



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ ΓΙΑ ΜΗΤΡΙΚΟ
ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΕ ΛΕΧΩΙΔΕΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ»**

**Πουρούλα Μαριλένα
ΑΜ: 20055**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:
Ηλιάδου Μαρία**

Αθήνα, 2022



University of West Attica
Faculty of Health & Caring Sciences
Department of Midwifery

Postgraduate Program (MSc)
«Advanced and Evidence Based Midwifery Care»

Diploma Thesis
«INVESTIGATION OF THE INTENTION AND ATTITUDE FOR
BREASTFEEDING OF PUERPERANTS IN THE REGION»

Pouroula Marilena
Registration Number: 20055

Supervisor: Iliadou Maria

Athens, 2022

.....

.. Στους γονείς μου & στην κα. Ηλιάδου

*ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΥΠΟΒΛΗΘΕΙΣΑ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΩΣ ΜΕΡΟΥΣ ΤΩΝ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*

*MASTER THESIS SUBMITTED TO THE DEPARTMENT OF MIDWIFERY OF THE UNIVERSITY OF WEST ATTICA IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SCIENCE IN ADVANCED AND EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE*

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Ηλιάδου Μαρία	Επίκουρη Καθηγήτρια	
2	Δάγλα Μαρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Γαλάνης Πέτρος	Επίκουρος Καθηγητής	

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Πουρούλα Μαριλένα, του Γεωργίου, με αριθμό μητρώου 20055, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής δηλώνω ότι :

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 08/07/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα

Η επιβλέπουσα καθηγήτρια



Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια των μεταπτυχιακών μου σπουδών στη σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, στο τμήμα Μαιευτικής, με θέμα: *«Διερεύνηση της πρόθεσης και της στάσης για μητρικό θηλασμό σε λεχωίδες της Περιφέρειας»*.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας διπλωματικής εργασίας, για την στήριξη και τη βοήθεια που μου προσέφερε, τόσο κατά την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης όσο και καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αστείρευτη αγάπη και υποστήριξη που μου προσφέρουν όλα αυτά τα χρόνια της ακαδημαϊκής μου πορείας.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο μητρικός θηλασμός είναι κεντρικής σημασίας για την υγιή ανάπτυξη του ανθρώπου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και γενικότερα οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με την ανθρώπινη υγεία και ευεξία αναδεικνύουν την κεντρική σημασία του μητρικού θηλασμού για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης. Με βάση την υφιστάμενη βιβλιογραφία, ενδεχομένως οι στάσεις ορισμένων γυναικών έναντι του μητρικού θηλασμού να μην είναι θετικές, κάτι που φαίνεται να σχετίζεται με συγκεκριμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει τη στάση και την πρόθεση των λεχωίδων όσον αφορά το θηλασμό και τη συσχέτισή τους με τους δείκτες θηλασμού στο μαιευτήριο καθώς και το ρόλο σχετικών κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μία συγχρονική μελέτη με δείγμα ευκολίας, όπου ερωτήθηκαν 150 λεχωίδες όσον αφορά την πρόθεση και τη στάση τους για το μητρικό θηλασμό, σε 2 νοσοκομειακές μονάδες της περιφέρειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τις 16 Ιουλίου 2021 έως τις 22 Ιουνίου 2022. Για τη μέτρηση των στάσεων των λεχωίδων σχετικά με το μητρικό θηλασμό χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν με τη χρήση του SPSS για Windows (έκδοση 22).

Αποτελέσματα: Από την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε, προκύπτουν ορισμένες κεντρικές διαπιστώσεις. Πρώτον, οι περισσότερες γυναίκες διακρίνονται από μία θετική στάση έναντι του μητρικού θηλασμού (58.7%), ενώ ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο ποσοστό (41.3%) διακρίνεται από ουδέτερες στάσεις. Δεύτερον, φαίνεται πως υπάρχει μία διαφοροποίηση των στάσεων έναντι του μητρικού θηλασμού με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών, καθώς οι γυναίκες που είχαν μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών είχαν πιο θετικές στάσεις από τις απόφοιτες Γυμνασίου και Λυκείου ($p=0.020$). Τρίτον, η πρόθεση για θηλασμό του μωρού σχετίζεται με πιο θετικές στάσεις για το θηλασμό ($p=0.004$). Τέταρτον, η υποστήριξη από τις μαίες και από το σύντροφο συνδέεται με πιο θετικές στάσεις όσον αφορά το θηλασμό ($p=0.002$ & 0.010 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Με αφετηρία τα ανωτέρω, προτείνεται η ανάπτυξη παρεμβάσεων από τις/τους μαίες/τές για την κάλυψη της ασυμμετρίας γνώσης από πλευράς των γυναικών, που

ενδεχομένως να οδηγεί τις γυναίκες με πιο χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο στη διαμόρφωση λιγότερο θετικών στάσεων έναντι του θηλασμού. Επιπροσθέτως, κρίνεται επιβεβλημένη η ανάπτυξη ευρύτερων παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στο γενικό πληθυσμό για τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων όσον αφορά το μητρικό θηλασμό.

Λέξεις κλειδιά: “Βρέφος”, “Θηλασμός”, “Μαίες”, “Στάσεις”, “Πρόθεση”

Abstract

Introduction: Breastfeeding is central to healthy human development. The World Health Organization and international organizations concerned with human health and well-being in general highlight the central importance of breastfeeding in promoting healthy development. Based on the existing literature, it is possible that some women's attitudes towards breastfeeding may not be positive, which seems to be related to specific socio-demographic characteristics.

Aim: The present study aims to investigate the attitudes and intention of mothers regarding breastfeeding and their association with breastfeeding indicators in the maternity ward and the role of related socio-demographic factors.

Methodology: A synchronous convenience study was performed, in which 150 mothers were asked about their intention and attitude for breastfeeding in 2 hospital units in the region. The study was conducted from July 16, 2021 to June 22, 2022. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) questionnaire was used to measure breastfeeding attitudes. The collected data were analyzed using SPSS for Windows (version 22).

Results: Some central findings emerge from the research that was conducted. First, most women are characterized by a positive attitude towards breastfeeding (58.7%), while a highly significant proportion (41.3%) are characterized by neutral attitudes. Second, there seems to be a differentiation of attitudes towards breastfeeding based on women's educational level, as women with a master's or doctoral degree had more positive attitudes than high school graduates ($p=0.020$). Third, intention to breastfeed the baby was associated with more positive attitudes towards breastfeeding ($p=0.004$). Fourth, support from midwives and partner was associated with more positive attitudes towards breastfeeding ($p=0.002$ & 0.010 respectively).

Conclusions: Based on the above, it is suggested that midwives develop interventions to address the knowledge asymmetry on the part of women, which may lead women with lower educational level to form less positive attitudes towards breastfeeding. In addition, it seems imperative to develop broader interventions targeting the general population to improve knowledge and attitudes towards breastfeeding.

Key-words: attitudes; breastfeeding; infants; midwives

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	6
Περίληψη.....	7
Abstract.....	9
Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή.....	13
1.1 Εισαγωγικά.....	13
1.2 Αντικείμενο μελέτης.....	15
1.3 Δομή εργασίας.....	15
Κεφάλαιο 2. Μητρικός Θηλασμός.....	17
2.1 Ορισμός θηλασμού.....	17
2.2 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού.....	18
2.3 Εμπόδια θηλασμού.....	22
2.4 Προγεννητική προετοιμασία μητρικού θηλασμού.....	24
Κεφάλαιο 3. Υποστήριξη μητρικού θηλασμού.....	26
3.1 Προαγωγή μητρικού θηλασμού.....	26
3.2 Παρεμβάσεις υποστήριξης μητρικού θηλασμού.....	28
3.2.1 Υποστήριξη λεχιδών.....	28
3.2.2 Υποστήριξη λεχιδών από επαγγελματίες υγείας.....	29
3.2.3 Υποστήριξη λεχιδών από οικογένεια, κοινότητα και εργασιακό περιβάλλον.....	29
Κεφάλαιο 4. Πρόθεση και στάση λεχιδών για τον μητρικό θηλασμό.....	31
Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία Έρευνας.....	36
5.1 Σκοπός - επιμέρους στόχοι της μελέτης.....	36
5.2 Πληθυσμός μελέτης και τρόπος συλλογής δεδομένων.....	37
5.3 Ανάλυση ερωτηματολογίου.....	37
5.4 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα.....	40
5.5 Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων.....	40
Κεφάλαιο 6. Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	42
6.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων.....	42
6.2 Επαγωγική ανάλυση δεδομένων.....	51
Κεφάλαιο 7. Συζήτηση.....	59
Κεφάλαιο 8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα-Προτάσεις για προαγωγή του μητρικού θηλασμού.....	63
Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα.....	65
Βιβλιογραφία.....	66
Παράρτημα.....	75

I.	Έγκριση Διανομής Ερωτηματολογίου	75
II.	Άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων.....	76
III.	Άδεια χρήσης της Κλίμακας Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)	76
IV.	Έγκριση του μεταφρασμένου εργαλείου της Κλίμακας Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)	78
V.	Έντυπο συγκατάθεσης ερωτηματολογίων	79
VI.	Ερωτηματολόγιο	81

Περιεχόμενα Πινάκων-Γραφημάτων

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα	42
Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος (N=150) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	43
Πίνακας 3. Αναφερόμενος λόγος μη έναρξης μητρικού θηλασμού	50
Πίνακας 4. Η συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές του IIFAS.....	51
Πίνακας 5. Η συσχέτιση του ΔΜΣ πριν την κύηση με τις τιμές του IIFAS	51
Πίνακας 6. Η συσχέτιση του ΔΜΣ μετά την κύηση με τις τιμές του IIFAS.....	51
Πίνακας 7. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση τον τόπο κατοικίας	52
Πίνακας 8. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	52
Πίνακας 9. Ο post-hoc έλεγχος για τις διαφορές με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	53
Πίνακας 10. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση την επαγγελματική κατάσταση	53
Πίνακας 11. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση το οικογενειακό εισόδημα	54
Πίνακας 12. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση την οικογενειακή κατάσταση.....	54
Πίνακας 13. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση την απόφαση για θηλασμό του μωρού	55
Πίνακας 14. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση το θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό	55
Πίνακας 15. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση την έναρξη αποκλειστικού θηλασμού στο μαιευτήριο.....	56
Πίνακας 16. Οι διαφορές στις τιμές του IIFAS με βάση την έναρξη μεικτού θηλασμού στο μαιευτήριο	56
Πίνακας 17. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά το ΜΘ από τις μαίες του μαιευτηρίου με τις τιμές του IIFAS.....	57
Πίνακας 18. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά το ΜΘ από το οικογενειακό περιβάλλον με τις τιμές του	57
Πίνακας 19. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά τον ΜΘ από τον σύντροφο με τις τιμές του IIFAS	58
Πίνακας 20. Η συσχέτιση της παροχής συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο με τις τιμές του IIFAS.....	58
Πίτα 1. Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;.....	45
Πίτα 2. Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα).....	46
Ιστόγραμμα 1. Έναρξη μητρικού-μεικτού θηλασμού-Σίτιση με ξένο γάλα στο μαιευτήριο (N%)	47
Ιστόγραμμα 2. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τις μαίες, το οικογενειακό περιβάλλον και τον σύντροφο (N%).....	48

