιπες ερωτήσεις, οι γνώσεις των γυναικών απέδειξαν μέτρια γνώση αναφορικά με ζητήματα μητρικού θηλασμού (Μ.Ο. ≈ 3).

Πίνακας 10. Κατανομή συχνοτήτων (N) και σχετικών συχνοτήτων (%), μέσος όρος (Μ.Ο.) και τυπική απόκλιση (Τ.Α.) αναφορικά με τις γνώσεις των συμμετεχόντων για το μητρικό θηλασμό

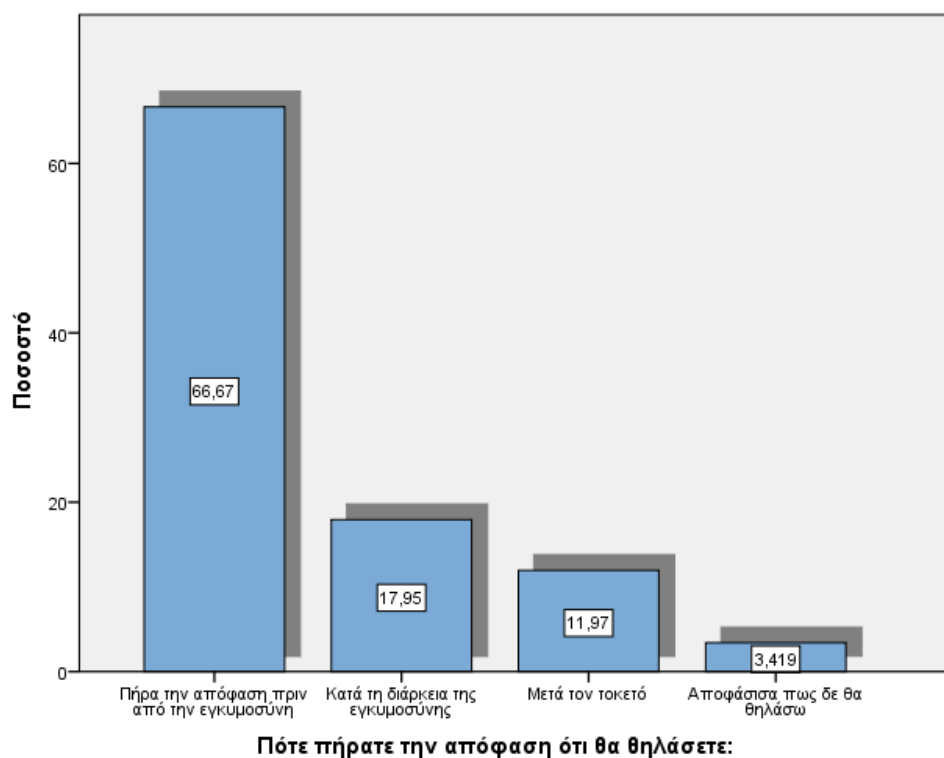
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	Μέσος όρος (Μ.Ο.)	Τυπική απόκλιση (Τ.Α.)
4. Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	-	-	5 (4,2%)	11 (9,2%)	103 (86,6%)	4,82	0,48
5. Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	1 (0,8%)	2 (1,7%)	6 (5,1%)	14 (11,9%)	95 (80,5%)	4,69	0,72
6. Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	66 (55,9%)	21 (17,81%)	17 (14,4%)	4 (3,4%)	10 (8,5%)	<u>1,91</u>	1,27
7. Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	13 (11%)	11 (9,3%)	27 (22,9%)	27 (22,9%)	40 (33,9%)	3,59	1,34
8. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	8 (6,8%)	13 (11,1%)	32 (27,4%)	25 (21,4%)	39 (33,3%)	3,63	1,24
9. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	22 (18,6%)	18 (15,3%)	42 (35,6%)	15 (12,7%)	21 (17,8%)	2,96	1,32
10. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	19 (16,2%)	16 (13,7%)	33 (28,2%)	23 (19,7%)	26 (22,2%)	3,18	1,36
11. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	14 (11,9%)	12 (10,2%)	29 (24,6%)	24 (20,3%)	39 (33,1%)	3,53	1,36
12. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	16 (14%)	16 (14%)	35 (30,7%)	22 (19,3%)	25 (21,9%)	3,21	1,32
13. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	24 (20,5%)	9 (7,7%)	37 (31,6%)	19 (16,2%)	28 (23,9%)	3,15	1,42

14. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	10 (8,5%)	9 (7,7%)	21 (17,9%)	26 (22,2%)	51 (43,6%) ²	3,85	1,30
15. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	2 (1,7%)	5 (4,3%)	9 (7,8%)	19 (16,4%)	81 (69,8%)	4,48	0,94
16. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	15 (12,8%)	10 (8,5%)	23 (19,7%)	15 (12,8%)	54 (46,2%)	3,71	1,45
17. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	5 (4,3%)	5 (4,3%)	20 (17,2%)	24 (20,7%)	62 (53,4%)	4,15	1,12
18. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	14 (12,1%)	9 (7,8%)	24 (20,7%)	24 (20,7%)	45 (38,8%)	3,66	1,38
19. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	23 (19,8%)	14 (12,1%)	29 (25%)	20 (17,2%)	30 (25,9%)	3,17	1,45

8.2 Εφαρμογή θηλασμού

Σε επόμενο στάδιο διερευνήθηκαν ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή του μητρικού θηλασμού από τις μητέρες του δείγματος. Συγκεκριμένα, αποσαφηνίστηκε η χρονική περίοδος κατά την οποία οι μητέρες έλαβαν την απόφαση να θηλάσουν, αποτυπώθηκε ο μέσος όρος θηλασμού των παιδιών τους, η επάρκεια της διάρκειας θηλασμού, οι λόγοι απογαλακτισμού του παιδιού καθώς και η ηλικία του παιδιού τους.

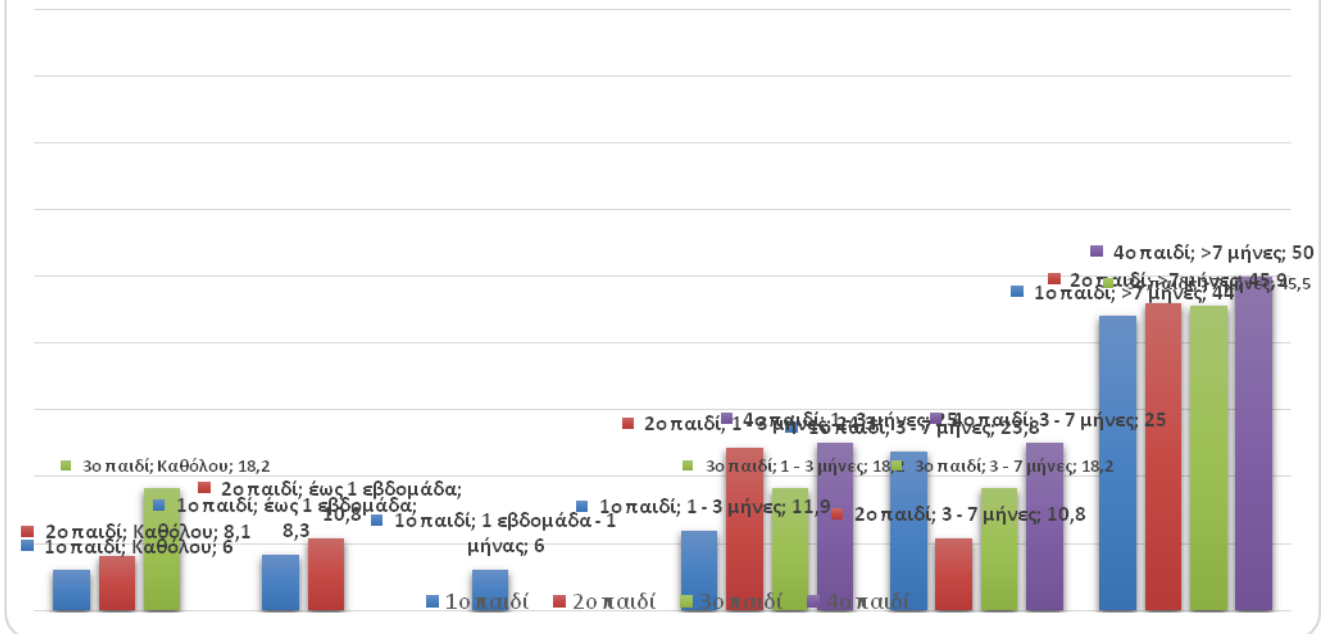
Αρχικά, σύμφωνα με το Γράφημα 9, η πλειοψηφία των γυναικών με 66,7% πήρε την απόφαση να θηλάσει πριν από την επικείμενη εγκυμοσύνη. Λιγότερες (17,1%) το αποφάσισαν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης ή μετά τον τοκετό (12%). Μόλις το 3,4% των γυναικών του δείγματος αποφάσισε πως δε θα θηλάσει.



Γράφημα 9. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με τη χρονική περίοδο που πάρθηκε η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν

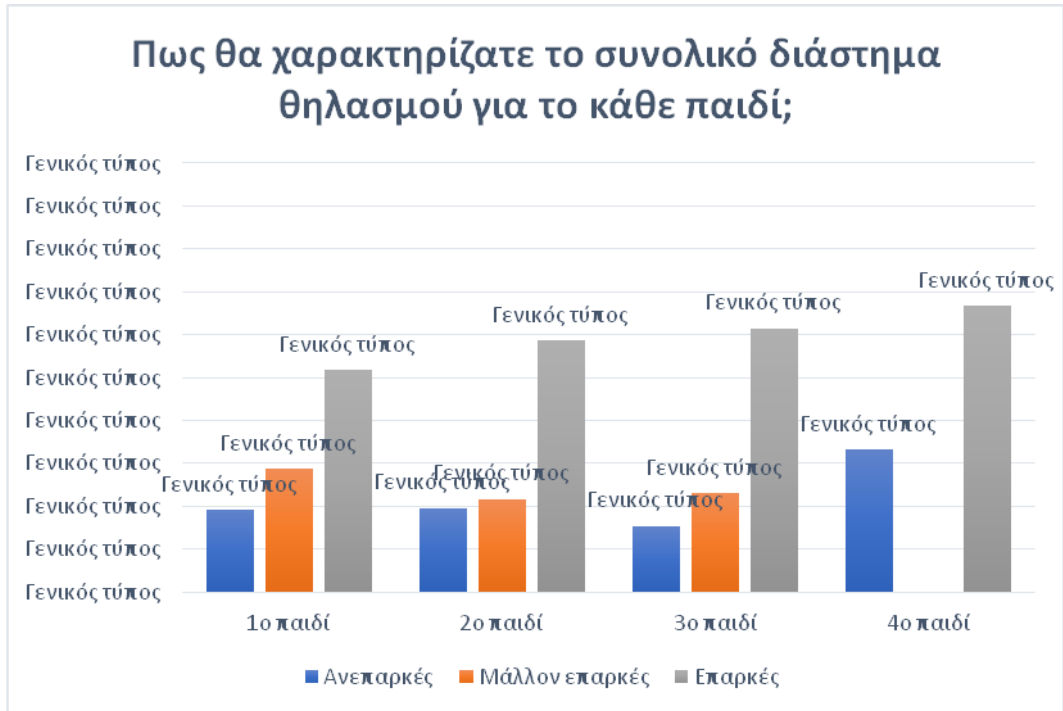
Οι μέσοι όροι θηλασμού για το κάθε ένα από τα πρώτα 4 παιδιά των γυναικών του δείγματος παρουσιάζονται στο Γράφημα 10. Οι περισσότερες γυναίκες, θήλασαν το σύνολο των παιδιών τους για περισσότερους από 7 μήνες, ενώ ελάχιστες γυναίκες θήλασαν για λιγότερο από 1 εβδομάδα έως και 1 μήνα. Συγκεκριμένα, το 44% των γυναικών θήλασε το πρώτο παιδί για περισσότερους από 7 μήνες. Παρόμοια, το 45,9% των γυναικών θήλασε το δεύτερο παιδί για περισσότερους από 7 μήνες. Το 45,5% θήλασε το τρίτο παιδί και το 50% θήλασε το τέταρτο παιδί για περισσότερους από 7 μήνες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 18,2% του δείγματος δε θήλασε καθόλου το τρίτο παιδί που απέκτησε.

Κατά μέσο όρο πόσο καιρό θηλάσατε;



Γράφημα 10. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με το μέσο χρόνο θηλασμού ανά σειρά παιδιού

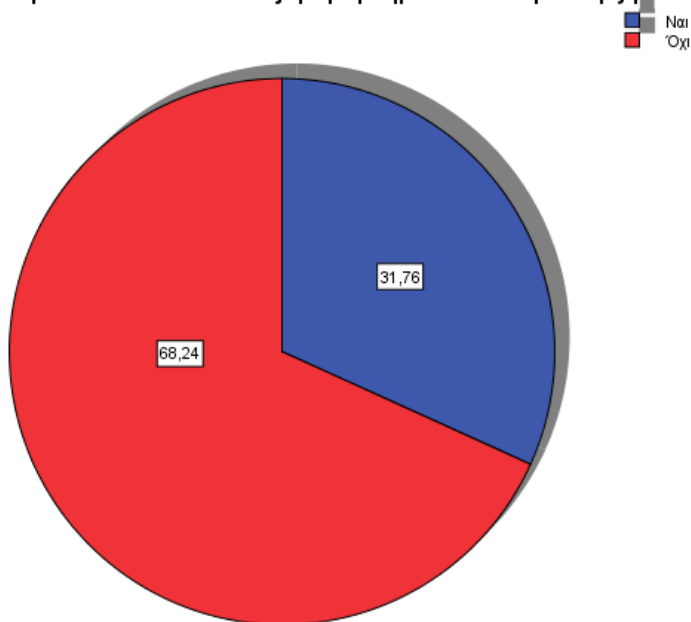
Έπειτα, οι γυναίκες που έλαβαν μέρος στην έρευνα, κλήθηκαν να αξιολογήσουν το χρονικό διάστημα θηλασμού των παιδιών τους ως ανεπαρκές, μάλλον επαρκές ή επαρκές. Έτσι, γίνεται φανερό από το Γράφημα 11 πως η πλειοψηφία των γυναικών χαρακτηρίζει επαρκές το χρονικό διάστημα θηλασμού που αφιερώθηκε για το κάθε παιδί. Αναλυτικότερα, το 51,9%, το 58,7%, το 61,5% και το 66,7% κρίνει επαρκές το χρονικό διάστημα θηλασμού του πρώτου, του δεύτερου, του τρίτου και του τέταρτου παιδιού της, αντίστοιχα. Παρατηρείται, επίσης, πως τα ποσοστά επάρκειας της διάρκειας θηλασμού αυξάνονται όσο μεγαλώνει και ο αριθμός των παιδιών που αποκτήθηκαν από τη γυναίκα.



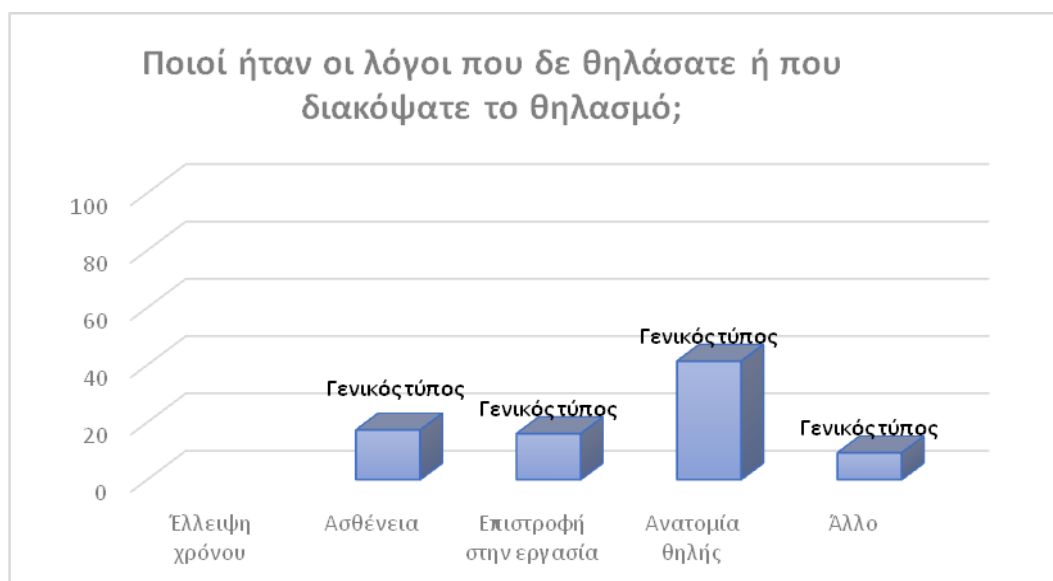
Γράφημα 11. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) αναφορικά με την επάρκεια του χρονικού διαστήματος θηλασμού για το κάθε παιδί

Στην παρούσα έρευνα, διερευνήθηκε και το ενδεχόμενο της ύπαρξης προβλημάτων της γυναίκας κατά την έναρξη του θηλασμού. Έτσι, από τις γυναίκες που απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση, το 68,2% δεν αντιμετώπισε προβλήματα ή δυσκολίες, ενώ το ένα τρίτο των ίδιων (31,8%) είχε δυσχέρειες.

Αντιμετωπίσατε δυσκολίες ή προβλήματα κατά την έναρξη του θηλασμού



Οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες διέκοψαν το θηλασμό του μωρού τους κατηγοριοποιήθηκαν σε συγκεκριμένες ομάδες. Έτσι, σύμφωνα με το Γράφημα 12, καμία γυναίκα του δείγματος δε διέκοψε το θηλασμό εξαιτίας έλλειψη χρόνου. Αντίθετα, το 41,3% αντιμετώπισε προβλήματα με την ανατομία της θηλής και το 17,3% διέκοψε το θηλασμό εξαιτίας κάποιας ασθένειας. Ακόμη το 16% επέστρεψε στην εργασία, ενώ το 9,3% διέκοψε εξαιτίας άλλων λόγων, όπως η έναρξη κατανάλωσης φαρμάκων και η διακοπή παραγωγής γάλακτος από τον οργανισμό. Στην ομάδα «άλλο» κατατάχθηκαν και οι γυναίκες οι οποίες συνεχίζουν ακόμη και σήμερα να θηλάζουν.



Γράφημα 12. Ραβδόγραμμα κατανομής σχετικών συχνοτήτων (%) για τους λόγους διακοπής ή αποχής των γυναικών από το θηλασμό

Τέλος, οι γυναίκες του δείγματος απάντησαν σχετικά με την παρούσα ηλικία του μωρού τους. Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής (βλ.Παράρτημα Ι) οδήγησαν στο συμπέρασμα πως ο μέσος όρος ηλικίας των βρεφών είναι οι 8,9 μήνες (Τ.Α. = 5,6 μήνες).

8.3 Σύγκριση απαντήσεων μεταξύ εγκύων και λεχόνων

Στη συνέχεια της ανάλυσης των ευρημάτων, πραγματοποιήθηκε σύγκριση στις απαντήσεις εγκύων και λεχόνων γυναικών σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Πριν από τη διεξαγωγή του κατάλληλου στατιστικού τεστ πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των

δεδομένων μέσω του κριτηρίου Shapiro – Wilk, το οποίο προέκυψε στατιστικά σημαντικό (βλ. Παράρτημα Ι). Κατά συνέπεια, διαπιστώθηκε πως τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για τις συγκρίσεις των απαντήσεων των δυο ομάδων γυναικών πραγματοποιήθηκε μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney U Test.

Τα αποτελέσματα του μη παραμετρικού ελέγχου παρουσιάζονται στον Πίνακα 11 που ακολουθεί. Ωστόσο, καμία από τις διαφορές δεν κρίνεται ως στατιστικά σημαντική ($p > 0,05$). Επομένως, δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των απαντήσεων των εγκύων και λεχόνων του δείγματος για τις πηγές πληροφόρησης και τις γνώσεις τους απέναντι στο μητρικό θηλασμό.

Πίνακας 11. Μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney U Test και στατιστική σημαντικότητα μεταξύ εγκύων - λεχόνων και πηγών πληροφόρησης – γνώσεων των γυναικών για το μητρικό θηλασμό

	Φύλο	N	Mean Rank	Mann – Whitney Test	P - value
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Έγκυος	62	56,23	1539,000	0,782
	Λεχώνα	54	57,90		
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Έγκυος	62	56,32	1539,000	0,443
	Λεχώνα	54	61,00		
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Έγκυος	62	61,41	1549,000	0,164
	Λεχώνα	54	56,19		
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι ανατικατάστατο.	Έγκυος	62	59,61	1605,000	0,583
	Λεχώνα	54	57,22		
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Έγκυος	62	58,35	1664,500	0,954
	Λεχώνα	54	58,68		
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Έγκυος	62	54,66	1436,000	0,174
	Λεχώνα	54	62,91		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Έγκυος	62	57,61	1623,500	0,892
	Λεχώνα	54	58,44		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Έγκυος	62	58,14	1651,500	0,898
	Λεχώνα	54	58,92		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Έγκυος	62	59,42	1560,500	0,619
	Λεχώνα	54	56,40		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Έγκυος	62	58,03	1645,000	0,868
	Λεχώνα	54	59,04		

Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	62	56,13	1533,000	0,893
	Λεχώνα	54	56,94		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Έγκυος	62	55,90	1513,000	0,452
	Λεχώνα	54	60,45		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Έγκυος	62	56,94	1577,500	0,699
	Λεχώνα	54	59,24		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Έγκυος	62	58,98	1520,500	0,518
	Λεχώνα	54	55,74		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Έγκυος	62	57,68	1623,000	0,905
	Λεχώνα	54	58,38		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Έγκυος	62	58,19	1569,500	0,791
	Λεχώνα	54	56,68		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Έγκυος	62	58,26	1565,000	0,781
	Λεχώνα	54	56,60		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Έγκυος	62	58,65	1540,500	0,677
	Λεχώνα	54	56,13		

8.4 Μελέτη της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών

Τελευταίο βήμα της στατιστικής ανάλυσης, αποτέλεσε η μελέτη της επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος. Για το σύνολο των συγκρίσεων πραγματοποιήθηκε ανάλυση διασποράς μονής κατεύθυνσης (One Way ANOVA) με πολλαπλές συγκρίσεις μέσω του ελέγχου Bonferroni. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

Ηλικία

Από τον έλεγχο της επίδρασης της ηλικίας στις απαντήσεις των γυναικών του δείγματος προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνώσεις τους αναφορικά με το γεγονός ότι ο θηλασμός οδηγεί στην αποφυγή της εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί ($F = 5,832$, $p = 0,002 < 0,05$) και στο γεγονός ότι οι γυναίκες που θηλάζουν δημιουργούν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους ($F = 3,489$, $p = 0,018 < 0,05$). Συγκεκριμένα, οι μητέρες άνω των 45 ετών (Μ.Ο. = 2,00, Τ.Α. = 0,00) και εκείνες με ηλικία έως 24 ετών

(M.O. = 2,60, T.A. = 1,40) γνωρίζουν λιγότερο απ' όλες πως ο θηλασμός αποτρέπει την νοσηλεία του παιδιού από σακχαρώδη διαβήτη, μέτρια σχετική γνώση έχουν οι γυναίκες 36 – 45 ετών (M.O. = 2,94, T.A. = 1,40) και μέτρια προς καλή γνώση του ζητήματος έχουν οι γυναίκες 25 – 35 ετών (M.O. = 3,60, T.A. = 1,14). Επιπλέον, οι μητέρες έως 24 ετών (M.O. = 4,47, T.A. = 1,01) και οι μητέρες με ηλικία 25 – 35 (M.O. = 4,66, T.A. = 0,79) γνωρίζουν περισσότερο από εκείνες με ηλικία 36 – 45 (M.O. = 3,88, T.A. = 1,32) και άνω των 45 ετών (M.O. = 4,00, T.A. = 1,41) πως ο θηλασμός επιταχύνει την ανάπτυξη δεσμών μεταξύ μητέρας και βρέφους.

Τόπος διαμονής

Η ολοκλήρωση της διαδικασίας ελέγχου της επίδρασης του τόπου διαμονής των γυναικών στις επιμέρους απαντήσεις τους, δεν οδήγησε σε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ εκείνων που κατοικούν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές ($p > 0,05$).

Επίπεδο σπουδών

Το επίπεδο σπουδών των γυναικών βρέθηκε να επιδρά στις γνώσεις τους αναφορικά με το γεγονός ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην ανάπτυξη παιδικής παχυσαρκίας ($p = 0,02 < 0,05$). Οι συμμετέχουσες που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού διπλώματος (M.O. = 4,22, T.A. = 1,09) προέκυψαν οι περισσότερες ενημερωμένες σε σχέση με τη συγκεκριμένη γνώση.