Κεφάλαιο 1. Εισαγωγή

1.1 Εισαγωγικά

Τα τελευταία χρόνια διεξάγεται πολύ συζήτηση γύρω από το ζήτημα του θηλασμού των γυναικών. Πολλές έρευνες έχουν εξαχθεί με σκοπό να διερευνηθούν οι στάσεις, οι γνώσεις, οι πεποιθήσεις, τα κίνητρα για το θηλασμό, ο προγραμματισμός αλλά κυρίως η έναρξή του (Kong & Lee, 2004; Russell & Ali, 2017; Scott et al., 2015). Το ποσοστό του θηλασμού συνεχίζει να μειώνεται στις περισσότερες χώρες (Dagher et al., 2016), παρά τη συνεχή σύσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και άλλων διεθνών οργανισμών για την προώθηση της πρακτικής του θηλασμού αποκλειστικά για τουλάχιστον 6 μήνες (WHO, Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding, 2019). Η βελτίωση της πρακτικής του θηλασμού θεωρείται μια σημαντική παγκόσμια προτεραιότητα που έχει συμπεριληφθεί στους Αναπτυξιακούς Στόχους της Χιλιετίας που θεσπίστηκαν από τον ΠΟΥ την τελευταία δεκαετία (Gartner et al., 2005; WHO, Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding, 2019).

Μία από τις κύριες προκλήσεις στην προώθηση της πρακτικής του θηλασμού σχετίζεται με τη διατήρηση του θηλασμού για τη συνιστώμενη περίοδο (6 μήνες) και όχι η έναρξή του μόνο μετά τη γέννηση (Yilmaz, et al., 2017). Οι λόγοι για τους οποίους εμφανίζεται χαμηλό ποσοστό θηλασμού είναι η περιορισμένη γνώση που έχουν οι γυναίκες σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού, η περιορισμένη υποστήριξη και ενθάρρυνση που λαμβάνουν από τους συγγενείς τους ή από τους μαιευτήρες (Dyson et al., 2005; Foo et al., 2005). Επίσης, η βελτίωση της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης συνέβαλε παράδοξα στη μείωση του ποσοστού θηλασμού σε ορισμένους πολιτισμούς (Ryan et al., 2006).

Η πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν τα βρέφη τους θεωρείται από τους κύριους προγνωστικούς παράγοντες της πρακτικής θηλασμού, και έτσι η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεσή τους μπορεί να βοηθήσει τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αντιμετωπίσουν αυτό το ζήτημα κατά τη διάρκεια των επισκέψεων προγεννητικής φροντίδας ή μετά τον τοκετό, προκειμένου να διατηρήσουν το κίνητρο των μητέρων για θηλασμό (Rempel, 2004). Μεταξύ των δέκα βημάτων για τον επιτυχή μητρικό θηλασμό που περιλαμβάνονται στην πρωτοβουλία Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) είναι το Βήμα 3 το οποίο αναφέρεται στη σημασία της ενημέρωσης όλων των εγκύων για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020; Baby-Friendly USA, 2021). Κατά συνέπεια, αρκετές μελέτες έχουν υποστηρίξει τη σημασία της

συμπερίληψης μιας σύντομης συνεδρίας για την ανασκόπηση των οφελών του θηλασμού κατά τις επισκέψεις προγεννητικής φροντίδας για τη βελτίωση των ποσοστών θηλασμού μεταξύ εγκύων και νέων μητέρων. Οι Mattar et al. (2007) έχουν αναφέρει ότι μια συνεδρία για την εκπαίδευση και τη συμβουλευτική θηλασμού κατά τη διάρκεια των επισκέψεων προγεννητικής φροντίδας μπορεί να βελτιώσει την πρακτική του θηλασμού για 3 μήνες μετά τη γέννηση (Mattar et al., 2007). Σύμφωνα με άλλη μελέτη, τα προγεννητικά εκπαιδευτικά προγράμματα μητρικού θηλασμού που υλοποιούνται απευθείας με συμβουλές πρόσωπο με πρόσωπο ή με την παροχή βίντεο αυτοεκμάθησης και γραπτών φυλλαδίων, μαζί με την υποστήριξη και συμβουλευτική μετά τον τοκετό, θεωρούνται σημαντικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση του ρυθμού έναρξης και συνέχισης της πρακτικής θηλασμού και τη βελτίωση της συνολικής πρακτικής θηλασμού (Lin et al., 2008).

Η πρόθεση και ο προγραμματισμός του θηλασμού σχετίζονται με την γνώση και την ευαισθητοποίηση που έχουν οι γυναίκες προγεννητικά, και αυτά με τη σειρά τους θα αντικατοπτριστούν στη στάση τους και στη συνέχεια στην πρακτική τους μετά τον τοκετό (Khasawneh & Khasawneh, 2017).

Η ακριβής αξιολόγηση της γνώσης, της ευαισθητοποίησης και της στάσης έχει τονιστεί σε μελέτες με επίκεντρο τον θηλασμό. Έχουν εφαρμοστεί τυποποιημένες κλίμακες για την αξιολόγηση της γνώσης και της στάσης των γυναικών απέναντι στο θηλασμό (Piadou et al., 2019). Η κλίμακα στάσης της Αϊόβα για τη σίτιση βρεφών (IIFAS) σχεδιάστηκε για να μετρήσει τη στάση των γυναικών απέναντι στον θηλασμό και έχει επικυρωθεί ως μια αξιόπιστη μέθοδος για το σκοπό αυτό (de la Mora et al., 1999).

Στην Ιορδανία, ο αποκλειστικός θηλασμός ήταν μια παραδοσιακή πρακτική πριν από μερικές δεκαετίες. Πιο πρόσφατα, οι τάσεις του θηλασμού έχουν αλλάξει μεταξύ των γυναικών της Ιορδανίας. Μικρή έρευνα έχει διεξαχθεί την τελευταία δεκαετία αναθεωρώντας τα ποσοστά και τις τάσεις του θηλασμού. Όπως έχει αναφερθεί πριν από μερικά χρόνια το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού ήταν 33% σε βρέφη ηλικίας 6 μηνών, ενώ το ποσοστό της έναρξης θηλασμού μετά τη γέννηση ήταν 87% (Khasawneh & Khasawneh, 2017). Στην Ελλάδα, τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού κυμαίνονται από 87-92% (Bouras et al., 2013; Ηλιοδρομίτη και συν., 2018) και τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού στους 6 μήνες μειώνονται σε 0,8-24,5% (Ηλιοδρομίτη και συν., 2018). Αυτά τα δεδομένα καταδεικνύουν την ανάγκη περαιτέρω αξιολόγησης και βελτίωσης των ποσοστών μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ιδίως με την αύξηση των αποκλειστικών ποσοστών θηλασμού και τη διάρκεια του θηλασμού (World Health Organization, 2018).

Η ανάλυση των παραγόντων που συμβάλλουν στη στάση και τον προγραμματισμό των

γυναικών πρέπει να στοχεύει σε μελέτες θηλασμού και αναμένεται να λειτουργήσει ως καθοδήγηση για τη διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης και τους φορείς χάραξης πολιτικής, προκειμένου να ενισχυθούν τα ποσοστά θηλασμού και μετά την γέννηση για 6 μήνες και να βελτιωθεί η συνολική πρακτική του θηλασμού (Scott et al., 2015).

Συνεπώς, στη παρούσα έρευνα επιχειρείται να αξιολογηθεί η γνώση, η ευαισθητοποίηση, τα κίνητρα, η στάση, η πρόθεση και ο προγραμματισμός του θηλασμού σε λεχώιδες στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό καθώς και η συσχέτιση αυτών των παραγόντων με τα ποσοστά έναρξής του.

1.2 Αντικείμενο μελέτης

Το αντικείμενο της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών, των γνώσεων, των στάσεων και των προθέσεων των λεχωίδων αναφορικά με το μητρικό θηλασμό. Ειδικότερα, μελετήθηκε η σχέση κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των λεχωίδων σε σχέση με το μητρικό θηλασμό. Επιπλέον, μελετήθηκαν οι γνώσεις, στάσεις και προθέσεις τους ως προς τη μεταξύ τους σχέση. Τα εξεταζόμενα στοιχεία που αφορούν στη στάση των λεχωίδων απέναντι στο θηλασμό περιλαμβάνουν ιδέες όπως αν ο θηλασμός βελτιώνει την υγεία και την ανοσία του βρέφους, αν ο θηλασμός οδηγεί σε καλύτερη αύξηση του βάρους του βρέφους, αν ο θηλασμός θεωρείται το ιδανικότερο φαγητό, αν το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο με καλύτερη ανοχή, αν η επιστροφή στη δουλειά δεν αποτελεί εμπόδιο κατά του θηλασμού, αν είναι εύκολος ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της κοινωνικής συγκέντρωσης, αν η πρώτη σίτιση πρέπει να είναι πρωτόγαλα και αν οι γυναίκες συμφωνούν με τη χρήση βρεφικής τροφής. Τέλος, πραγματοποιήθηκε διερεύνηση των δεικτών θηλασμού στο μαιευτήριο, της πρόθεσης των λεχωίδων να θηλάσουν και της υποστήριξής τους κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού από τον σύζυγο, το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας,

1.3 Δομή εργασίας

Η παρούσα εργασία αποτελείται από 7 Κεφάλαια.

Στο 1ο Κεφάλαιο της Εισαγωγής επιχειρείται να αποδοθούν βασικές έννοιες, τάσεις και έρευνες γύρω από το ζήτημα της πρόθεσης, της στάσης και των ποσοστών έναρξης του μητρικού θηλασμού από τις λεχώιδες.

Στο 2ο Κεφάλαιο περιγράφονται οι ορισμοί που έχουν αποδοθεί κατά καιρούς από διάφορους ερευνητές για το μητρικό θηλασμό, παρουσιάζονται τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού, τα εμπόδια και οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι μητέρες κατά την διάρκεια του θηλασμού καθώς και η προγεννητική προετοιμασία των μητέρων για τον μητρικό θηλασμό.

Το 3ο Κεφάλαιο έχει ως στόχο να μελετήσει τις πρακτικές και τους τρόπους υποστήριξης του μητρικού θηλασμού. Διερευνώνται τα μέσα προαγωγής του μητρικού θηλασμού, ο βαθμός και οι τρόποι υποστήριξης του μητρικού θηλασμού στις λεχωίδες τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο από την οικογένεια, την κοινότητα και το εργασιακό περιβάλλον.

Στο 4ο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, μελετάται διεξοδικά η πρόθεση και η στάση των λεχωίδων για τον μητρικό θηλασμό. Γίνεται μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από το ζήτημα της πρόθεσης και της στάσης των μητέρων για το θηλασμό.

Στο 5ο Κεφάλαιο ακολουθεί η μεθοδολογία της ποσοτικής έρευνας, όπου παρατίθενται ο σχεδιασμός της παρούσας έρευνας, η ανάλυση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και οι επεξηγήσεις πάνω στην επεξεργασία και στην ανάλυση των δεδομένων στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20. Γίνεται επίσης αναφορά στα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Το 6ο Κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, ενώ στο 7ο Κεφάλαιο παρατίθενται η συζήτηση και τα συμπεράσματα, υποβάλλοντας προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Τέλος, το Παράρτημα της παρούσας εργασίας εμπεριέχει το ερωτηματολόγιο και όλες τις άδειες-εγκρίσεις που ζητήθηκαν από τις Επιστημονικές Επιτροπές των νοσοκομείων, από τους συγγραφείς των ερωτηματολογίων (άδεια χρήσης της Κλίμακας Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα και του μεταφρασμένου εργαλείου) και το έντυπο συγκατάθεσης των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκε από τις συμμετέχουσες λεχωίδες.

Κεφάλαιο 2. Μητρικός Θηλασμός

2.1 Ορισμός θηλασμού

Με τον όρο μητρικός θηλασμός νοείται ο τρόπος με τον οποίο μπορεί μια μητέρα να δώσει τροφή στο βρέφος της. Ο θηλασμός έχει ευεργετικές ικανότητες παρέχοντας πολλά οφέλη τόσο στο μωρό όσο στην μητέρα, στην οικογένεια και κατ' επέκταση στην κοινωνία. Ο ορισμός που έχει δοθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), αναφέρεται στον θηλασμό ως φυσικό τρόπο παροχής των θρεπτικών συστατικών που είναι απαραίτητα για την υγιή ανάπτυξη των βρεφών (WHO, Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding:, 2019; World Health Organization, 2018).

Ο Π.Ο.Υ επίσης υποστηρίζει ότι όλες οι μητέρες είναι ικανές να θηλάσουν υπό την προϋπόθεση ότι είναι πλήρως ενημερωμένες και δεκτικές σε κάθε μορφή υποστήριξης τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο από την οικογένειά τους και τον κοινωνικό περίγυρο. Ο θηλασμός είναι αναγκαίο να ξεκινάει από την πρώτη κιόλας ώρα που έρχεται στον κόσμο το νεογνό αλλά εναπόκειται στις δυνάμεις και στη πρόθεση των γυναικών να θηλάσουν (WHO, 2019;2020).

Στην ξένη βιβλιογραφία εντοπίζονται δύο όροι που αποδίδουν την λέξη θηλασμός, ο όρος breastfeeding και ο όρος lactation (Gartner, et al., 2005). Ο πρώτος όρος είναι πιο συχνός στη χρήση του καθώς προέρχεται από δύο συνθετικά, τη λέξη breast που σημαίνει στήθος και τη λέξη feeding που σημαίνει τάισμα, σίτιση. Ο δεύτερος όρος σημαίνει γαλουχία στα ελληνικά και προέρχεται από το ρήμα lactate (Brahm & Valdés, 2017). Ορίζεται ως την παραγωγή γάλακτος από μια μητέρα ή από ένα θηλαστικό ζώο θηλυκού γένους (product milk of a woman or female mammal). Το μητρικό γάλα αποτελεί τροφή αποκλειστικά για βρέφη για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και μπορεί να συνεχίζεται στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Η μεγάλη ευεργετική ικανότητα του θηλασμού έγκειται στη σωματική ανάπτυξη του βρέφους και στην προφύλαξή του από πολλές μολύνσεις και ασθένειες (Victoria, 2016). Ο θηλασμός μπορεί να μεταβληθεί ανάλογα με το περιβάλλον σε διάφορες χρονικές περιόδους και ανάλογα με πολλούς εξωγενείς παράγοντες (Καβαλιώτης, 2015).

Με τον όρο αποκλειστικός θηλασμός νοείται ο θηλασμός που λαμβάνει χώρα τους έξι πρώτους μήνες της ζωής ενός μωρού και συνεπάγεται τον θηλασμό κατά αποκλειστικότητα με μητρικό γάλα (WHO,2019;2020). Αντίθετα, ο μικτός θηλασμός αποτελεί συνδυασμό μητρικού

γάλακτος και ξένου γάλακτος που μπορεί η μητέρα να δώσει στο μωρό της (Lowdermilk et al., 2013).

Μελετώντας κάποια στατιστικά στοιχεία του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2018), διαπιστώνεται ότι το 94% των γυναικών θηλάζει το βρέφος το πρώτο 24ωρο της ζωής του ενώ το ποσοστό μειώνεται σημαντικά μέχρι τον 6ο μήνα θηλασμού όπου φτάνει μόλις στο 0,8% (Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015; Ηλιοδρομίτη και συν., 2018) Επιπρόσθετα, σύμφωνα με μια μελέτη που διερευνούσε τις γυναίκες που θηλάζαν στην Βόρεια Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 2011-2012 και νοσηλεύονταν στο Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, οι περισσότερες Ελληνίδες μητέρες προβαίνουν σε διακοπή του μητρικού θηλασμού πριν το πρώτο εξάμηνο (Ευθυμιάδου και Αντωνάκου, 2013). Πιο συγκεκριμένα, στο εν λόγω νοσοκομείο, αυξήθηκε το ποσοστό των λεχαιδίων που θηλάζαν, ύστερα από ιατρική παρέμβαση και παρότρυνση του νοσηλευτικού προσωπικού (Ευθυμιάδου & Αντωνάκου, 2013; Αθανασοπούλου και συν., 2013).

2.2 Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού

Τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού ποικίλουν τόσο για το βρέφος όσο και για την μητέρα, το οικογενειακό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Ο θηλασμός έχει αποδειχθεί ότι είναι προστατευτικός παράγοντας για πολλές μολυσματικές, αποπικές και καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και για τη λευχαιμία, τη νεκρωτική εντεροκολίτιδα, τη κοιλιοκάκη και τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Binns et al., 2016; Brahm & Valdés, 2017). Έχει επίσης θετικό αντίκτυπο στη νευροανάπτυξη, βελτιώνοντας το IQ, μειώνοντας τον κίνδυνο διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και γενικευμένων αναπτυξιακών και συμπεριφορικών διαταραχών. Ο θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου κατά 36% και να αποτρέψει το 13% της βρεφικής θνησιμότητας παγκοσμίως (Victora, 2016).

Τα μωρά που θηλάζουν αποκλειστικά για τουλάχιστον 6 μήνες έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν: γαστρεντερικές λοιμώξεις (διάρροια και έμετος), μολύνσεις αυτιών και λοιμώξεις του αναπνευστικού, φλεγμονώδεις ασθένειες του εντέρου. σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS), άσθμα και συριγμό, παιδική λευχαιμία (Horta & Victora, 2013; Frank et al, 2019; Amitay & Keinan-Boker, 2015; Victora, 2016). Το μητρικό γάλα αποτελείται από σχεδόν 90% νερό, μαζί με τα λίπη, τις πρωτεΐνες, τους υδατάνθρακες και τα μικροθρεπτικά συστατικά που χρειάζονται τα μωρά για να αναπτυχθούν (Ballard & Morrow,

2014). Περιέχει επίσης άλλα συστατικά, όπως αντισώματα, αντιοξειδωτικά, αυξητικούς παράγοντες και ορμόνες (Ballard & Morrow, 2014). Τα αντισώματα και άλλα ανοσολογικά μόρια στο μητρικό γάλα παίζουν ουσιαστικό ρόλο στην προστασία των μωρών από λοιμώξεις (Amitay & Keinan-Boker, 2015; Netherlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2015).

Όταν κανείς εκτίθεται σε οποιοδήποτε βακτήριο ή ιό, το σώμα παράγει αντισώματα για να το καταπολεμήσει. Κατά τον θηλασμό, αυτά τα αντισώματα θα περάσουν μέσω του μητρικού γάλακτος και θα προστατεύσουν το μωρό από λοιμώξεις και ασθένειες. Όταν ένα μωρό αρρωσταίνει, συχνά μεταδίδει μικρόβια στους γονείς του, με αποτέλεσμα το ανοσοποιητικό του σύστημα να ανταποκρίνεται και να παράγει αντισώματα. Αυτά τα αντισώματα μπορούν να περάσουν στο μωρό μέσω του θηλασμού, για να υποστηρίξουν το μωρό στην καταπολέμηση της μόλυνσης του (Ballard & Morrow, 2014).

Η έρευνα έχει δείξει ορισμένα πρόσθετα πιθανά μακροπρόθεσμα οφέλη του θηλασμού, συμπεριλαμβανομένου του χαμηλότερου κινδύνου εμφάνισης διαβήτη και παχυσαρκίας στην ενήλικη ζωή (Netherlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM), 2015). Τα βακτήρια στο μητρικό γάλα μπορούν επίσης να ενισχύσουν περαιτέρω την υγεία του μωρού αποτρέποντας την ανάπτυξη μικροοργανισμών που προκαλούν ασθένειες και προάγοντας την ανάπτυξη ωφέλιμων μικροβίων στο έντερο (Lyons et al., 2020).