Αριθμός παιδιών

Ο αριθμός των παιδιών των γυναικών του δείγματος δεν επηρέασε τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις της παρούσας έρευνας ($p > 0,05$). Συνεπώς, ο αριθμός παιδιών δε δημιουργεί στατιστικά σημαντικές διαφορές στις γνώσεις και τις πηγές πληροφόρησης των γυναικών για τον μητρικό θηλασμό.

Κεφάλαιο 9: Συζήτηση

Η παρούσα ποσοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε με σκοπό να διερευνήσει τις στάσεις και τις πεποιθήσεις των σύγχρονων μητέρων αναφορικά με τον μητρικό θηλασμό. Στην έρευνα, επιδιώχθηκε η συλλογή δεδομένων που σκιαγραφεί τις στάσεις των γυναικών αναφορικά με την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα του θηλασμού των βρεφών τους,

την αξία και τα οφέλη του θηλασμού για το βρέφος και τη μητέρα αλλά και τη σύγκριση των απαντήσεών τους σε σχέση με το αν στην παρούσα φάση είναι έγκυος ή λεχώνες.

Τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις συμμετέχουσες, οδήγησαν στο συμπέρασμα πως οι ίδιες δέχθηκαν στον ίδιο βαθμό πληροφορίες από το οικογενειακό τους περιβάλλον και από ειδικούς σχετικά με το μητρικό θηλασμό. Συγκεκριμένα, ο βαθμός πληροφόρησής τους προέκυψε μέτριος. Ως κύρια πηγή πληροφόρησης για τον μητρικό θηλασμό προέκυψε το οικογενειακό περιβάλλον, ενώ ακολουθούν οι γυναικολόγοι και το διαδίκτυο. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζουν κοινά και διαφορετικά στοιχεία με εκείνα άλλων μελετών. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Cardoso και Marín (2018) που έλαβε χώρα στην Πορτογαλία η ενημέρωση των γυναικών για το μητρικό θηλασμό ήταν μέτρια, όπως και στην παρούσα έρευνα. Ωστόσο, στη μελέτη των Cardoso και Marín (2018) η κύρια πηγή πληροφόρησης των γυναικών ήταν οι επαγγελματίες υγείας και στη συνέχεια ακολουθούσε το διαδίκτυο και τα μέλη της οικογένειας. Οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζονται ως κύρια πηγή πληροφόρησης και στην έρευνα των Senghore, Omotosho, Ceesay και Williams (2018). Στη συγκεκριμένη μελέτη οι γυναίκες ενημερώθηκαν για τα οφέλη και τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο μίας εκπαιδευτικής παρέμβασης. Στην παρούσα έρευνα δεν αναδεικνύεται ο εκπαιδευτικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας. Οι διαφορές αυτές στην πηγή πληροφόρησης των γυναικών είναι πιθανό να οφείλονται στα χαρακτηριστικά του ελληνικού πολιτισμικού πλαισίου.

Στη συνέχεια, οι στατιστικές αναλύσεις οδήγησαν στην αποσαφήνιση του πρώτου ερευνητικού ερωτήματος και αναλυτικότερα στη διερεύνηση των γνώσεων των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό. Έτσι, οι συμμετέχουσες προέκυψαν μέτρια ενημερωμένες. Ο μέτριος βαθμός ενημέρωσης των γυναικών σε σχέση με το μητρικό θηλασμό είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται και σε άλλες μελέτες. Για παράδειγμα, στην έρευνα των Senarath, Fernando, Vimprani και Rodrigo (2007) φάνηκε ότι το επίπεδο των γνώσεων των γυναικών είναι ικανοποιητικό χωρίς όμως να θεωρείται άριστο ενώ στην έρευνα των Radzniwan, Azimah, Zuhra και Khairani (2009) οι γνώσεις των γυναικών για το θηλασμό παρουσιάζονται αρκετά καλές. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες είναι επαρκώς ενημερωμένες για το μητρικό θηλασμό. Στην παρούσα έρευνα, οι τομείς στους οποίους οι γνώσεις τους ήταν από πολύ έως και πάρα πολύ καλές ήταν πως ο θηλασμός ωφελεί τόσο το βρέφος όσο και τη μητέρα, πως το μητρικό γάλα δεν δύναται να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου, πως ο μητρικός θηλασμός επιταχύνει τη δημιουργία δεσμού μεταξύ

μητέρας και βρέφους και πως οι γυναίκες που θηλάζουν εμφανίζουν σπανιότερα καρκίνο του μαστού. Οι καλές γνώσεις των γυναικών για τα συγκεκριμένα οφέλη του μητρικού θηλασμού παρουσιάζονται και στην έρευνα των Cascone, Tomassoni, Napolitano και Di Giuseppe (2019) η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία. Στη μελέτη των ερευνητών, όπως και στην παρούσα, οι γυναίκες είναι ενημερωμένες επαρκώς για τα πλεονεκτήματα που έχει ο θηλασμός στις ίδιες και στα βρέφη. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι οι γυναίκες αναγνωρίζουν τα οφέλη που έχει ο μητρικός θηλασμός στη σχέση μητέρα-παιδιού και στην υγεία του βρέφους και των ίδιων. Η εστίαση των γυναικών στις συγκεκριμένες γνώσεις είναι πιθανό να είναι απόρροια της διαδικασίας της μητρότητας. Πιο αναλυτικά, οι γυναίκες που έχουν πρόθεση να γίνουν μητέρες εισάγονται σε μια διαδικασία αναζήτησης. Η αναζήτηση αυτή οδηγεί στην πραγματοποίηση αλλαγών προκειμένου να εναρμονιστούν με το ρόλο της μητέρας. Μία από τις κύριες και αρχικές συμπεριφορές της μητρότητας είναι ο θηλασμός ο οποίος αποτελεί τη βάση της σχέσης μεταξύ της μητέρας και του παιδιού ενώ παράλληλα ωφελεί την υγεία και των δύο (Oosterhoff, Hutter & Haisma, 2014). Η αναγνώριση των πλεονεκτημάτων που εμφανίζει ο μητρικός θηλασμός για τη μητέρα και το βρέφος συνδέεται με την εφαρμογή αυτού μετά τη γέννα. Στην ουσία, οι στάσεις των γυναικών απέναντι στο μητρικό θηλασμό λειτουργούν ως προβλεπτικός παράγοντας για την εφαρμογή ή όχι αυτού μετά τον τοκετό (Nnebe-Agumadu, Racine, Laditka & Coffman, 2016).

Επιπλέον, σημαντικά ευρήματα της έρευνας αφορούν και στην εφαρμογή του μητρικού θηλασμού από τις συμμετέχουσες. Συγκεκριμένα, οι περισσότερες γυναίκες του δείγματος ήταν αποφασισμένες να θηλάσουν πριν ακόμη βρεθούν σε ενδιαφέρουσα. Ακόμη, η πλειοψηφία των γυναικών θηλάσε το πρώτο έως και το τέταρτο βρέφος της για χρονικό διάστημα που ξεπέρασε τους 7 μήνες, χρονικό διάστημα που κρίθηκε επαρκές από τις ίδιες. Μάλιστα, προέκυψε πως η επάρκεια της χρονικής διάρκειας του θηλασμού αυξάνεται με την απόκτηση επόμενου παιδιού. Οι συμπεριφορές αυτές του θηλασμού των γυναικών μπορούν να ερμηνευτούν αν ληφθεί υπόψη το επίπεδο των γνώσεων τους. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχουσες της έρευνας παρουσιάζονται ενημερωμένες σε σχέση με τα οφέλη που έχει ο θηλασμός στο βρέφος και στις ίδιες. Οι θετικές αυτές πεποιθήσεις των γυναικών οδηγούν και στις συγκεκριμένες συμπεριφορές θηλασμού. Οι θετικές αυτές πεποιθήσεις αποτελούν το κύριο αίτιο θηλασμού και σε άλλες έρευνες όπως είναι εκείνη των Zhou, Younger, John και Kearney (2010). Ακόμα, το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευτεί αν ληφθεί υπόψη η απουσία προβλημάτων κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Οι

συμμετέχουσες αναφέρουν ότι δεν αντιμετώπισαν προβλήματα κατά την περίοδο του θηλασμού. Επομένως, δεν είχαν κάποιο λόγο να διακόψουν το θηλασμό του βρέφους τους (Tia, WMb & Bb, 2013).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα της έρευνας απαντούν στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα που σχετίζεται με την ύπαρξη διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις μεταξύ εγκύων και λεχώνων. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων οδήγησαν στο συμπέρασμα πως δε δημιουργούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αυτό σημαίνει ότι τα επίπεδα ενημέρωσης και οι στάσεις λεχώνων και εγκύων δε διαφοροποιούνται σημαντικά. Το εύρημα αυτό μπορεί να εξηγηθεί μέσα από την εστίαση της προσοχής στην προετοιμασία των γυναικών για το θηλασμό. Οι γυναίκες προετοιμάζονται για το θηλασμό ήδη από τους πρώτους μήνες της εγκυμοσύνης τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τα άτομα του οικογενειακού τους πλαισίου. Αυτό σημαίνει ότι ο βαθμός ενημέρωσης των γυναικών δε δέχεται μεγάλες αλλαγές με αποτέλεσμα να μην παρουσιάζονται διαφορές μεταξύ των εγκύων και των λεχώνων (Debevec & Evanson, 2016).

Ωστόσο, η ηλικία των γυναικών φάνηκε να επηρεάζει τις γνώσεις τους σχετικά με το όφελος του θηλασμού στη δημιουργία δεσμού μητέρας – παιδιού και στην αποφυγή εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί. Οι νέες μητέρες με ηλικία 25 – 35 ετών εμφανίστηκαν ως οι περισσότερο ενημερωμένες. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε αντίθεση με εκείνα άλλων μελετών όπως είναι η μελέτη των Ismail, Alina, Wan Muda και Bakar (2016). Στην έρευνα φάνηκε ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας είναι περισσότερο ενημερωμένες και έχουν θετικότερες στάσεις για το μητρικό θηλασμό σε σύγκριση με τις νεότερες γυναίκες. Πιο αναλυτικά, η ηλικία της γυναίκας και η εμπειρία της από προηγούμενα παιδιά φαίνεται ότι συμβάλλει θετικά στην ανάπτυξη θετικών στάσεων για το θηλασμό. Οι γυναίκες, δηλαδή, μεγαλύτερης ηλικίας έχουν περισσότερες γνώσεις και θετικότερες στάσεις για το μητρικό θηλασμό σε σύγκριση με τις νεότερες (Hamze, Carrick-Sen, Zhang, Liu & Mao, 2018). Το εύρημα της παρούσας έρευνας μπορεί να ερμηνευτεί λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά της πληροφόρησης των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες δήλωσαν ότι η κύρια πηγή ενημέρωσης τους ήταν το οικογενειακό πλαίσιο. Αυτό σημαίνει ότι οι γυναίκες λαμβάνουν υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειάς τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Η οικογενειακή υποστήριξη των γυναικών μπορεί να οδηγεί στην λήψη γνώσεων από μεγαλύτερες γυναίκες οι οποίες γνωρίζουν τα οφέλη του θηλασμού σε θεωρητικό και εμπειρικό επίπεδο (Rabelo, Borges, Rezende, Pinto & Abdalla, 2017).

Τέλος από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι μητέρες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο γνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις υπόλοιπες πως ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικής παχυσαρκίας. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με εκείνο άλλων ερευνών. Οι γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου παρουσιάζονται περισσότερο ενημερωμένες σε σχέση με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού σε σύγκριση με τις γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Cardoso, e Silva & Marín, 2017).

9.1 Περιορισμοί έρευνας

Στην παρούσα έρευνα παρουσιάζονται ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι είναι πιθανό να επηρεάζουν τα αποτελέσματα της μελέτης. Ο πρώτος περιορισμός αφορά το δείγμα της μελέτης. Πιο συγκεκριμένα, στο δείγμα της έρευνα εντοπίζεται η αριθμητική υπεροχή των μητέρων με ηλικία μεταξύ 25 και 35 ετών, των μητέρων που κατοικούν σε αστική περιοχή και των μητέρων δυο παιδιών. Πιθανόν, η καλύτερη κατανομή του δείγματος στις επιμέρους κατηγορίες των δημογραφικών πληροφοριών να αναδείκνυε διαφοροποιήσεις μεταξύ των δοθέντων απαντήσεων.