Ο θηλασμός έχει ως αποτέλεσμα την άμεση εξοικονόμηση στη χρήση βρεφικών παρασκευασμάτων και μπιμπερό, καθώς και έμμεσα στο σχετικό κόστος υγείας, στους πρόωρους θανάτους και στην αύξηση της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων. Επιπλέον, ο θηλασμός είναι φιλικός προς το περιβάλλον. Δεν αφήνει οικολογικό αποτύπωμα στην παραγωγή και την κατανάλωσή του (Brahm & Valdés, 2017). Η χρήση παρασκευασμάτων και μπιμπερό για μωρά έχει εγγενείς κινδύνους, επειδή αυξάνει τον κίνδυνο στοματικών ασθενειών, όπως η στοματική αναπνοή, η κακή απόφραξη, και η τερηδόνα. Επίσης, η εντερική μικροχλωρίδα, η οξυγόνωση και η θερμορύθμιση των βρεφών επηρεάζονται αρνητικά από τη χρήση τους (Victora, 2016).

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να σχετίζεται με την καλή σωματική και συναισθηματική υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της λοχείας, την περίοδο της γαλουχίας και όλη τη μελλοντική της ζωή (Gertosio et al., 2016). Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν θήλασαν, οι θηλάζουσες γυναίκες ανέφεραν ότι αναζητούσαν ιατρική φροντίδα λιγότερο συχνά, εμφάνιζαν χαμηλότερη συχνότητα

αναπνευστικών, καρδιαγγειακών και γαστρεντερικών ασθενειών, καθώς και λιγότερα συμπτώματα που σχετίζονται με συναισθηματικά προβλήματα (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018; Ross-Cowdery et al., 2017).

Τα άμεσα οφέλη που αποκομίζει η μητέρα από τον μητρικό θηλασμό σχετίζονται με την μειωμένη αιμορραγία, τη μειωμένη μόλυνση, τη μειωμένη παχυσαρκία και το μειωμένο βάρος, την μειωμένη κατάθλιψη μετά τον τοκετό, το μειωμένο στρες/άγχος και την βελτιωμένη εικόνα του σώματος (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018). Βραχυπρόθεσμα, ο θηλασμός βοηθά στην υποστήριξη της ταχύτερης ανάρρωσης μετά τον τοκετό. Η ορμόνη ωκυτοκίνη, η οποία παράγεται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, προκαλεί τη σύσπαση της μήτρας, επαναφέροντάς την στο αρχικό της μέγεθος και μειώνει την ποσότητα της αιμορραγίας μετά τη γέννηση (World Health Organization (WHO), 2009). Όσον αφορά τα μακροπρόθεσμα οφέλη του θηλασμού στην μητέρα είναι η μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης: του καρκίνου (μαστού, ωοθηκών, ενδομήτριου), της ενδομητρίωσης, του διαβήτη, της οστεοπόρωσης, της υψηλής αρτηριακής πίεσης και των καρδιαγγειακών παθήσεων, του μεταβολικού συνδρόμου, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, της νόσου Alzheimer και της σκλήρυνσης κατά πλάκας (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνιστά αποκλειστικό θηλασμό για τουλάχιστον 6 μήνες. «Αποκλειστικό» σημαίνει μόνο τη διατροφή με μητρικό γάλα, χωρίς νερό ή άλλα υγρά ή στερεά. Συνήθως συνιστάται η εισαγωγή συμπληρωματικών (στερεών) τροφών σε ηλικία 6 μηνών, παράλληλα με τη συνέχιση του θηλασμού για έως και 2 χρόνια ή για όσο διάστημα το επιθυμεί η μητέρα. Ακόμα κι αν ο θηλασμός συμβαίνει για μικρότερο χρονικό διάστημα από τους συνιστώμενους 6 μήνες, είναι πιο ωφέλιμο από το να μη γίνεται καθόλου (WHO, 2018;2019;2020).

Ορισμένες επιστημονικές έρευνες δείχνουν ότι η εισαγωγή τροφών παράλληλα με το θηλασμό μεταξύ 4 και 6 μηνών είναι χρήσιμη για την πρόληψη και τη διαχείριση των τροφικών ευαισθησιών και αλλεργιών (Larson et al., 2017; Frank et al., 2019; Lyons et al., 2020). Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο ορισμένες εθνικές κατευθυντήριες γραμμές συμβουλεύουν ήδη την εισαγωγή μειγμάτων φρούτων και λαχανικών και μικρών ποσοτήτων κοινών αλλεργιογόνων όπως το αυγό και το φιστίκι, από την ηλικία των 4 μηνών και μετά (όπως για παράδειγμα συμβαίνει στο Βέλγιο και στην Ολλανδία) (Frank et al., 2019). Είναι επίσης σημαντικό να εισάγεται κάθε νέο τρόφιμο ένα-ένα, ώστε να εντοπιστούν πιο εύκολα πιθανές δυσανεξίες ή αλλεργίες (Larson et al.,2019; Lyons et al.,2020).

Ο μητρικός θηλασμός είναι επωφελής για την οικογένεια, τους εργαζόμενους και την οικονομία (United States Breastfeeding Committee, 2013). Τα οφέλη του θηλασμού για την κοινωνία σχετίζονται με το ότι ο θηλασμός είναι φιλικός προς το περιβάλλον, εξοικονομεί χρόνο και κόστος, επειδή το βρέφος τρέφεται αποκλειστικά από το στήθος (United States Breastfeeding Committee, 2013). Η μητέρα δεν θα χρειαστεί να αγοράσει μπιμπερό, φόρμουλα, θηλές ή αντλίες στήθους για να ταΐσει το μωρό της. Επίσης, η παρασκευή τεχνητής φόρμουλας συνεπάγεται δαπάνες σε αρκετούς άλλους τομείς. Ανάλογα με τη μάρκα, η φόρμουλα από μόνη της μπορεί να κοστίζει μεταξύ 58 \$ και 198 \$ το μήνα (American Pregnancy Association, 2014).

Μια μελέτη που σκιαγραφεί τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού για τις Ηνωμένες Πολιτείες δείχνει ότι υπάρχουν εξοικονομήσεις μέσω της μείωσης των κρατικών δαπανών για τα παρασκευάσματα γάλακτος, του χαμηλότερου καθαρού κόστους οικογενειακής διατροφής και του χαμηλότερου συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης (Weimer, 2001). Εάν το 75% των νεογνών λάμβανε μητρικό θηλασμό κατά τη στιγμή της εξόδου από το νοσοκομείο και το 50% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό, θα μπορούσε να επιτευχθεί εξοικονόμηση 3,6 δισεκατομμυρίων δολαρίων ΗΠΑ, χρησιμοποιώντας τιμές από το έτος 1998. Ωστόσο αυτοί οι αριθμοί είναι σχετικοί καθώς το κόστος που αφορά σε επιδράσεις, διάφορες παιδικές ασθένειες και μητρικές ή χρόνιες ασθένειες δεν περιλαμβάνεται στην ανάλυση. Συνεπώς η εξοικονόμηση μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερη (Weimer, 2001).

Ως εκ τούτου, ο θηλασμός όχι μόνο καλύπτει τις διατροφικές και ανοσολογικές ανάγκες ενός βρέφους, αλλά είναι επίσης απίστευτα πιο οικονομικός για τους πρώτους έξι μήνες έως έναν χρόνο μετά τον τοκετό (Brahm & Valdés, 2017). Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι μετά από έξι μήνες ένα βρέφος που θηλάζει αποκλειστικά θα πρέπει να αρχίσει σταδιακά να εισάγεται στη διατροφή του παιδική τροφή ή τροφή που αλέθεται σε μπλέντερ για να συμπληρώσει το μητρικό γάλα. Μετά από έξι μήνες, το πρόσθετο κόστος για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών του βρέφους θα ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία του βρέφους, τη θρεπτική σύνθεση του μητρικού γάλακτος και την ταχύτητα που μεγαλώνει το βρέφος (Noonan & Rippeyoung, 2011).

Επιπρόσθετα, οι εργαζόμενοι επωφελούνται από τον θηλασμό. Οι εργαζόμενοι που παρέχουν υποστήριξη γαλουχίας επωφελούνται μακροπρόθεσμα από το χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, τη μείωση των απουσιών, το βελτιωμένο ηθικό, τα υψηλά ποσοστά

εναλλαγής, την ικανοποίηση από την εργασία τους και την υψηλή παραγωγικότητά τους (United States Breastfeeding Committee, 2013).

Συνολικά, ο θηλασμός έχει πολλά οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για τη σωματική και συναισθηματική ευεξία του βρέφους (Brahm & Valdés, 2017; Gertosio et al., 2016). Ο θηλασμός με φόρμουλα είναι χρήσιμος για όσες λεχωίδες δεν μπορούν να θηλάσουν για διάφορους λόγους, αλλά είναι σαφές από στοιχεία και έρευνες ότι ο θηλασμός είναι πιο επιτυχημένος στην πρόληψη των βλαβών/ασθενειών και στην προαγωγή της υγείας (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

2.3 Εμπόδια θηλασμού

Ο θηλασμός εκτός από ωφέλιμος, μπορεί να γίνει αγχωτικός και επώδυνος για την μητέρα. Προβλήματα όπως η χαμηλή παροχή γάλακτος, οι ερεθισμένες και ραγισμένες θηλές, η διόγκωση του μαστού ή η μόλυνση του μαστού, μπορεί να επηρεάσουν το θηλασμό (Khasawneh & Khasawneh, 2017). Επίσης, μερικά μωρά δυσκολεύονται να τραφούν σωστά ή να θηλάσουν αποτελεσματικά (Berens, 2015).

Η έλλειψη των γνώσεων για τον μητρικό θηλασμό αποτελεί ένα ακόμη εμπόδιο. Οι γυναίκες συνήθως έχουν ελάχιστες ή καθόλου πληροφορίες σχετικά με το θηλασμό πριν μείνουν έγκυες (Khasawneh & Khasawneh, 2017). Πολλές είχαν ελάχιστη επαφή με γυναίκες που θηλάζουν με επιτυχία και συνεπώς δεν ξέρουν τι να περιμένουν. Ο θηλασμός είναι κάτι που πρέπει να μάθει η μητέρα και το μωρό. Οι περισσότερες γυναίκες γνωρίζουν ότι το μητρικό γάλα παρέχει τη σωστή διατροφή για τα μωρά, αλλά δεν γνωρίζουν πόσο σημαντικό είναι για τη φυσιολογική ανάπτυξη και υγεία των βρεφών (Brahm & Valdés, 2017).

Ορισμένες μητέρες δεν μπορούν να θηλάσουν καθώς το σώμα τους δεν παράγει καθόλου ή παράγει πολύ λίγο γάλα για το νεογέννητο μωρό (Lauer et al., 2019). Οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα με το θηλασμό τις πρώτες εβδομάδες είναι λιγότερο πιθανό να συνεχίσουν τον θηλασμό εκτός και αν έχουν πρόσβαση σε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας ή εκπαιδευμένους συμβούλους (Khasawneh & Khasawneh, 2017).

Τα στοιχεία από την υπάρχουσα βιβλιογραφία δείχνουν ότι οι ανεπαρκείς νοσοκομειακές πρακτικές, καθώς και οι κοινωνικοπολιτιστικοί και κοινοτικοί παράγοντες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην έγκαιρη έναρξη του θηλασμού την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση και στον αποκλειστικό θηλασμό γενικότερα (Rollins et al., 2016). Αυτά

περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων επιπτώσεων, την παροχή βρεφικού γάλακτος σε νέες μητέρες, τον διαχωρισμό του παιδιού από τη μητέρα, την μη παροχή επαρκών πληροφοριών και υποστήριξης στις μητέρες σχετικά με το θηλασμό και τις κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις (Al-Nuami et al., 2017).

Ο ΠΟΥ περιγράφει μια σειρά από μέτρα που συμβάλλουν στην έναρξη, καθιέρωση και συνέχιση του θηλασμού, τόσο εντός του συστήματος υγείας όσο και σε επίπεδο κοινότητας, στα οποία πολλαπλοί σωματικοί, ψυχοκοινωνικοί και συναισθηματικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον τύπο διατροφής που προσφέρει η μητέρα στο μωρό (WHO, 2018;2019;2020). Ο τύπος της βρεφικής σίτισης που προσφέρεται σχετίζεται με τις ανισότητες στην υγεία, τα κοινωνικοπολιτισμικά ζητήματα, τους κοινωνικούς κανόνες, τις κοινωνικές νόρμες και τις δημόσιες πολιτικές που καθορίζονται μέσω της παροχής φροντίδας και της υποστήριξης μητρότητας (Rollins, και συν., 2016). Στο Μεξικό, οι αντιλήψεις των μητέρων για χαμηλή παροχή γάλακτος ή χαμηλή ποιότητα ανθρώπινου γάλακτος είναι συνήθεις λόγοι για τον ανεπιτυχή θηλασμό (González et al., 2013).

Άλλοι λόγοι περιλαμβάνουν τη μητρική ασθένεια, την αντίληψη των μητέρων ότι το μωρό τους αντιπαθεί το ανθρώπινο γάλα, τις επώδυνες θηλές και την επιστροφή των μητέρων στην αμειβόμενη εργασία (Hernández-Cordero et al., 2020). Η κοινωνική υποστήριξη και πιο συγκεκριμένα η υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες και τους συναδέλφους, παίζει επίσης σημαντικό ρόλο στις επιλογές του θηλασμού και στην πρόθεση της μητέρας για θηλασμό (Victora, 2016).

Ο συνδυασμός του θηλασμού με την επιστροφή στην εργασία μπορεί να είναι μια σημαντική πρόκληση (Lauer et al., 2019). Οι περισσότερες μητέρες επιστρέφουν στο εργατικό δυναμικό ενώ τα βρέφη τους είναι μικρά, και πολύ λίγη βοήθεια είναι διαθέσιμη για να τις βοηθήσει να συνεχίσουν να θηλάζουν. Αυτό περιλαμβάνει την έλλειψη παιδικής μέριμνας στον εργασιακό χώρο, την αδυναμία χρόνου και χώρου για θηλασμό, την απουσία των κατάλληλων συνθηκών και χώρων ώστε να βγάλουν και να αποθηκεύσουν το μητρικό γάλα κατά την εργασία. Λίγοι χώροι εργασίας έχουν πολιτικές θηλασμού ή ευέλικτες ρυθμίσεις εργασίας που να ευνοούν τον θηλασμό (Lauer et al., 2019).

Η έλλειψη υποστήριξης από στενή οικογένεια και φίλους μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις της λεχώνας σχετικά με τη σίτιση του βρέφους. Η έλλειψη γνώσης, οι αρνητικές στάσεις και οι πεποιθήσεις σχετικά με το θηλασμό από άλλους (συντρόφους, μέλη της

οικογένειας, άτομα υποστήριξης και το ευρύ κοινό) μπορεί να μην υποστηρίξουν τη θηλάζουσα (Al-Nuami et al., 2017).

Πολλές γυναίκες νιώθουν αμηχανία που θηλάζουν δημόσια. Παρά τη νομοθεσία κατά των διακρίσεων, πολλές γυναίκες εξακολουθούν να καλούνται να σταματήσουν τον θηλασμό ή να εγκαταλείψουν τους δημόσιους χώρους εάν επιθυμούν να συνεχίσουν να θηλάζουν. Μη υποστηρικτικές συμπεριφορές από μέλη της κοινότητας, τοπικές υπηρεσίες και επιχειρήσεις μπορεί να οδηγήσουν τις γυναίκες να εγκαταλείψουν το θηλασμό (American Pregnancy Association, 2014). Η έλλειψη διαθέσιμων εγκαταστάσεων για το θηλασμό σε δημόσιους χώρους μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ορισμένες γυναίκες να περιορίσουν τις δραστηριότητές τους για να αποφύγουν να θηλάσουν σε δημόσιους χώρους. Οι πρακτικές σε ορισμένες υπηρεσίες υγείας, όπως η χρήση βιτρίνας, αφισών ή φυλλαδίων που παρέχονται από εταιρείες παρασκευασμάτων, μπορούν να επηρεάσουν τις αποφάσεις σχετικά με τη διατροφή των βρεφών (Khasawneh & Khasawneh, 2017).

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αισθάνονται ότι δεν έχουν επαρκείς γνώσεις σχετικά με το θηλασμό. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ακατάλληλες συμβουλές, κακή διάγνωση και διαχείριση κοινών προβλημάτων θηλασμού. Οι στάσεις και οι εμπειρίες που έχουν οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης μπορεί επίσης να επηρεάσουν τις συστάσεις τους για μητρικό θηλασμό (Victora, 2016).

Τέλος, η προώθηση και η εμπορία του βρεφικού γάλακτος ως κατάλληλης εναλλακτικής λύσης υπονομεύει τον θηλασμό. Μεγάλοι διαφημιστικοί προϋπολογισμοί διατίθενται για την προώθηση προϊόντων διατροφής για βρέφη. Αυτά τα προϊόντα προωθούνται ευρέως (Khasawneh & Khasawneh, 2017).

2.4 Προγεννητική προετοιμασία μητρικού θηλασμού

Η προγεννητική προετοιμασία της εγκυμονούσας για τον μητρικό θηλασμό είναι απαραίτητη για την επίτευξη ενός αποτελεσματικού και σωστού θηλασμού. Απαιτείται κατάλληλη προετοιμασία και ενημέρωση, τόσο της μητέρας όσο και του οικογενειακού περιβάλλοντος, από την προγεννητική κιάλας περίοδο. Αρχικά είναι σημαντικό για την οικογένεια να λάβει ενημέρωση σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα οφέλη του θηλασμού καθώς επίσης και για την σπουδαιότητα του μητρικού θηλασμού απέναντι στο βρέφος και την οικογένεια. Η εκπαίδευση της μητέρας και της οικογένειας πάνω στον θηλασμό παίζει

καθοριστικό ρόλο στην αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων που μπορεί να εμφανιστούν κατά την διάρκεια του θηλασμού (Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015).

Όσον αφορά τις γνώσεις των μητέρων γύρω από το ζήτημα του μητρικού θηλασμού, σύμφωνα με έρευνες που έχουν εξαχθεί, φαίνεται ότι το ποσοστό των ενημερωμένων μητέρων για το θηλασμό φτάνει μόλις το 16% (Ευθυμιάδου & Αντωνάκου, 2013; Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015; Victora, 2016). Η ενημέρωση προέρχεται κυρίως από επαγγελματίες υγείας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες που ήταν πλήρως ή μερικώς ενημερωμένες προγεννητικά και είχαν επίσης στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον σχετικά με τον θηλασμό, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν ή θήλασαν το μωρό τους (Ευθυμιάδου & Αντωνάκου, 2013).

Όσον αφορά την υποστήριξη του θηλασμού σε προγεννητικό στάδιο, προτείνεται από την Academy of Breastfeeding, να υπάρχει ένα γραφείο όπου οι εγκυμονούσες να μπορούν να συμβουλευτούν τους ειδικούς/επαγγελματίες υγείας και να λαμβάνουν συνεχή ενημέρωση και στήριξη για τον θηλασμό (American Pregnancy Association, 2014; Baby-Friendly USA, 2021). Επιπλέον είναι αναγκαίο να περιλαμβάνεται η εκπαίδευση των γονέων και η προετοιμασία τους για να αντιλαμβάνονται τότε το μωρό τους πεινάει, τότε πρέπει να λάβει τη μητρική τροφή και ποιες είναι οι θέσεις του θηλασμού (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018). Η στήριξη των μητέρων και του οικογενειακού περιβάλλοντος για τα οφέλη και την σπουδαιότητα του αποκλειστικού θηλασμού είναι απαραίτητη για την υιοθέτησή του για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα γίνεται (Al-Nuami et al., 2017).

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της προγεννητικής προετοιμασίας, για τις γυναίκες που έχουν θηλάσει στο παρελθόν, θα πρέπει να ζητείται πλήρες ιατρικό ιστορικό σχετικά με το χρονικό διάστημα που θήλασαν, τον λόγο που σταμάτησαν να θηλάζουν όπως και άλλα στοιχεία γύρω από την στάση τους και την πρόθεσή τους να θηλάσουν μελλοντικά (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020). Επίσης, πρέπει να αντλούνται στοιχεία για την μητέρα όπως η καταγωγή της, ώστε να υποστηριχθεί και να βοηθηθεί τόσο η μητέρα όσο και όλη η οικογένεια για τον σωστό τρόπο θηλασμού του μωρού (Ηλιοδρομίτη και συν., 2018). Τέλος, σε περίπτωση που έχει υπάρξει στο παρελθόν κάποια χειρουργική επέμβαση στην θηλή ή στον μαστό της μητέρας θα πρέπει να αναφερθεί διότι ενδέχεται να επηρεάσει τον αποτελεσματικό θηλασμό (Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015).