Επιπλέον, παρατηρείται μικρός αριθμός στο σύνολο του δείγματος. Αυτό σημαίνει ότι παρά την καλή αριθμητική κατανομή εγκύων και λεχώνων μητέρων, ο αριθμός του δείγματος είναι σχετικά μικρός για τη γενίκευση των συμπερασμάτων.

Τέλος, παρατηρήθηκαν ελλιπείς απαντήσεις από τη μεριά των συμμετεχόντων της έρευνας. Το πλήθος των ελλιπών απαντήσεων στις περισσότερες ερωτήσεις πιθανόν να επηρέασε τα αποτελέσματα που προέκυψαν.

9.2 Συμπεράσματα

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και η διεξαγωγή της έρευνας στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας οδηγούν σε ορισμένα γενικά συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα παρουσιάζονται στη συνέχεια:

- Ο μητρικός θηλασμός παρουσιάζει οφέλη στη σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους και της μητέρας.
- Οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των γυναικών για το μητρικό θηλασμό επηρεάζουν τη συμπεριφορά τους.
- Οι γυναίκες στην Ελλάδα είναι μέτρια ενημερωμένες για το μητρικό θηλασμό.

- Η πιο συχνή πηγή πληροφόρησης των γυναικών για το μητρικό θηλασμό είναι το οικογενειακό τους πλαίσιο.
- Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών επηρεάζουν τη συμπεριφορά του μητρικού θηλασμού.

9.3 Προτάσεις

Οι περιορισμοί που αναφέρονται στην προηγούμενη ενότητα μπορούν να αξιοποιηθούν κατά τη διεξαγωγή μελλοντικών ερευνών στο συγκεκριμένο αντικείμενο μελέτης. Αυτό που συστήνεται είναι η διεξαγωγή της έρευνας σε μεγαλύτερο πληθυσμό γυναικών, με μεγαλύτερο ηλικιακό άνοιγμα και ισάριθμη κατανομή τους σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Με τον τρόπο αυτό θα προκύψουν αποτελέσματα τα οποία θα μπορούν να γενικευτούν καθώς θα είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Επιπλέον, συστήνεται η διεξαγωγή μικτής έρευνας μέσω εφαρμογής συνεντεύξεων και ερωτηματολογίου. Η μικτή μεθοδολογία μπορεί να συμβάλει θετικά στην εις βάθος κατανόησης των στάσεων και των εμπειριών που έχουν οι γυναίκες σε σχέση με το μητρικό θηλασμό. Επίσης, μπορούν να προκύψουν οι σκέψεις και τα συναισθήματα τους που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του θηλασμού.

Επιπρόσθετα, προτείνεται η διεξαγωγή ερευνών ο στόχος των οποίων θα επικεντρώνεται στις πηγές παροχής πληροφοριών για τον μητρικό θηλασμό. Η επίτευξη του ερευνητικού αυτού στόχου μπορεί να συντελέσει στην απόκτηση μίας καλύτερης εικόνας σε σχέση με τον ρόλο που έχουν οι επαγγελματίες υγείας στη συμπεριφορά του θηλασμού των γυναικών.

Τέλος, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας οδηγούν σε προτάσεις που αφορούν τις πολιτικές προώθησης του μητρικού θηλασμού. Οι προτάσεις αυτές είναι οι εξής:

- Προτείνεται ο σχεδιασμός και η υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης των γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας σε σχέση με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού.
- Προτείνεται οι νοσηλευτές να ενημερώνουν περισσότερο τις γυναίκες προκειμένου η κύρια πηγή πληροφόρησης να είναι οι ίδιοι και όχι το οικογενειακό πλαίσιο.

- Προτείνεται η παροχή πληροφοριών αναφορικά με το μητρικό θηλασμό που είναι βασισμένες σε επιστημονικά ευρήματα προκειμένου να αποφεύγεται η παραπληροφόρηση των γυναικών.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

Αντωνιάδου-Καμάτου, Ι., & Σοφιανού, Α. (2015). *Μητρικός Θηλασμός: Οδηγός για επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία*; Αθήνα : Κριτική.

Ηλιάδη, Π., & Παλάσκα, Ε. (2009). Θηλασμός και σύγχρονος τρόπος ζωής. *Νοσηλευτική*, 45(4), 352-357.

Ηλιοδρομίτη, Ζ., Παπαμιχαήλ, Δ., Εκίζογλου, Χ., Ντέκα, Ε., Μαυρίκα, Π., Ζωγραφάκη, Ε., Κουτεντάκης, Κ., Ζιδρόπουλος, Σ., Σταύρου, Δ., Παναγιωτόπουλος, Τ., Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι. (2018). *Εθνική Μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του Μητρικού Θηλασμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Ιατράκης, Γ. (2013). Βασικές έννοιες Εμβρυολογίας - Εμβρυολογία του γεννητικού συστήματος και του μαστού. Στο: *Γυναικολογική Ογκολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.

Ματάλα, Α. (2015). *Διατροφή και πολιτισμός*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα.

Παπαναστασίου, Κ. & Παπαναστασίου, Ε. Κ. (2016). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας* (Έκδοση 3η). Λευκωσία : Έκδοση συγγραφέα.

Πεγλιβάνη, Φ., Ματάλα, Α. Λ., & Καραμανές, Ε. (2008). Πέντε κρίσιμες δεκαετίες για τη βρεφική διατροφή, 1900–1950. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(4):520-528.

Χαραμή, Ε., Μαζαράκου, Χ., & Τσορομώκος, Δ. (2015β).Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στη ψυχική υγεία του βρέφους. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(2), 245-249.

Χαραμή, Ε., Τσορομώκος, Δ., & Μαζαράκου, Χ. (2015β). Μητρικός θηλασμός και ψυχική υγεία μητέρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(3), 364-368.

Ξένη βιβλιογραφία

Akobeng, A. K., Ramanan, A. V., Buchan, I., & Heller, R. F. (2006). Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Archives of Disease in Childhood*, 91(1), 39-43.

Ali, M. A., Strandvik, B., Palme-Kilander, C., & Yngve, A. (2013). Lower polyamine levels in breast milk of obese mothers compared to mothers with normal body weight. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 26, 164-170.

Allen, J., & Hector, D. (2005). Benefits of breastfeeding. *New South Wales Public Health Bulletin*, 16(4), 42-46.

Anatolitou, F. (2012). Human milk benefits and breastfeeding. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine (JPNIM)*, 1(1), 11-18.

Aoki, M., Suzuki, S., & Takao, H. Pain related to breastfeeding in seated and side-lying positions: assessment and recommendations for improved guidance. *Journal of Ergonomic Technology*, 17(1), 43-59.

- Atchan, M., Foureur, M., & Davis, D. (2011). The decision not to initiate breastfeeding-women's reasons, attitudes and influencing factors-a review of the literature. *Breastfeeding Review*, 19(2), 9.
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), 49-74.
- Bachour, P., Yafawi, R., Jaber, F., Choueiri, E., & Abdel-Razzak, Z. (2012). Effects of smoking, mother's age, body mass index, and parity number on lipid, protein, and secretory immunoglobulin A concentrations of human milk. *Breastfeeding Medicine*, 7(3), 179-188.
- Barría, R. M. (2018). Introductory Chapter: A Comprehensive Approach to the Process of Breastfeeding. In *Selected Topics in Breastfeeding*. IntechOpen.
- Bauer, J., & Gerstl, J. (2011). Longitudinal analysis of macronutrients and minerals in human milk produced by mothers of preterm infants. *Clinical nutrition*, 30(2), 215-220.
- Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. (2016). The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), 7-14.
- Bode, L. (2009). Human milk oligosaccharides: prebiotics and beyond. *Nutrition Reviews*, 67(suppl_2), S183-S191.
- Boscaglia, N., Skouteris, H., & Wertheim, E. H. (2003). Changes in body image satisfaction during pregnancy: A comparison of high exercising and low exercising women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43(1), 41-45.
- Bosi, A. T. B., Eriksen, K. G., Sobko, T., Wijnhoven, T. M., & Breda, J. (2016). Breastfeeding practices and policies in WHO European region member states. *Public Health Nutrition*, 19(4), 753-764.
- Bouras, G., Mexi-Bourna, P., Bournas, N., Christodoulou, C., Daskalaki, A., Tasiopoulou, I., & Poullos, A. (2013). Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 387-396.
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to-skin mother—Infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, 26(2), 130-137.
- Brand, E., Kothari, C., & Stark, M. A. (2011). Factors related to breastfeeding discontinuation between hospital discharge and 2 weeks postpartum. *The Journal of Perinatal Education*, 20(1), 36-44.
- Brown, A., Raynor, P., & Lee, M. (2011). Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery*, 27(1), 53-59.
- Butte, N. F., Lopez-Alarcon, M. G., & Garza, C. (2002). *Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication.

- Cai, X., Wardlaw, T., & Brown, D. W. (2012). Global trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 7(1), 12.
- Cardoso, A., e Silva, A. P., & Marín, H. (2017). Pregnant women's knowledge gaps about breastfeeding in northern Portugal. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 7(03), 376-385.
- Cardoso, A. M. R., & Marín, H. D. F. (2018). Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 25, 1-9.
- Cascone, D., Tomassoni, D., Napolitano, F., & Di Giuseppe, G. (2019). Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 1-11.
- Cattaneo, A. (2012). Academy of breastfeeding medicine founder's lecture 2011: inequalities and inequities in breastfeeding: an international perspective. *Breastfeeding Medicine*, 7(1), 3-9.
- Chandran, L., & Gelfer, P. (2006). Breastfeeding: the essential principles. *Pediatrics in Review*, 27(11), 409.
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., ... & Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104, 96-113.
- Colson, S. (2005). Maternal breastfeeding positions: Have we got it right?(2). *The Practising Midwife*, 8(11), 29-32.
- Cox, K., Giglia, R., Zhao, Y., & Binns, C. W. (2014). Factors associated with exclusive breastfeeding at hospital discharge in rural Western Australia. *Journal of Human Lactation*, 30(4), 488-497.
- Cregan, M. D., Mitoulas, L. R., & Hartmann, P. E. (2002). Milk prolactin, feed volume and duration between feeds in women breastfeeding their full-term infants over a 24 h period. *Experimental Physiology*, 87(2), 207-214.
- Crenshaw, J. (2007). Care practice# 6: No separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39.
- Costantine, M. (2014). Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in Pharmacology*, 5, 65.
- Daglas, M., Petoussi, V., Dionysiou, G., & Athanassakis, I. (2010). Do maternity hospital practices support Greek mothers' decision to breastfeed?. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 37(1), 43-48.
- D'Alessandro, A., Scaloni, A., & Zolla, L. (2010). Human milk proteins: an interactomics and updated functional overview. *Journal of Proteome Research*, 9(7), 3339-3373.
- Davanzo, R. (2018). Controversies in Breastfeeding. *Frontiers in Pediatrics*, 6, article 278.

- Debevec, A. D., & Evanson, T. A. (2016). Improving breastfeeding support by understanding women's perspectives and emotional experiences of breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, 20(5), 464-474.
- Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. M. (2013). Breastfeeding and health outcomes for the mother-infant dyad. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 31.
- Doolan, P. (2008). Nursing times. *History Today*, 58(12), 24.
- Emmanuel, A. (2015). A literature review of the factors that influence breastfeeding: An application of the health belief model. *International Journal of Nursing and Health Science*, 2(3):28-36.
- England, L., Brenner, R., Bhaskar, B., Simons-Morton, B., Das, A., Revenis, M., ... & Clemens, J. (2003). Breastfeeding practices in a cohort of inner-city women: the role of contraindications. *BMC Public Health*, 3(1), 28.
- Feldman, R. S. (2009). *Εξελικτική ψυχολογία. Δια βίου ανάπτυξη τόμος 1* (Η. Γ. Μπεξεβέγκης Επιμ.). Αθήνα: Gutenberg.
- Feldman, R. S. (2018). *Development across the life span*. Pearson.
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological Medicine*, 44(5), 927-936.
- Franca-Botelho, A. D. C., Ferreira, M. C., Franca, J. L., Franca, E. L., & Honorio-Franca, A. C. (2012). Breastfeeding and its relationship with reduction of breast cancer: a review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(11), 5327-5332.
- Franses, P. & Paap, R. (2010). *Quantitative Models in Marketing Research*. Cambridge Univ Pr.
- Gesouli-Voltyraki, E., Deltsidou, A., Stamelaki, D., Karakageli, V., & Noula M. (2009). Womens' attitudes towards breastfeeding in a province of Greece. *Health Science Journal*, 3(2), 88-94.
- Glover, R., & Wiessinger, D. (2012). They can do it, you can help: Building breastfeeding skill and confidence in mother and helper. *Supporting Sucking Skills in Breastfeeding Infants*, 113-155.
- Gregory, K. E., & Walker, W. A. (2013). Immunologic factors in human milk and disease prevention in the preterm infant. *Current Pediatrics Reports*, 1(4), 1-11.
- Groër, M. W. (2005). Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological research for nursing*, 7(2), 106-117.
- Gross, S. M., Resnik, A. K., Nanda, J. P., Cross-Barnet, C., Augustyn, M., Kelly, L., & Paige, D. M. (2011). Early postpartum: a critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeeding Medicine*, 6(6), 407-412.