Κεφάλαιο 3. Υποστήριξη μητρικού θηλασμού

Η προστασία, η προώθηση και η υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελούν προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία σε όλη την Ευρώπη (Al-Nuami et al., 2017). Τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού και η πρόωρη διακοπή του θηλασμού έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του βρέφους αλλά και κοινωνικές επιπτώσεις για τις γυναίκες, τα παιδιά, την κοινότητα και το περιβάλλον, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών για την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και την αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία (Baby-Friendly USA, 2021).

3.1 Προαγωγή μητρικού θηλασμού

Ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων και προγραμμάτων έχει εφαρμοστεί σε διάφορα πλαίσια για την προώθηση της έναρξης, της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του θηλασμού, σημειώνοντας σε μικρό ή μεγάλο βαθμό επιτυχία στην προώθηση και υιοθέτηση του θηλασμού από τις μητέρες (Scott et al., 2017).

Για την επιτυχή προαγωγή του μητρικού θηλασμού είναι απαραίτητο να δημιουργηθούν δημόσιοι και ιδιωτικοί χώροι όπου η μητέρα θα μπορεί να θηλάζει το βρέφος της (Victora, 2016). Για παράδειγμα στον χώρο εργασίας, η εργαζόμενη μητέρα πρέπει να έχει τη δυνατότητα να θηλάζει το μωρό της σε ένα δωμάτιο όπου θα μπορεί να αντλήσει το μητρικό γάλα (Lauer et al., 2019). Επίσης, είναι υποχρέωση της Πρωτοβάθμιας υγείας να προάγει τον μητρικό θηλασμό φροντίζοντας να παραμένει συνεχώς ενήμερη η μητέρα για την διαδικασία του θηλασμού, ιδιαίτερα όταν συνεχίσει το θηλασμό στο σπίτι μετά το μαιευτήριο (Αντωνιάδου-Κουμάτου & Σοφιανού, 2015). Κάτι τέτοιο θα στεφθεί με επιτυχία εφόσον οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για τον μητρικό θηλασμό και είναι ικανοί να τις εφαρμόσουν και να τις μεταδώσουν στην θηλάζουσα μητέρα (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020).

Επιπρόσθετα, στις κλινικές και στα δημόσια νοσοκομεία είναι αναγκαίο να προάγεται ο μητρικός θηλασμός και να προωθείται η πρωτοβουλία «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020). Η δημιουργία των «Τραπεζών Γάλακτος» συμβάλλει επίσης σημαντικά στην προαγωγή του μητρικού θηλασμού σε αυτούς τους χώρους (Baby-Friendly USA, 2021). Για τον επιτυχή θηλασμό και την συνεχή προαγωγή του θηλασμού ακολουθείται ένα συγκεκριμένο πλαίσιο που προωθείται από την πρωτοβουλία «

Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020). Τα εν λόγω νοσοκομεία αναπτύχθηκαν από μια ομάδα παγκόσμιων ειδικών και αποτελούνται από τεκμηριωμένες πρακτικές που έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι πρακτικές προαγωγής του θηλασμού αναβαθμίστηκαν στις συγκεκριμένες δομές το 2018 (Baby-Friendly USA, 2021).

Τα νοσοκομεία και που είναι φιλικά προς τα βρέφη οφείλουν να τηρούν δέκα βασικά βήματα για τον θηλασμό ώστε να λαμβάνουν και να διατηρήσουν τον χαρακτηρισμό «Φιλικό προς τα βρέφη νοσοκομείο» (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020; Baby-Friendly USA, 2021). Τα βήματα για έναν επιτυχημένο θηλασμό είναι: η πλήρης συμμόρφωση με τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και με τα σχετικά ψηφίσματα της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας, η γραπτή πολιτική για τη διατροφή των βρεφών που κοινοποιείται τακτικά στο προσωπικό και τους γονείς, η καθιέρωση συστημάτων συνεχούς παρακολούθησης και διαχείρισης δεδομένων, η επιβεβαίωση ότι το προσωπικό έχει επαρκείς γνώσεις, ικανότητες και δεξιότητες για την υποστήριξη του θηλασμού, η σημασία και η διαχείριση του θηλασμού με τις εγκυμονούσες γυναίκες και τις οικογένειές τους, η άμεση και αδιάλειπτη επαφή δέρμα με δέρμα και η υποστήριξη των μητέρων να ξεκινήσουν το θηλασμό το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση, η υποστήριξη των γυναικών να ξεκινήσουν και να διατηρήσουν το θηλασμό και να διαχειριστούν κοινές δυσκολίες, η μη παροχή σε νεογνά που θηλάζουν άλλη τροφή ή υγρά εκτός από το μητρικό γάλα, εκτός εάν ενδείκνυται ιατρικά, η προσφορά της δυνατότητας στις μητέρες και τα βρέφη τους να παραμείνουν μαζί και να εξασκούνται στο δωμάτιο-σε 24 ώρες την ημέρα, η υποστήριξη των μητέρων να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν στις υποδείξεις των βρεφών τους για σίτιση, η συμβουλευτική στις μητέρες σχετικά με τη χρήση και τους κινδύνους από τα μπιμπερό, τις τεχνητές θηλές και τις πιπίλες, ο συντονισμός της εξόδου από το νοσοκομείο ώστε οι γονείς και τα βρέφη τους να έχουν έγκαιρη πρόσβαση σε συνεχή υποστήριξη και φροντίδα (Baby-Friendly USA, 2021).

Τα Δέκα Βήματα υποστηρίζονται και προωθούνται από τις κύριες αρχές υγείας της μητέρας και του παιδιού στις Ηνωμένες Πολιτείες, συμπεριλαμβανομένων των εξής οργανισμών υγείας: Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακών Ιατρών, Αμερικανική Ακαδημία Νοσηλευτικής, Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, Αμερικανικό Κολλέγιο Νοσοκόμων Μαιών, Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, Ακαδημία Ιατρικής Μητρικού Θηλασμού, Ακαδημία Διατροφής και Διαιτολογίας, Σύλλογος Νοσηλευτών Γυναίκειας Υγείας, Μαιευτικής και Νεογνών, Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Ένωση, Επιτροπή Θηλασμού των Ηνωμένων Πολιτειών, Ειδική Ομάδα Προληπτικών

Υπηρεσιών των Ηνωμένων Πολιτειών, Γενικός Χειρουργός των Ηνωμένων Πολιτειών (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020).

3.2 Παρεμβάσεις υποστήριξης μητρικού θηλασμού

Οι παρεμβάσεις υποστήριξης του μητρικού θηλασμού περιλαμβάνουν στρατηγικές όπως: συμβουλευτική συνομηλίκων, επαγγελματική συμβουλευτική, διαδικτυακή υποστήριξη, τηλεφωνική υποστήριξη, προγεννητική εκπαίδευση θηλασμού, προσεγγίσεις πολυμέσων, συνεντεύξεις για ενθάρρυνση και απόκτηση κινήτρων, νοσοκομειακές πρακτικές φιλικές προς το θηλασμό, εργασιακούς χώρους φιλικούς προς το θηλασμό και πολιτικές γονικής άδειας (Balogun et al., 2016; Bevan & Brown, 2014; Elliott-Rudder et al., 2014; Lumbiganon et al., 2016; Olaiya et al., 2016; Scott et al., 2017).

3.2.1 Υποστήριξη λεχωίδων

Η υποστήριξη προς τις λεχωίδες είναι απαραίτητη είτε αποφασίσουν να θηλάσουν είτε όχι. Είναι απολύτως κατανοητό και σεβαστό για μια μητέρα να λάβει την απόφαση να μην θηλάσει εφόσον έχει ενημερωθεί πλήρως για τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού και εν συνεχεία να λάβει την κατάλληλη υποστήριξη και βοήθεια τόσο από το ιατρικό περιβάλλον, τους επαγγελματίες υγείας όσο και από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον (American Pregnancy Association, 2014; Ευθυμιάδου & Αντωνάκου, 2013).

Επίσης είναι αναγκαίο οι οικογένειες να λαμβάνουν ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας για το πότε το μωρό θα χρειαστεί τεχνητή ή μητρική τροφή αλλά και το τρόπο με τον οποίο θα λάβει το ξένο ή το μητρικό γάλα (Gertosio et al., 2016). Σε αρκετές χώρες με μεγάλα ποσοστά έναρξης του μητρικού θηλασμού, παρατηρείται μείωση των ποσοστών όσο περνάει ο καιρός (World Health Organization, 2018). Συνήθως ο αποκλειστικός θηλασμός μειώνεται όταν η μητέρα επιστρέφει στο σπίτι της, γεγονός που οφείλεται κυρίως στην επιστροφή στις επαγγελματικές της υποχρεώσεις. Σε κάθε περίπτωση, στην ΕΕ ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον ένα έτος συναντάται σε χαμηλά επίπεδα (Del Ciampo & Del Ciampo, 2018).

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό οι μητέρες να υποστηρίζονται από την ίδια την κοινωνία δίνοντάς τους την δυνατότητα να ενταχθούν σε ομάδες στήριξης του μητρικού θηλασμού, στις οποίες συμμετέχουν και άλλες μητέρες, ώστε να αναπτύσσεται η αλληλοϋποστήριξη και η

αλληλοβοήθεια μεταξύ τους (Victora, 2016). Σε περίπτωση που μια μητέρα διακόψει το θηλασμό θα ήταν εύλογο να ερωτηθεί για τους λόγους της διακοπής του μητρικού θηλασμού, χωρίς όμως να έρθει σε δύσκολη θέση ή να νιώσει τύψεις για αυτό (Kong & Lee, 2004). Έτσι, θα ενθαρρυνθεί ώστε να θηλάσει στο επόμενο βρέφος της (Gertosio et al., 2016).

3.2.2 Υποστήριξη λεχωίδων από επαγγελματίες υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας και γενικότερα ο τομέας της υγείας και η ίδια η κοινωνία πρέπει να διασφαλίζουν ότι το προσωπικό παροχής υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών αλλά και οι εθελοντές να έχουν τα κατάλληλα εφόδια και τις κατάλληλες γνώσεις για την αποτελεσματική υποστήριξη των μητέρων που θηλάζουν (Lauer et al., 2019).

Η τηλεφωνική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και από τους επαγγελματίες υγείας αποτελεί μια πολύ σημαντική μέθοδο για τη συνεχή ενημέρωση και στήριξη των λεχωίδων μετά την αναχώρησή τους από το νοσοκομείο (Bunik, και συν., 2010). Η συμβουλευτική σε συνδυασμό με την τηλεφωνική υποστήριξη παρέχουν σημαντική βοήθεια στην μητέρα και την καθοδηγούν στο να κρατήσει μια θετική στάση απέναντι στον μητρικό θηλασμό (Lodermilk et al., 2013; Wambach et. al, 2011).

Είναι σημαντικό το νοσηλευτικό και υγειονομικό προσωπικό να διαθέτει την κατάλληλη γνώση ώστε να στηρίζει την θηλάζουσα μητέρα παρέχοντας της κατευθυντήριες οδηγίες και χρήσιμες συμβουλές σχετικά με τον μητρικό θηλασμό (Hernández-Cordero, et al., 2020). Επίσης, είναι αναγκαίο οι επαγγελματίες υγείας να ενθαρρύνουν την μητέρα να ξεκινήσει αλλά και να συνεχίσει να θηλάζει το μωρό της, να παρέχουν εύκολη και άμεση πρόσβαση στην τράπεζα γάλακτος, να διευκολύνουν την μητέρα παρέχοντάς της τα κατάλληλα μέσα μεταφοράς ώστε να μπορεί να μετακινηθεί εύκολα για να ταΐσει το βρέφος στο νοσοκομείο (Kong & Lee, 2004; Lowdermilk et al., 2013). Τέλος, τα ενημερωτικά έντυπα και οι ενημερωτικές πηγές του διαδικτύου σχετικά με τον μητρικό θηλασμό θα ενίσχυαν το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας και θα βοηθούσαν τις θηλάζουσες μητέρες να τα έχουν ως πηγές αναφοράς και οδηγούς συνεχούς ενημέρωσης (Lauer et al., 2019).

3.2.3 Υποστήριξη λεχωίδων από οικογένεια, κοινότητα και εργασιακό περιβάλλον

Η συμβουλευτική συνομηλίκων αποτελεί μια μέθοδο υποστήριξης των μητέρων και αναφέρεται στην υποστήριξη που παρέχεται από ένα μη επαγγελματία άτομο από την

κοινότητα που έχει προσωπική εμπειρία θηλασμού και προθυμία να υποστηρίξει άλλες μητέρες. Κάποιες έρευνες έχουν μελετήσει την υποστήριξη των λεχωίδων μέσω της μεθόδου της συμβουλευτικής συνομηλίκων (Charman et al., 2013; Di Meglio et al., 2010; Wambach et al., 2011). Οι Arlotti et al. (1998) διεξήγαγαν μια οιονεί πειραματική μελέτη η οποία περιελάμβανε μεταγεννητική υποστήριξη από έναν σύμβουλο συνομηλίκων λίγες ημέρες μετά τη γέννηση, στη συνέχεια στις 2 εβδομάδες, 1 μήνα, 2 μήνες και 3 μήνες μετά τον τοκετό. Αυτή η υποστήριξη προσφέρθηκε μέσω τηλεφώνου, επιστολής ή αυτοπροσώπως στο γραφείο Γυναικών, Βρεφών και Παιδιών (Women, Infants and Children office-WIC) (Arlotti et al., 1998).

Είναι αναγκαίο να παρέχεται η κατάλληλη ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας προς τους γονείς, το οικογενειακό περίγυρο και το κοινωνικό περιβάλλον. Οι ομάδες υποστήριξης των νέων μητέρων θα συμβάλλουν σημαντικά στην έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των λεχωίδων κατά το στάδιο του μητρικού θηλασμού (Amitay & Keinan-Boker, 2015). Επίσης είναι απαραίτητο να δίνεται η δέουσα προσοχή στις μητέρες που το έχουν περισσότερο ανάγκη όπως είναι οι μετανάστριες, οι ανύπαντρες, οι έφηβες και αυτές που αντιμετωπίζουν δυσκολία κατά την διάρκεια του θηλασμού ή κατά τον πρώτο τους θηλασμό (Ross-Cowdery et al., 2017). Τέλος, οι επαγγελματίες υγείας, η κοινότητα και το κοινωνικό-συγγενικό περιβάλλον οφείλουν να ενθαρρύνουν τον μητρικό θηλασμό σε δημόσιους χώρους, να προστατεύουν το δικαίωμα της μητέρας να θηλάζει σε δημόσιους χώρους, να την ενθαρρύνουν να θηλάζει και στο χώρο εργασίας της αλλά και όπου αυτό είναι αναγκαίο και να την επηρεάζουν θετικά ώστε να κρατά θετική στάση απέναντι στον μητρικό θηλασμό (Catteneo, 2004; Lauer et al., 2019).

Κεφάλαιο 4. Πρόθεση και στάση λεχωίδων για τον μητρικό θηλασμό

Η προγεννητική γνώση, η στάση και η πρόθεση που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό θεωρούνται σημαντικοί ρυθμιστές των πρακτικών μητρικού θηλασμού και σίτισης του βρέφους. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της έναρξης, της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού είναι πολυπαραγοντικοί και λειτουργούν σε πολλαπλά επίπεδα (Ahishakiye et al., 2020; Khasawneh et al., 2020; Mattar et al., 2019; Issa et al., 2019). Περιλαμβάνουν δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως η ηλικία της μητέρας, η εκπαίδευση, η κοινωνική τάξη, το μηνιαίο εισόδημα και το εργασιακό καθεστώς της μητέρας (Nasser et al., 2018), η κοινοτική υποστήριξη και οι δομικοί παράγοντες, οι κοινωνικοπολιτισμικές πεποιθήσεις και παρανοήσεις που επικρατούν στην κοινότητα και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Krishnendu & Devaki, 2017), καθώς και προσωπικοί παράγοντες όπως η γνώση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού (Kanhadilok & McGrath, 2015).

Η θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για την πρόβλεψη των πρακτικών του μητρικού θηλασμού σε διάφορα πολιτισμικά περιβάλλοντα (Dodgson et al., 2003). Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, η πρόθεση των μητέρων να θηλάσουν είναι άμεσος πρόδρομος της συμπεριφοράς τους και των πρακτικών που ακολουθούν για τον μητρικό θηλασμό (Ahishakiye et al., 2020). Η πρόθεση για τον μητρικό θηλασμό επηρεάζεται με τη σειρά της από τη γνώση και τη στάση της μητέρας για τον μητρικό θηλασμό καθώς και από την προγενέστερη εμπειρία της πάνω στον μητρικό θηλασμό (Kavanagh et al., 2012). Αρκετές σύγχρονες μελέτες που διεξήχθησαν μεταξύ εγκύων γυναικών έχουν αποδείξει μια σχέση μεταξύ της εμπειρίας, της γνώσης και της στάσης των γυναικών για τον μητρικό θηλασμό, με την πρόθεσή τους για τον μητρικό θηλασμό προγεννητικά (Hernandez-Cordero et al., 2020; Khasawneh et al., 2020; Nasser et al., 2018; Senghore et al., 2018).

Ωστόσο, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει, διαχρονικά, τη συσχέτιση μεταξύ αυτών των μητρικών προγεννητικών χαρακτηριστικών και των πραγματικών πρακτικών του μητρικού θηλασμού μεταγεννητικά (Ahishakiye et al., 2020; Nnebe-Agamadu et al., 2016). Αυτό είναι σημαντικό δεδομένου ότι ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι, ακόμη και μεταξύ των γυναικών που εξέφρασαν την πρόθεσή τους να θηλάσουν, λίγες ήταν σε θέση να επιτύχουν την προβλεπόμενη διάρκεια του μητρικού θηλασμού ή του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού

(Odom et al., 2013). Η απόκτηση βαθύτερης κατανόησης των καθοριστικών παραγόντων που σχετίζονται με το πλαίσιο των πρακτικών σίτισης των βρεφών είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών προγραμμάτων προώθησης του μητρικού θηλασμού (Naja et al., 2022).

Σύμφωνα με τη μελέτη των Naja et al., (2022) η προηγούμενη εμπειρία των μητέρων με τον μητρικό θηλασμό, η θετική στάση και η ισχυρή πρόθεσή τους για τον θηλασμό προγεννητικά είναι σημαντικοί παράγοντες για την έναρξη και συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά τον τοκετό. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η βέλτιστη γνώση για τον μητρικό θηλασμό που οδηγεί στην θετική στάση των λεχωίδων απέναντι στον θηλασμό (Naja, et al., 2022). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αν και σχεδόν το 70% των γυναικών της Μέσης Ανατολής που συμμετείχε στην εν λόγω έρευνα (Naja et al., 2022), είχε εκφράσει ισχυρή πρόθεση να θηλάσει, μόνο το 18,5% θηλάζε αποκλειστικά για έξι μήνες, εύρημα που μπορεί να αντικατοπτρίζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν μετά τον τοκετό οι γυναίκες και που συχνά περιλαμβάνουν έλλειψη υποστήριξης στο σπίτι, στο χώρο εργασίας ή στα νοσοκομεία (Marcon et al., 2019).

Η μελέτη των Khasawneh, et al., (2020) έδειξε ότι οι γυναίκες της Ιορδανίας που συμμετείχαν στην έρευνα, γνωρίζουν πολύ καλά τα οφέλη του θηλασμού και επιδεικνύουν θετική στάση απέναντι στο θηλασμό, με αποτέλεσμα ένα πολύ υψηλό ποσοστό να σκοπεύει να θηλάσει τα βρέφη τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εν λόγω έρευνας, οι αποφάσεις σχετικά με την πρακτική του θηλασμού επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως η γνώση, η επίγνωση, οι στάσεις και τα κίνητρα για μητρικό θηλασμό. Οι συμμετέχουσες μητέρες επισήμαναν ότι το μητρικό γάλα συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη ανοσία των βρεφών και σε μικρότερο κίνδυνο λοιμώξεων (Khasawneh et al., 2020). Αρκετές άλλες μελέτες που επικεντρώθηκαν στην αξιολόγηση της γνώσης των γυναικών σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες έχουν άριστη γνώση σχετικά με ορισμένες πτυχές των οφελών του μητρικού γάλακτος, κυρίως τον αντίκτυπό του στο ανοσοποιητικό σύστημα και τα καλά αποτελέσματα της βρεφικής υγείας (Cacho & Lawrence, 2017; Marcon et al., 2019).