- Guo, M. (Ed.). (2014). *Human milk biochemistry and infant formula manufacturing technology*. Cambridge, UK: Woodhead Publishing.
- Hall, R. T., & Carroll, R. E. (2000). Infant feeding. *Pediatrics in Review*, *21*(6), 191-199.
- Hamze, L., Carrick-Sen, D., Zhang, Z., Liu, Y., & Mao, J. (2018). Maternal attitude towards breastfeeding: A concept analysis. *British Journal of Midwifery*, *26*(7), 462-469.
- Hauck, F. R., Thompson, J. M., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*, *128*(1), 103-110.
- Ingram, J., Johnson, D., & Condon, L. (2011). The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Primary Health Care Research & Development*, *12*(3), 266-275.
- Innis, S. M. (2007). Human milk: maternal dietary lipids and infant development. *Proceedings of the Nutrition Society*, *66*(3), 397-404.
- Innis, S. M. (2014). Impact of maternal diet on human milk composition and neurological development of infants—. *The American Journal of Clinical Nutrition*, *99*(3), 734S-741S.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., Trikalinos, T., & Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Technol Asses (Full Rep)*, *153*(153), 1-186.
- Ishak, S., Adzan, N. A. M., Quan, L. K., Shafie, M. H., Rani, N. A., & Ramli, K. G. (2014). Knowledge and beliefs about breastfeeding are not determinants for successful breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, *9*(6), 308-312.
- Ismail, T., Alina, T., Wan Muda, W. A. M., & Bakar, M. I. (2016). The extended Theory of Planned Behavior in explaining exclusive breastfeeding intention and behavior among women in Kelantan, Malaysia. *Nutrition Research and Practice*, *10*(1), 49-55.
- Jager, D. M., Hartley, K., Terrazas, J., & Merrill, J. (2012). Barriers to breastfeeding—A global survey on why women start and stop breastfeeding. *European Obstetrics & Gynaecology*, *7*(Suppl 1), 25-30.
- Jones, E., & Spencer, S.A. (2007). The physiology of Lactation. *Paediatr Child Health*, *17*(6), 244-248.
- Kanazawa, S. (2015). Breastfeeding is positively associated with child intelligence even net of parental IQ. *Developmental Psychology*, *51*(12), 1683.
- Ku, C. M., & Chow, S. K. (2010). Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(17-18), 2434-2445.
- Laanteraä, S., Pölkki, T., Ekström, A., & Pietilä, A. M. (2010). Breastfeeding attitudes of Finnish parents during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *10*(1), 79.

- Labarere, J., Gelbert-Baudino, N., Ayrat, A. S., Duc, C., Berchotteau, M., Bouchon, N., ... & Pons, J. C. (2005). Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics*, *115*(2), e139-e146.
- Ladomenou, F., Kafatos, A., & Galanakis, E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, *96*(10), 1441-1444.
- Ladomenou, F., Moschandreas, J., Kafatos, A., Tselentis, Y., & Galanakis, E. (2010). Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study. *Archives of disease in childhood*, *95*(12), 1004-1008.
- León-Cava, N., Lutter, C., Ross, J., & Martin, L. (2002). Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. *Pan American Health Organization, Washington DC*.
- Liao, Y., Alvarado, R., Phinney, B., & Lönnerdal, B. (2011). Proteomic characterization of human milk whey proteins during a twelve-month lactation period. *Journal of Proteome Research*, *10*(4), 1746-1754.
- Lönnerdal, B. (2004). Human milk proteins: key components for the biological activity of human milk. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, *554*, 11–25.
- Luan, N. N., Wu, Q. J., Gong, T. T., Vogtmann, E., Wang, Y. L., & Lin, B. (2013). Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies-. *The American journal of clinical nutrition*, *98*(4), 1020-1031.
- Marieb, E. N., Wilhelm, P. B., & Mallat, J. (2018). *Human anatomy*. Pearson Education.
- Martin, C. R., Ling, P. R., & Blackburn, G. L. (2016). Review of infant feeding: key features of breast milk and infant formula. *Nutrients*, *8*(5), 279.
- McCrary, C., & Murray, A. (2013). The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. *Maternal and Child Health Journal*, *17*(9), 1680-1688.
- McInnes, R. J., Love, J. G., & Stone, D. H. (2001). Independent predictors of breastfeeding intention in a disadvantaged population of pregnant women. *BMC Public Health*, *1*(1), 10.
- Medforth, J., Battersby, S., Evans, Marsh, B., & Walker, A. (Eds.). (2017). *Oxford Handbook of Midwifery* (2nd edition). Oxford University Press.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, *23*(4), 135-145.
- Meier, P., Patel, A. L., Wright, K., & Engstrom, J. L. (2013). Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants. *Clinics in Perinatology*, *40*(4), 689-705.
- Melzer, K., Schutz, Y., Boulvain, M., & Kayser, B. (2010). Physical activity and pregnancy. *Sports Medicine*, *40*(6), 493-507.

- Metzger, M. W., & McDade, T. W. (2010). Breastfeeding as obesity prevention in the United States: a sibling difference model. *American Journal of Human Biology*, 22(3), 291-296.
- Milankov, O. (2018). Breastfeeding through the centuries. *Medicinski pregled*, 71(5-6), 151-156.
- Moretti, M. E., Lee, A., & Ito, S. (2000). Which drugs are contraindicated during breastfeeding? Practice guidelines. *Canadian Family Physician*, 46(9), 1753-1757.
- Mylod, D. (2015). Breast feeding a sick child; can social media influence practice?. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 38(2), 77-84.
- Neifert, M., & Bunik, M. (2013). Overcoming clinical barriers to exclusive breastfeeding. *Pediatric Clinics*, 60(1), 115-145.
- Neville, M. C. (2001). Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 13-34.
- Newman, B. M., & Newman, P. R. (2018). *Development through life: A psychosocial approach*. Cengage Learning.
- Nnebe-Agumadu, U. H., Racine, E. F., Laditka, S. B., & Coffman, M. J. (2016). Associations between perceived value of exclusive breastfeeding among pregnant women in the United States and exclusive breastfeeding to three and six months postpartum: a prospective study. *International Breastfeeding Journal*, 11(1), 1-10.
- Oakley, L. L., Henderson, J., Redshaw, M., & Quigley, M. A. (2014). The role of support and other factors in early breastfeeding cessation: an analysis of data from a maternity survey in England. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 88.
- O'Brien, M., Buikstra, E., & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 397-408.
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, peds-2012.
- Oosterhoff, A., Hutter, I. & Haisma, H. (2014). It takes a mother to practise breastfeeding: Women's perceptions of breastfeeding during the period of intention. *Women Birth*, 27(4), e43-50.
- Örün, E., Yalçın, S. S., Madendag, Y., Üstünyurt-Eras, Z., Kutluk, S., & Yurdakök, K. (2010). Factors associated with breastfeeding initiation time in a Baby-Friendly Hospital. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 52(1), 10-16.
- Owen, C. G., Martin, R. M., Whincup, P. H., Smith, G. D., & Cook, D. G. (2005). Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*, 115(5), 1367-1377.
- Pagani, O., Partridge, A., Korde, L., Badve, S., Bartlett, J., Albain, K., ... & Goldhirsch, A. (2011). Pregnancy after breast cancer: if you wish, ma'am. *Breast cancer research and treatment*, 129(2), 309-317.

- Papastavrou, M., Genitsaridi, S. M., Komodiki, E., Paliatsou, S., Midw, R., Kontogeorgou, A., & Lacovidou, N. (2015). Breastfeeding in the course of history. *J Pediatr Neo Care*, 2(6), 00096.
- Parasuraman, A., Grewal, D., & Krishnan, R. (2007). *Marketing Research* (Second Ed). Houghton Mifflin Company.
- Pereira, P. F., Rita de Cássia, G. A., & Araújo, R. M. A. (2014). Does breastfeeding influence the risk of developing diabetes mellitus in children? A review of current evidence. *Jornal de pediatria*, 90(1), 7-15.
- Pérez-Ríos, N., Ramos-Valencia, G., & Ortiz, A. P. (2008). Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *Journal of Human Lactation*, 24(3), 293-302.
- Powe, C. E., Knott, C. D., & Conklin-Brittain, N. (2010). Infant sex predicts breast milk energy content. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association*, 22(1), 50-54.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature-. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135.
- Puapornpong, P., Raungrongmorakot, K., Manolerdtewan, W., Ketsuwan, S., & Sinutchanan, W. (2015). The number of infant feeding positions and the 6-month exclusive breastfeeding rates. *J Med Assoc Thai*, 98(11), 1075-8.
- Rabelo, A. L., Borges, A. C. C., Rezende, C. H., Pinto, R. M. C., & Abdalla, V. O. S. (2017). Knowledge and attitudes of puerperal women relating to breastfeeding in a university hospital. *Bioscience Journal*, 33(2), 513-521.
- Radzniwan, A. R., Azimah, N. M., Zuhra, H., & Khairani, O. (2009). Breast feeding practice and knowledge among mothers attending an urban Malaysian maternal and child health clinic. *Medicine and Health*, 4(1), 1-7.
- Reilly, S., Reid, J., Skeat, J., Cahir, P., Mei, C., & Bunik, and the Academy of Breastfeeding Medicine, M. (2013). ABM Clinical Protocol# 17: Guidelines for breastfeeding infants with cleft lip, cleft palate, or cleft lip and palate, Revised 2013. *Breastfeeding Medicine*, 8(4), 349-353.
- Riordan, J. (2005). *Breastfeeding and Human Lactation*, 3rd edition. Jones and Bartlett Publishers.
- Riordan, J., Gill-Hopple, K., & Angeron, J. (2005). Indicators of effective breastfeeding and estimates of breast milk intake. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 406-412.
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The Lancet*, 387(10017), 491-504.
- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2009). *Research methods for business students*. Essex: Financial Times/Prentice Hall.

- Schack-Nielsen, L., Larnkjær, A., & Michaelsen, K. F. (2005). Long term effects of breastfeeding on the infant and mother. In *Early nutrition and its later consequences: New opportunities* (pp. 16-23). Springer, Dordrecht.
- Schetter, C. D. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531-558.
- Senarath, U., Fernando, D. N., Vimpani, G., & Rodrigo, I. (2007). Factors associated with maternal knowledge of newborn care among hospital-delivered mothers in Sri Lanka. *Transactions of the Royal society of tropical medicine and hygiene*, 101(8), 823-830.
- Senghore, T., Omotosho, T. A., Ceesay, O., & Williams, D. C. H. (2018). Predictors of exclusive breastfeeding knowledge and intention to or practice of exclusive breastfeeding among antenatal and postnatal women receiving routine care: a cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 13(1), 1-8.
- Sloan, S., Stewart, M., & Dunne, L. (2010). The effect of breastfeeding and stimulation in the home on cognitive development in one-year-old infants. *Child Care in Practice*, 16(2), 101-110.
- Smith, P. B., Moore, K., & Peters, L. (2012). Implementing baby-friendly practices: strategies for success. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(4), 228-233.
- Stam, J., Sauer, P. J., & Boehm, G. (2013). Can we define an infant's need from the composition of human milk?-. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 98(2), 521S-528S.
- Stuebe, A. M., & Bonuck, K. (2011). What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeeding Medicine*, 6(6), 413-420.
- Taveras, E. M., Li, R., Grummer-Strawn, L., Richardson, M., Marshall, R., Rêgo, V. H., ... & Lieu, T. A. (2004). Mothers' and Clinicians' Perspectives on Breastfeeding Counseling During Routine Preventive Visits. *Pediatrics*, 113(5), e405-e411.
- Tavoulari, E. F., Benetou, V., Vlastarakos, P. V., Kreatsas, G., & Linos, A. (2015). Immigrant status as important determinant of breastfeeding practice in southern Europe. *Central European Journal of Public Health*, 23(1), 39-44.
- Tavoulari, E. F., Benetou, V., Vlastarakos, P. V., Psaltopoulou, T., Chrousos, G., Kreatsas, G., ... & Linos, A. (2016). Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5(3), 349-357.
- Tharner, A., Luijk, M. P., Raat, H., IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., ... & Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(5), 396-404.
- Tia, T. A., W Mb, W. M., & Bb, M. I. (2013). Factors predicting early discontinuation of exclusive breastfeeding among women in Kelantan, Malaysia. *Health and the Environment Journal*, 4(1), 42-54.

- Uchendu, U. O., Ikefuna, A. N., & Emodi, I. J. (2009). Factors associated with exclusive breastfeeding among mothers seen at the University of Nigeria Teaching Hospital. *South African Journal of Child Health*, 3(1), 14-19.
- Underwood, M. A. (2013). Human milk for the premature infant. *Pediatric Clinics*, 60(1), 189-207.
- Valentine, C. J., Morrow, G., Fernandez, S., Gulati, P., Bartholomew, D., Long, D., ... & Rogers, L. K. (2010). Docosahexaenoic acid and amino acid contents in pasteurized donor milk are low for preterm infants. *The Journal of pediatrics*, 157(6), 906-910.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490.
- Wambach, K. A., & Cohen, S. M. (2009). Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), 244-254.
- Wilhelm, S. L., Rodehorst, T. K., Stepan, M. B. F., Hertzog, M., & Berens, C. (2008). Influence of intention and self-efficacy levels on duration of breastfeeding for midwest rural mothers. *Applied Nursing Research*, 21(3), 123-130.
- World Health Organization, & UNICEF. (2007). *Planning guide for national implementation of the global strategy for infant and young child feeding*. WHO Library Cataloguing-in-Publication.
- Wojcicki, J. M., Gugig, R., Tran, C., Kathiravan, S., Holbrook, K., & Heyman, M. B. (2010). Early exclusive breastfeeding and maternal attitudes towards infant feeding in a population of new mothers in San Francisco, California. *Breastfeeding Medicine*, 5(1), 9-15.
- Woo, J. G., Guerrero, M. L., Altaye, M., Ruiz-Palacios, G. M., Martin, L. J., Dubert-Ferrandon, A., ... & Morrow, A. L. (2009). Human milk adiponectin is associated with infant growth in two independent cohorts. *Breastfeeding Medicine*, 4(2), 101-109.
- Yngve, A., & Sjöström, M. (2001). Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. *Public Health Nutrition*, 4(2b), 631-645.
- Zhang, Z., Adelman, A. S., Rai, D., Boettcher, J., & Lönnnerdal, B. (2013). Amino acid profiles in term and preterm human milk through lactation: a systematic review. *Nutrients*, 5(12), 4800-4821.
- Zhou, Q., Younger, K. M., & Kearney, J. M. (2010). An exploration of the knowledge and attitudes towards breastfeeding among a sample of Chinese mothers in Ireland. *BMC Public Health*, 10(1), 722.

Παραρτήματα

Παράρτημα Α. Αποτελέσματα SPSS

Πίνακας: Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach' a σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν την ενημέρωση/ συμβουλές για το θηλασμό

Cronbach's Alpha	N of Items
,546	2

Πίνακας: Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach' a σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν τις γνώσεις των γυναικών για το θηλασμό

Cronbach's Alpha	N of Items
,888	16

Πίνακας: Συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach' a σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν τη χρονική διάρκεια θηλασμού

Cronbach's Alpha	N of Items
,952	4

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ηλικιακή ομάδα των γυναικών του δείγματος
Ηλικιακή ομάδα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
έως 24 ετών	32	26,4	26,4	26,4
25 - 35 ετών	67	55,4	55,4	81,8
Valid 36 - 45 ετών	20	16,5	16,5	98,3
άνω των 45 ετών	2	1,7	1,7	100,0
Total	121	100,0	100,0	

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για τον τόπο διαμονής των γυναικών του δείγματος
Τόπος διαμονής

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αστική	52	43,0	45,6	45,6
Valid Ημιαστική	29	24,0	25,4	71,1
Valid Αγροτική περιοχή	33	27,3	28,9	100,0
Total	114	94,2	100,0	
Missing System	7	5,8		
Total	121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για το επίπεδο σπουδών των γυναικών του δείγματος

Επίπεδο σπουδών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοτικό	1	,8	,8	,8
	Γυμνάσιο	12	9,9	10,0	10,8
	Λύκειο	50	41,3	41,7	52,5
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	48	39,7	40,0	92,5
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	9	7,4	7,5	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για τη θέση εργασίας των γυναικών του δείγματος
Θέση εργασίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιδιωτικός τομέας	51	42,1	42,5	42,5
	Δημόσιος τομέας	16	13,2	13,3	55,8
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	6	5,0	5,0	60,8
	Οικιακά	28	23,1	23,3	84,2
	Άνεργη	19	15,7	15,8	100,0
	Total	120	99,2	100,0	
Missing	System	1	,8		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την οικογενειακή κατάσταση των γυναικών του δείγματος
Οικογενειακή κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμη	109	90,1	90,1	90,1
	Άγαμη	9	7,4	7,4	97,5
	Διαζευγμένη	3	2,5	2,5	100,0
	Total	121	100,0	100,0	

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την παρούσα κατάσταση των γυναικών του δείγματος
Παρούσα κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγκυος	65	53,7	54,6	54,6
	Λεχώνα	54	44,6	45,4	100,0
	Total	119	98,3	100,0	
Missing	System	2	1,7		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για τον αριθμό παιδιών των γυναικών του δείγματος
Αριθμός παιδιών

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγκυος στο πρώτο	29	24,0	24,2
	ένα	22	18,2	42,5
	δύο	50	41,3	84,2
	τρία	14	11,6	95,8
	περισσότερα από 3	5	4,1	100,0
Total	120	99,2	100,0	
Missing System	1	,8		
Total	121	100,0		

Πίνακας : Περιγραφική στατιστική για την Ερώτηση 1

Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	26	21,5	22,6
	Λίγο	18	14,9	38,3
	Μέτρια	19	15,7	54,8
	Πολύ	21	17,4	73,0
	Πάρα πολύ	31	25,6	100,0
Total	115	95,0	100,0	
Missing System	6	5,0		
Total	121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την Ερώτηση 2

Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	19	15,7	16,1
	Λίγο	11	9,1	25,4
	Μέτρια	26	21,5	47,5
	Πολύ	28	23,1	71,2
	Πάρα πολύ	34	28,1	100,0
Total	118	97,5	100,0	
Missing System	3	2,5		
Total	121	100,0		

Πίνακας: Μέσος όρος και Τυπική απόκλιση για τις ερωτήσεις 1 και 2

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	115	1	5	3,11	1,526
Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	118	1	5	3,40	1,409
Valid N (listwise)	115				

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 4

Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μέτρια	5	4,1	4,2	4,2
	Πολύ	11	9,1	9,2	13,4
	Πάρα πολύ	103	85,1	86,6	100,0
	Total	119	98,3	100,0	
	Missing System	2	1,7		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 5

Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	1	,8	,8	,8
	Λίγο	2	1,7	1,7	2,5
	Μέτρια	6	5,0	5,1	7,6
	Πολύ	14	11,6	11,9	19,5
	Πάρα πολύ	95	78,5	80,5	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Missing System	3	2,5			
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 6

Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	66	54,5	55,9	55,9
	Λίγο	21	17,4	17,8	73,7
	Μέτρια	17	14,0	14,4	88,1
	Πολύ	4	3,3	3,4	91,5
	Πάρα πολύ	10	8,3	8,5	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Missing System	3	2,5			
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 7

Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	13	10,7	11,0	11,0
	Λίγο	11	9,1	9,3	20,3
	Μέτρια	27	22,3	22,9	43,2
	Πολύ	27	22,3	22,9	66,1
	Πάρα πολύ	40	33,1	33,9	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Missing System	3	2,5			
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 8

Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	8	6,6	6,8	6,8
	Λίγο	13	10,7	11,1	17,9

	Μέτρια	32	26,4	27,4	45,3
	Πολύ	25	20,7	21,4	66,7
	Πάρα πολύ	39	32,2	33,3	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 9
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	22	18,2	18,6	18,6
	Λίγο	18	14,9	15,3	33,9
	Μέτρια	42	34,7	35,6	69,5
	Πολύ	15	12,4	12,7	82,2
	Πάρα πολύ	21	17,4	17,8	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Missing	System	3	2,5		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 10
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	19	15,7	16,2	16,2
	Λίγο	16	13,2	13,7	29,9
	Μέτρια	33	27,3	28,2	58,1
	Πολύ	23	19,0	19,7	77,8
	Πάρα πολύ	26	21,5	22,2	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 11
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου του παιδιού.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	14	11,6	11,9	11,9
	Λίγο	12	9,9	10,2	22,0
	Μέτρια	29	24,0	24,6	46,6
	Πολύ	24	19,8	20,3	66,9
	Πάρα πολύ	39	32,2	33,1	100,0
	Total	118	97,5	100,0	
Missing	System	3	2,5		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 12
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	16	13,2	14,0	14,0
	Λίγο	16	13,2	14,0	28,1
	Μέτρια	35	28,9	30,7	58,8
	Πολύ	22	18,2	19,3	78,1

	Πάρα πολύ	25	20,7	21,9	100,0
	Total	114	94,2	100,0	
Missing	System	7	5,8		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 13
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	24	19,8	20,5	20,5
	Λίγο	9	7,4	7,7	28,2
	Μέτρια	37	30,6	31,6	59,8
	Πολύ	19	15,7	16,2	76,1
	Πάρα πολύ	28	23,1	23,9	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 14
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	10	8,3	8,5	8,5
	Λίγο	9	7,4	7,7	16,2
	Μέτρια	21	17,4	17,9	34,2
	Πολύ	26	21,5	22,2	56,4
	Πάρα πολύ	51	42,1	43,6	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 15
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	2	1,7	1,7	1,7
	Λίγο	5	4,1	4,3	6,0
	Μέτρια	9	7,4	7,8	13,8
	Πολύ	19	15,7	16,4	30,2
	Πάρα πολύ	81	66,9	69,8	100,0
	Total	116	95,9	100,0	
Missing	System	5	4,1		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 16
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	15	12,4	12,8	12,8
	Λίγο	10	8,3	8,5	21,4
	Μέτρια	23	19,0	19,7	41,0
	Πολύ	15	12,4	12,8	53,8
	Πάρα πολύ	54	44,6	46,2	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 17

Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Καθόλου	5	4,1	4,3	4,3
	Λίγο	5	4,1	4,3	8,6
	Μέτρια	20	16,5	17,2	25,9
	Πολύ	24	19,8	20,7	46,6
	Πάρα πολύ	62	51,2	53,4	100,0
Total	116	95,9	100,0		
Missing	System	5	4,1		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 18

Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Καθόλου	14	11,6	12,1	12,1
	Λίγο	9	7,4	7,8	19,8
	Μέτρια	24	19,8	20,7	40,5
	Πολύ	24	19,8	20,7	61,2
	Πάρα πολύ	45	37,2	38,8	100,0
Total	116	95,9	100,0		
Missing	System	5	4,1		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 19

Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Καθόλου	23	19,0	19,8	19,8
	Λίγο	14	11,6	12,1	31,9
	Μέτρια	29	24,0	25,0	56,9
	Πολύ	20	16,5	17,2	74,1
	Πάρα πολύ	30	24,8	25,9	100,0
Total	116	95,9	100,0		
Missing	System	5	4,1		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Μ.Ο. και Τ.Α. για τις ερωτήσεις 4 - 19

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	119	3	5	4,82	,481
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	118	1	5	4,69	,722
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	118	1	5	1,91	1,268
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	118	1	5	3,59	1,335
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	117	1	5	3,63	1,243
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	118	1	5	2,96	1,323

Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	117	1	5	3,18	1,362
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	118	1	5	3,53	1,357
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	114	1	5	3,21	1,320
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	117	1	5	3,15	1,418
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	117	1	5	3,85	1,297
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	116	1	5	4,48	,937
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	117	1	5	3,71	1,445
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	116	1	5	4,15	1,121
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	116	1	5	3,66	1,376
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	116	1	5	3,17	1,452
Valid N (listwise)	109				

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την απόφαση περί θηλασμού

Πότε πήρατε την απόφαση ότι θα θηλάσετε:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Πήρα την απόφαση πριν από την εγκυμοσύνη	78	64,5	66,7	66,7
	Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	21	17,4	17,9	84,6
	Μετά τον τοκετό	14	11,6	12,0	96,6
	Αποφάσισα πως δε θα θηλάσω	4	3,3	3,4	100,0
	Total	117	96,7	100,0	
Missing	System	4	3,3		
Total	121	100,0			

Πίνακας: Μέσος χρόνος θηλασμού 1^{ου} παιδιού

Το 1ο παιδί:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	
Valid	Καθόλου	5	4,1	6,0	6,0
	έως 1 εβδομάδα	7	5,8	8,3	14,3
	1 εβδ. - 1 μήνας	5	4,1	6,0	20,2
	1 - 3 μήνες	10	8,3	11,9	32,1
	3 - 7 μήνες	20	16,5	23,8	56,0

	> 7 μήνες	37	30,6	44,0	100,0
	Total	84	69,4	100,0	
Missing	System	37	30,6		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Μέσος χρόνος θηλασμού 2^{ου} παιδιού

Το 2ο παιδί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Καθόλου	3	2,5	8,1	8,1
	έως 1 εβδομάδα	4	3,3	10,8	18,9
Valid	1 - 3 μήνες	9	7,4	24,3	43,2
	3 - 7 μήνες	4	3,3	10,8	54,1
	> 7 μήνες	17	14,0	45,9	100,0
	Total	37	30,6	100,0	
Missing	System	84	69,4		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Μέσος χρόνος θηλασμού 3^{ου} παιδιού

Το 3ο παιδί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Καθόλου	2	1,7	18,2	18,2
	1 - 3 μήνες	2	1,7	18,2	36,4
Valid	3 - 7 μήνες	2	1,7	18,2	54,5
	> 7 μήνες	5	4,1	45,5	100,0
	Total	11	9,1	100,0	
Missing	System	110	90,9		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Μέσος χρόνος θηλασμού 4^{ου} παιδιού

Το 4ο παιδί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1 - 3 μήνες	1	,8	25,0	25,0
Valid	3 - 7 μήνες	1	,8	25,0	50,0
	> 7 μήνες	2	1,7	50,0	100,0
	Total	4	3,3	100,0	
Missing	System	117	96,7		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Επάρκεια χρόνου θηλασμού 1^{ου} παιδιού

Το 1ο παιδί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ανεπαρκές	10	8,3	19,2	19,2
Valid	Μάλλον επαρκές	15	12,4	28,8	48,1
	Επαρκές	27	22,3	51,9	100,0
	Total	52	43,0	100,0	
Missing	System	69	57,0		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Επάρκεια χρόνου θηλασμού 2^{ου} παιδιού

Το 2ο παιδί:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Ανεπαρκές	9	7,4	19,6	19,6
Valid	Μάλλον επαρκές	10	8,3	21,7	41,3
	Επαρκές	27	22,3	58,7	100,0
	Total	46	38,0	100,0	

Missing	System	75	62,0	
Total		121	100,0	

Πίνακας: Επάρκεια χρόνου θηλασμού 3^{ου} παιδιού
Το 3ο παιδί :

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανεπαρκές	2	1,7	15,4
	Μάλλον επαρκές	3	2,5	38,5
	Επαρκές	8	6,6	100,0
	Total	13	10,7	
Missing	System	108	89,3	
Total		121	100,0	

Πίνακας: Επάρκεια χρόνου θηλασμού 4^{ου} παιδιού
Το 4ο παιδί :

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανεπαρκές	1	,8	33,3
	Επαρκές	2	1,7	100,0
	Total	3	2,5	
Missing	System	118	97,5	
Total		121	100,0	

Πίνακας: Περιγραφική στατιστική για την ερώτηση 4γ
Αντιμετωπίσατε δυσκολίες ή προβλήματα κατά την έναρξη του θηλασμού

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	27	22,3	31,8
	Όχι	58	47,9	100,0
	Total	85	70,2	
Missing	System	36	29,8	
Total		121	100,0	

Πίνακας: Ερώτηση 5α

Έλλειψη χρόνου

	Frequency	Percent
Missing	System	121
		100,0

Πίνακας: Ερώτηση 5β

Ασθένεια

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	13	10,7	17,3
	Όχι	62	51,2	82,7
	Total	75	62,0	100,0
Missing	System	46	38,0	
Total		121	100,0	

Πίνακας: Ερώτηση 5γ

Επιστροφή στην εργασία

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	12	9,9	16,0

	Όχι	63	52,1	84,0	100,0
	Total	75	62,0	100,0	
Missing	System	46	38,0		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Ερώτηση 5δ

Ανατομία θηλής

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	31	25,6	41,3	41,3
	Όχι	44	36,4	58,7	100,0
	Total	75	62,0	100,0	
Missing	System	46	38,0		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Ερώτηση 5ε

Άλλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	7	5,8	9,3	9,3
	Όχι	68	56,2	90,7	100,0
	Total	75	62,0	100,0	
Missing	System	46	38,0		
Total		121	100,0		

Πίνακας: Ηλικία μωρού σε μήνες

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία μωρού(σε μήνες)	69	0	28	8,92	5,596
Valid N (listwise)	69				

Tests of Normality

	Παρούσα κατάσταση	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Έγκυος	,194	58	,000	,836	58	,000
	Λεχώνα	,162	46	,004	,865	46	,000
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Έγκυος	,174	58	,000	,874	58	,000
	Λεχώνα	,224	46	,000	,827	46	,000
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Έγκυος	,526	58	,000	,315	58	,000
	Λεχώνα	,490	46	,000	,474	46	,000
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	Έγκυος	,499	58	,000	,445	58	,000
	Λεχώνα	,458	46	,000	,520	46	,000
Πιστεύω πως το μητρικό	Έγκυος	,312	58	,000	,722	58	,000

γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Λεχώνα	,324	46	,000	,719	46	,000
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Έγκυος	,188	58	,000	,862	58	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Λεχώνα	,224	46	,000	,839	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Έγκυος	,213	58	,000	,859	58	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Λεχώνα	,186	46	,000	,856	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Έγκυος	,172	58	,000	,889	58	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Λεχώνα	,202	46	,000	,886	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Έγκυος	,175	58	,000	,881	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,189	46	,000	,877	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,188	58	,000	,866	58	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Λεχώνα	,208	46	,000	,845	46	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Έγκυος	,194	58	,000	,902	58	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Λεχώνα	,167	46	,003	,867	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Έγκυος	,165	58	,000	,858	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,180	46	,001	,871	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,263	58	,000	,813	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,256	46	,000	,783	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,405	58	,000	,586	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,404	46	,000	,656	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,258	58	,000	,796	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,310	46	,000	,782	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,299	58	,000	,765	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,330	46	,000	,736	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,200	58	,000	,832	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,255	46	,000	,807	46	,000
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	,161	58	,001	,860	58	,000
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Λεχώνα	,146	46	,016	,882	46	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας: Mann – Whitney U Test (έγκυος - λεχώνα)

		Ranks		
	Παρούσα κατάσταση	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες	Έγκυος	61	56,23	3430,00
	Λεχώνα	52	57,90	3011,00

ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Total	113		
Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Έγκυος	62	56,32	3492,00
	Λεχώνα	54	61,00	3294,00
	Total	116		
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Έγκυος	63	61,41	3869,00
	Λεχώνα	54	56,19	3034,00
	Total	117		
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	Έγκυος	62	59,61	3696,00
	Λεχώνα	54	57,22	3090,00
	Total	116		
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Έγκυος	62	58,35	3617,50
	Λεχώνα	54	58,68	3168,50
	Total	116		
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Έγκυος	62	54,66	3389,00
	Λεχώνα	54	62,91	3397,00
	Total	116		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Έγκυος	61	57,61	3514,50
	Λεχώνα	54	58,44	3155,50
	Total	115		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Έγκυος	62	58,14	3604,50
	Λεχώνα	54	58,92	3181,50
	Total	116		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Έγκυος	61	59,42	3624,50
	Λεχώνα	54	56,40	3045,50
	Total	115		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Έγκυος	62	58,03	3598,00
	Λεχώνα	54	59,04	3188,00
	Total	116		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Έγκυος	61	56,13	3424,00
	Λεχώνα	51	56,94	2904,00
	Total	112		
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Έγκυος	62	55,90	3466,00
	Λεχώνα	53	60,45	3204,00
	Total	115		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Έγκυος	62	56,94	3530,50
	Λεχώνα	53	59,24	3139,50
	Total	115		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Έγκυος	62	58,98	3656,50
	Λεχώνα	52	55,74	2898,50
	Total	114		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Έγκυος	62	57,68	3576,00
	Λεχώνα	53	58,38	3094,00
	Total	115		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Έγκυος	62	58,19	3607,50
	Λεχώνα	52	56,68	2947,50
	Total	114		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Έγκυος	62	58,26	3612,00
	Λεχώνα	52	56,60	2943,00
	Total	114		
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Έγκυος	62	58,65	3636,50
	Λεχώνα	52	56,13	2918,50
	Total	114		

Πίνακας: Μελέτη επίδρασης της ηλικίας στις απαντήσεις των γυναικών
ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	3,097	3	1,032	,437	,727
	Within Groups	262,433	111	2,364		
	Total	265,530	114			
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	7,343	3	2,448	1,241	,298
	Within Groups	224,937	114	1,973		
	Total	232,280	117			
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Between Groups	1,424	3	,475	2,110	,103
	Within Groups	25,870	115	,225		
	Total	27,294	118			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	Between Groups	1,020	3	,340	,646	,587
	Within Groups	59,997	114	,526		
	Total	61,017	117			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Between Groups	2,718	3	,906	,558	,644
	Within Groups	185,256	114	1,625		
	Total	187,975	117			
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Between Groups	10,437	3	3,479	2,003	,118
	Within Groups	198,038	114	1,737		
	Total	208,475	117			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Between Groups	4,155	3	1,385	,894	,447
	Within Groups	175,041	113	1,549		
	Total	179,197	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Between Groups	4,862	3	1,621	,924	,432
	Within Groups	199,926	114	1,754		
	Total	204,788	117			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Between Groups	7,651	3	2,550	1,388	,250
	Within Groups	207,580	113	1,837		
	Total	215,231	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Between Groups	8,384	3	2,795	1,539	,208
	Within Groups	207,040	114	1,816		
	Total	215,424	117			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Between Groups	25,206	3	8,402	5,382	,002
	Within Groups	171,741	110	1,561		
	Total	196,947	113			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Between Groups	7,067	3	2,356	1,177	,322
	Within Groups	226,164	113	2,001		
	Total	233,231	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Between Groups	2,759	3	,920	,540	,656
	Within Groups	192,472	113	1,703		
	Total	195,231	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Between Groups	8,630	3	2,877	3,489	,018
	Within Groups	92,336	112	,824		
	Total	100,966	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Between Groups	7,958	3	2,653	1,280	,285
	Within Groups	234,162	113	2,072		
	Total	242,120	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Between Groups	2,844	3	,948	,750	,525
	Within Groups	141,664	112	1,265		
	Total	144,509	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Between Groups	,142	3	,047	,024	,995
	Within Groups	217,745	112	1,944		
	Total	217,888	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν	Between Groups	7,216	3	2,405	1,145	,334
	Within Groups	235,336	112	2,101		

λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Total	242,552	115			
-----------------------------	-------	---------	-----	--	--	--

Πίνακας: Μελέτη επίδρασης του τύπου διανομής στις απαντήσεις των γυναικών
ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	8,876	2	4,438	1,954	,147
	Within Groups	243,024	107	2,271		
	Total	251,900	109			
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	6,356	2	3,178	1,576	,211
	Within Groups	221,768	110	2,016		
	Total	228,124	112			
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Between Groups	,114	2	,057	,244	,784
	Within Groups	25,691	110	,234		
	Total	25,805	112			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	Between Groups	,128	2	,064	,117	,889
	Within Groups	60,031	110	,546		
	Total	60,159	112			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Between Groups	3,371	2	1,686	1,080	,343
	Within Groups	171,744	110	1,561		
	Total	175,115	112			
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Between Groups	,136	2	,068	,037	,964
	Within Groups	201,316	110	1,830		
	Total	201,451	112			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Between Groups	2,098	2	1,049	,670	,514
	Within Groups	170,616	109	1,565		
	Total	172,714	111			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Between Groups	2,440	2	1,220	,684	,507
	Within Groups	196,126	110	1,783		
	Total	198,566	112			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Between Groups	1,956	2	,978	,515	,599
	Within Groups	207,151	109	1,900		
	Total	209,107	111			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσου του εντέρου του παιδιού.	Between Groups	,869	2	,434	,230	,795
	Within Groups	207,361	110	1,885		
	Total	208,230	112			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Between Groups	2,060	2	1,030	,580	,561
	Within Groups	188,087	106	1,774		
	Total	190,147	108			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Between Groups	2,176	2	1,088	,532	,589
	Within Groups	222,932	109	2,045		
	Total	225,107	111			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Between Groups	1,273	2	,637	,368	,693
	Within Groups	188,405	109	1,728		
	Total	189,679	111			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Between Groups	,234	2	,117	,130	,879
	Within Groups	97,496	108	,903		
	Total	97,730	110			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Between Groups	3,981	2	1,991	,963	,385
	Within Groups	225,296	109	2,067		
	Total	229,277	111			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Between Groups	2,017	2	1,008	,839	,435
	Within Groups	129,731	108	1,201		
	Total	131,748	110			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Between Groups	,016	2	,008	,004	,996
	Within Groups	206,651	108	1,913		
	Total	206,667	110			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Between Groups	3,067	2	1,534	,747	,476
	Within Groups	221,743	108	2,053		
	Total	224,811	110			

Πίνακας: Μελέτη επίδρασης του εκπαιδευτικού επιπέδου των γυναικών στις απαντήσεις τους

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	13,016	4	3,254	1,405	,237
	Within Groups	252,501	109	2,317		
	Total	265,518	113			
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	9,993	4	2,498	1,261	,290
	Within Groups	221,922	112	1,981		
	Total	231,915	116			
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Between Groups	,213	4	,053	,228	,922
	Within Groups	26,397	113	,234		
	Total	26,610	117			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	Between Groups	3,552	4	,888	1,734	,148
	Within Groups	57,371	112	,512		
	Total	60,923	116			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Between Groups	6,254	4	1,564	,988	,417
	Within Groups	177,301	112	1,583		
	Total	183,556	116			
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Between Groups	14,199	4	3,550	2,074	,089
	Within Groups	191,716	112	1,712		
	Total	205,915	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Between Groups	17,407	4	4,352	3,036	,020
	Within Groups	159,101	111	1,433		
	Total	176,509	115			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Between Groups	6,958	4	1,739	,989	,416
	Within Groups	196,906	112	1,758		
	Total	203,863	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Between Groups	2,939	4	,735	,387	,818
	Within Groups	210,889	111	1,900		
	Total	213,828	115			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Between Groups	3,075	4	,769	,410	,801
	Within Groups	210,002	112	1,875		
	Total	213,077	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Between Groups	11,989	4	2,997	1,764	,141
	Within Groups	183,480	108	1,699		
	Total	195,469	112			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Between Groups	8,692	4	2,173	1,084	,368
	Within Groups	224,539	112	2,005		
	Total	233,231	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Between Groups	9,252	4	2,313	1,393	,241
	Within Groups	185,979	112	1,661		
	Total	195,231	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Between Groups	4,745	4	1,186	1,368	,250
	Within Groups	96,221	111	,867		
	Total	100,966	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Between Groups	6,819	4	1,705	,811	,520
	Within Groups	235,300	112	2,101		
	Total	242,120	116			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Between Groups	1,775	4	,444	,345	,847
	Within Groups	142,733	111	1,286		
	Total	144,509	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Between Groups	6,196	4	1,549	,812	,520
	Within Groups	211,692	111	1,907		
	Total	217,888	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν	Between Groups	8,396	4	2,099	,995	,413
	Within Groups	234,156	111	2,110		

λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Total	242,552	115			
-----------------------------	-------	---------	-----	--	--	--

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	5,827	4	1,457	,622	,648
	Within Groups	255,199	109	2,341		
	Total	261,026	113			
Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	Between Groups	16,641	4	4,160	2,162	,078
	Within Groups	215,479	112	1,924		
	Total	232,120	116			
Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	Between Groups	1,822	4	,455	2,023	,096
	Within Groups	25,441	113	,225		
	Total	27,263	117			
Πιστεύω πως ο μητρικό γάλα είναι αναπικατάστατο.	Between Groups	4,039	4	1,010	1,988	,101
	Within Groups	56,884	112	,508		
	Total	60,923	116			
Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	Between Groups	1,209	4	,302	,181	,948
	Within Groups	186,756	112	1,667		
	Total	187,966	116			
Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	Between Groups	11,448	4	2,862	1,644	,168
	Within Groups	195,031	112	1,741		
	Total	206,479	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	Between Groups	7,976	4	1,994	1,307	,272
	Within Groups	169,334	111	1,526		
	Total	177,310	115			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	Between Groups	4,932	4	1,233	,705	,590
	Within Groups	195,991	112	1,750		
	Total	200,923	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	Between Groups	4,164	4	1,041	,547	,701
	Within Groups	211,035	111	1,901		
	Total	215,198	115			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	Between Groups	6,221	4	1,555	,859	,491
	Within Groups	202,770	112	1,810		
	Total	208,991	116			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	Between Groups	6,256	4	1,564	,886	,475
	Within Groups	190,647	108	1,765		
	Total	196,903	112			
Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	Between Groups	16,841	4	4,210	2,207	,073
	Within Groups	211,711	111	1,907		
	Total	228,552	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	Between Groups	11,235	4	2,809	1,727	,149
	Within Groups	180,558	111	1,627		
	Total	191,793	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	Between Groups	4,546	4	1,137	1,300	,274
	Within Groups	96,149	110	,874		
	Total	100,696	114			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	Between Groups	9,924	4	2,481	1,186	,321
	Within Groups	232,111	111	2,091		
	Total	242,034	115			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	Between Groups	6,465	4	1,616	1,295	,277
	Within Groups	137,309	110	1,248		
	Total	143,774	114			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	Between Groups	7,969	4	1,992	1,081	,370
	Within Groups	202,762	110	1,843		
	Total	210,730	114			
Γνωρίζω ότι οι μητέρες που	Between Groups	5,795	4	1,449	,683	,605

θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	Within Groups	233,388	110	2,122		
	Total	239,183	114			

Παράρτημα Β. Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Στο πλαίσιο εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας με θέμα «Στάσεις και Πεποιθήσεις των Γυναικών ως προς τον Μητρικό Θηλασμό» της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης, διεξάγεται μια έρευνα με σκοπό να μελετήσει την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση και τη στάση των εγκύων και λεχώνων γυναικών ως προς τον μητρικό θηλασμό.

Η συμβολή σας είναι εξαιρετικά σημαντική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθειά σας.

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(Σημειώστε √ στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στην απάντησή σας)

- 1. Ηλικιακή Ομάδα:** Έως 24 25-35 36-45 Άνω των 45
- 2. Τόπος διαμονής:** Αστική Ημιαστική Αγροτική περιοχή
- 3. Επίπεδο σπουδών:**

Απόφοιτη Δημοτικού

Απόφοιτη Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι

Απόφοιτη Γυμνασίου

Απόφοιτη Μεταπτυχιακών / Διδακτορικών
σπουδών

Απόφοιτη Λυκείου

4. Θέση εργασίας:

Ιδιωτικός Τομέας

Δημόσιος Τομέας

Ελεύθερος επαγγελματίας

Οικιακά

Άνεργη

5. Οικογενειακή κατάσταση:

Έγγαμη

Άγαμη

Διαζευγμένη

Χήρα

Σε διάσταση

6. Στη παρούσα φάση είστε :

Έγκυος Λεχώνα

7. Αριθμός παιδιών:

Έγκυος στο πρώτο Ένα Δυο Τρία

Περισσότερα από τρία

B. ΓΝΩΣΕΙΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

(Στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σας)

1 = Καθόλου, 2 = Λίγο, 3 = Μέτρια, 4 = Πολύ, 5 = Πάρα πολύ

1. Δέχτηκα συμβουλές/πληροφορίες ειδικών σχετικά με το θηλασμό.	1	2	3	4	5
2. Δέχτηκα συμβουλές/ πληροφορίες από το οικείο περιβάλλον μου σχετικά με το θηλασμό.	1	2	3	4	5

3. Σε περίπτωση που δεχτήκατε συμβουλές, προσδιορίστε επακριβώς από ποιον:

(Σημειώστε √ στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στην απάντησή σας)

Οικογενειακό Περιβάλλον	
Γυναικολόγο	
Μαία	
Παιδίατρο	
Περιοδικά - Βιβλία	
Ίντερνετ	
Άλλο (αναφέρατε)	

(Στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώστε τον αριθμό που αντιπροσωπεύει καλύτερα την απάντησή σας)

4. Εκτιμώ πως ο θηλασμός προσφέρει πολλά οφέλη στο βρέφος και τη μητέρα.	1	2	3	4	5
5. Πιστεύω πως το μητρικό γάλα είναι αναντικατάστατο.	1	2	3	4	5
6. Πιστεύω πως το μητρικό γάλα μπορεί να αντικατασταθεί από γάλατα του εμπορίου.	1	2	3	4	5
7. Γνωρίζω πως τα θηλάζοντα βρέφη έχουν υψηλότερο IQ.	1	2	3	4	5
8. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην παιδική παχυσαρκία.	1	2	3	4	5
9. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην οξεία και μέση χρόνια ωτίτιδα του παιδιού.	1	2	3	4	5
10. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στη νοσηλεία του παιδιού από μηνιγγίτιδα.	1	2	3	4	5
11. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση διάρροιας και τη φλεγμονώδους νόσο του εντέρου του παιδιού.	1	2	3	4	5
12. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη στο παιδί.	1	2	3	4	5

13. Γνωρίζω ότι ο θηλασμός δρα ανασταλτικά στην εμφάνιση παιδικού καρκίνου.	1	2	3	4	5
14. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση.	1	2	3	4	5
15. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν αναπτύσσουν γρηγορότερα δεσμό με το μωρό τους.	1	2	3	4	5
16. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εγκαταλείπουν τα μωρά τους σπανιότερα.	1	2	3	4	5
17. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο του μαστού.	1	2	3	4	5
18. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά καρκίνο των ωοθηκών.	1	2	3	4	5
19. Γνωρίζω ότι οι μητέρες που θηλάζουν εμφανίσουν λιγότερο συχνά οστεοπόρωση.	1	2	3	4	5

Γ. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

(Σημειώστε √ στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί στην απάντησή σας)

1. Πότε πήρατε την απόφαση ότι θα θηλάσετε:

Πήρα την απόφαση πριν την εγκυμοσύνη

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Μετά τον τοκετό

Αποφάσισα πως δε θα θηλάσω

2. Πόσο διάστημα κατά μέσο όρο τα θηλάσατε;

	Καθόλου	Έως 1 εβδομάδα	1 εβδομάδα – 1 μήνας	1 – 3 μήνες	3 – 7 μήνες	Περισσότερους από 7 μήνες
Το 1ο παιδί:						
Το 2ο παιδί:						
Το 3ο παιδί :						
Το 4ο παιδί :						

3. Πως θα χαρακτηρίζατε το συνολικό διάστημα θηλασμού για το κάθε παιδί ως:

	Ανεπαρκές	Μάλλον Επαρκές	Επαρκές
Το 1ο παιδί:			
Το 2ο παιδί:			
Το 3ο παιδί :			
Το 4ο παιδί :			

4. Αντιμετωπίσατε δυσκολίες ή προβλήματα κατά την έναρξη του θηλασμού;

Ναι Όχι

5. Ποιοι ήταν οι λόγοι που δεν θηλάσατε ή που διακόψατε το θηλασμό;

Έλλειψη χρόνου

Ασθένεια

Επιστροφή στην εργασία

Ανατομία θηλής

Άλλο(αναφέρετε):

6. Τι ηλικία είχε το μωρό σας όταν διακόψατε το θηλασμό

(σε περίπτωση που έχετε περισσότερα από ένα παιδιά, αναφέρατε τον μέσο όρο των ηλικιών τους):.....μηνών

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

«Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η

ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».