Επιπλέον, οι Raissian et al. (2018) ανέφεραν ότι η προγεννητική πρόθεση των γυναικών για θηλασμό αποτελεί ισχυρό παράγοντα που σχετίζεται με την καλύτερη υγεία του βρέφους, ακόμη και αν τα βρέφη δεν θηλάζονται (Raissian & Su, 2018). Το σημαντικό κενό στη γνώση των γυναικών σχετικά με το θηλασμό σε ορισμένες αραβικές κουλτούρες σχετίζεται με την

αντίληψή τους ότι το μητρικό γάλα μπορεί να μην αποτελεί επαρκή διατροφή, και αυτός είναι ο κύριος λόγος για να ξεκινήσουν τα συμπληρώματα με ξένο βρεφικό γάλα (Osman et al., 2009). Αυτή η εσφαλμένη αντίληψη βρέθηκε να είναι λιγότερο εμφανής σε μεγαλύτερες μητέρες με προηγούμενη εμπειρία πάνω στο θηλασμό (Ogbonna & Daboer, 2007; Nabulsi, 2011). Οι Osman et al. (2009), στην ανάλυσή τους σε μητέρες από τον Λίβανο, ανέφεραν ότι ορισμένες πολιτιστικές πεποιθήσεις, όπως «το μητρικό γάλα περιέχει ανεπαρκή θρεπτικά συστατικά και μπορεί να οδηγήσει σε βρεφικούς κολλικούς ή ακόμη και να προκαλέσει βλάβη στα βρέφη», έχουν σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο στον θηλασμό και σχετίστηκαν με την πρώιμη εισαγωγή της φόρμουλας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι θα πρέπει να εφαρμοστεί συμβουλευτική ειδική για τον πολιτισμό για τη βελτίωση της πρακτικής του θηλασμού (Osman et al., 2009).

Ορισμένες μελέτες σχετικές με τη γνώση πάνω στον θηλασμό στον αραβικό κόσμο στόχευσαν φοιτητές σχολών υγείας και ανέφεραν μεταβλητά αποτελέσματα (Ahmed & El Guindy, 2011; Hamade et al., 2014). Για παράδειγμα, στην Αίγυπτο, η ανάλυση της γνώσης και της στάσης του θηλασμού μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής αποκάλυψε απροσδόκητα χαμηλές βαθμολογίες υπογραμμίζοντας τη σημασία της εφαρμογής προγραμμάτων που εστιάζουν στον θηλασμό κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών (Ahmed & El Guindy, 2011). Ένα παρόμοιο εύρημα εντοπίστηκε από τους Hamade et al. (2014), μεταξύ Σύριων και Λιβανέζων φοιτητών που παρακολουθούσαν προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών σχετικό με την υγεία.

Οι γυναίκες με θετική στάση αποκτούν μεγάλο κίνητρο για τον μητρικό θηλασμό και αυτό αντικατοπτρίζεται στις προθέσεις και τις πρακτικές θηλασμού (Khasawneh & Khasawneh, 2017). Το εύρημα των Khasawneh, et al., (2020) για τη θετική συσχέτιση μεταξύ της θετικής στάσης και του προγραμματισμού των λεχωίδων για το θηλασμό είναι σύμφωνο με αρκετές άλλες μελέτες από τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο (Scott, και συν., 2015; Persad & Mensinger, 2008). Ως εκ τούτου, πιστεύεται ότι η προώθηση των βέλτιστων πρακτικών θηλασμού θα πρέπει να ξεκινά πολύ καιρό πριν από τον τοκετό και θα πρέπει να περιλαμβάνεται στην προγεννητική εκπαίδευση και φροντίδα (Khasawneh, et al., 2020). Ωστόσο, η στάση απέναντι στον θηλασμό μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την θέση των τοπικών νοσοκομείων σε χώρες με περιορισμένους πόρους, όπως η Ιορδανία (Khasawneh, et al., 2020).

Εκτός από τη θετική στάση των γυναικών, στην έρευνα των Khasawneh, et al., (2020) βρέθηκε ότι η πρόθεση για θηλασμό καθορίστηκε σημαντικά από την υποστήριξη που λαμβάνουν οι γυναίκες στην πρακτική του θηλασμού. Έρευνα έχει επανειλημμένα βρει ότι η πρόθεση θηλασμού των γυναικών πριν από τη γέννηση είναι καλός προγνωστικός δείκτης της πραγματικής διάρκειας του θηλασμού (Rempel, 2004). Ανεξάρτητα από τις πεποιθήσεις και τον προγραμματισμό των γυναικών, η πρακτική του θηλασμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το βαθμό υποστήριξης που λαμβάνουν από τους συζύγους, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, τους συγγενείς, τους φίλους, το εργασιακό περιβάλλον και το προσωπικό του νοσοκομείου (Lin et al., 2008). Η υποστήριξη του συζύγου είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για το θηλασμό, ενώ η περιορισμένη υποστήριξη και συμβουλευτική από τον πάροχο μαιευτικής φροντίδας αποτελεί κύρια ανησυχία (Meedya et al., 2010; Hannula et al., 2008).

Στη συστηματική τους ανασκόπηση των παρεμβάσεων επαγγελματικής υποστήριξης για το θηλασμό, οι Hannula et al. (2008), ενίσχυσαν τη σημασία της παροχής εκπαιδευτικών εργαλείων στους επαγγελματίες μαιευτήρες για την υποστήριξη του θηλασμού, τα οποία με τη σειρά τους θα βελτιώσουν την αυτό-αποτελεσματικότητα και τη δύναμη των γυναικών να διασφαλίσουν καλύτερη στάση και συμπεριφορά θηλασμού. Στην δημοσιευμένη μελέτη τους, οι Van Dellen et al. (2019), εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ της πρακτικής του θηλασμού και μιας ολοκληρωμένης παρέμβασης βασισμένης σε τεκμήρια, ονομαζόμενη «Πρόγραμμα Υποστήριξης Θηλασμού» που συνδυάζει προγεννητική και επιλόχεια υποστήριξη και εκπαίδευση και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το εν λόγω πρόγραμμα παρέμβασης προάγει τη μεγαλύτερη διάρκεια και την υψηλότερη αποκλειστικότητα του θηλασμού (van Dellen et al., 2019).

Εκτός από τους παρόχους μαιευτικής περίθαλψης, οι πάροχοι νεογνικής φροντίδας, συμπεριλαμβανομένων των νεογνολόγων και των νοσηλευτών θα πρέπει συχνά να λαμβάνουν αρκετή εκπαίδευση και υπενθυμίσεις για την υποστήριξη του θηλασμού ώστε να διασφαλίζεται η συμμόρφωση με το Βήμα 2 της Πρωτοβουλίας «Φιλικό προς τα Μωρά Νοσοκομείο» (Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI) (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020). Μελέτες έχουν δείξει ότι η συζήτηση για τα οφέλη του μητρικού γάλακτος κατά τις προγεννητικές επισκέψεις που πραγματοποιεί ο νεογνολόγος για έγκυες γυναίκες με πιθανό πρόωρο τοκετό θα είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερο ποσοστό παροχής μητρικού γάλακτος για βρέφη που εισάγονται στη ΜΕΝΝ κατά τη διάρκεια και μετά την παραμονή στο νοσοκομείο (Friedman et al., 2004). Επιπλέον, η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης

του συζύγου και της πρόθεσης της γυναίκας να θηλάσει αντανακλά την ισχυρή προσήλωση στο Βήμα 3 της BFHI και μας κάνει να πιστεύουμε ότι οι σύζυγοι πρέπει να παρακολουθούν τις προγεννητικές και μεταγεννητικές εκπαιδευτικές συνεδρίες σχετικά με το θηλασμό, καθώς η επιρροή τους μπορεί να έχει μεγάλη αντίκτυπο στις προθέσεις των συζύγων τους (WHO, Baby-friendly Hospital Initiative, 2020).

Μία από τις κύριες προκλήσεις για την προώθηση της πρακτικής του αποκλειστικού θηλασμού σχετίζεται με τη διατήρηση του θηλασμού για τη συνιστώμενη περίοδο παρά με την έναρξή του μετά τη γέννηση (Coutinho et al., 2005). Η επίδραση της εργασιακής κατάστασης των γυναικών είναι σημαντική στην πρακτική του θηλασμού (Murtagh & Moulton, 2011). Η ανησυχία των γυναικών για το θηλασμό στο εργασιακό περιβάλλον συμφωνεί με αρκετές αναφορές (Khasawneh & Khasawneh, 2017; Radwan, 2013; Nabulsi, 2011). Η σύντομη άδεια μητρότητας και η έλλειψη υποστηρικτικών μέτρων στο χώρο εργασίας, όπως η έλλειψη ημερήσιων κέντρων και η αδυναμία πολλαπλών διαλειμμάτων κατά τη διάρκεια της ημέρας για να θηλάσουν τα βρέφη τους, αποθαρρύνουν τις μητέρες από τον αποκλειστικό θηλασμό και τις ωθούν να εισάγουν βρεφικό γάλα (Radwan, 2013; Nabulsi, 2011). Από την άλλη πλευρά, το Wallenborn (2019) ανέλυσε δεδομένα των ΗΠΑ από το Infant Feeding Practices Survey II και ανέφερε ότι η υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον συνδέθηκε έντονα όχι μόνο με υψηλότερο ποσοστό θηλασμού, αλλά και με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα, θετική στάση αλλά και μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού (Wallenborn et al., 2019).

Παρά τις προκλήσεις που ενδέχεται να επηρεάσουν τον θηλασμό, η μελέτη των Khasawneh, et al., (2020) διαπίστωσε ότι η υψηλή γνώση και η θετική στάση των γυναικών είναι πολλά υποσχόμενοι καθοριστικοί παράγοντες για τη βελτίωση της πρακτικής του θηλασμού.

Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Σκοπός - επιμέρους στόχοι της μελέτης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών, των γνώσεων, των στάσεων και των προθέσεων των λεχωίδων αναφορικά με το μητρικό θηλασμό.

Ειδικότερα, οι επιμέρους στόχοι της παρούσας έρευνας περιλαμβάνουν:

α) την εξέταση των δημογραφικών στοιχείων των λεχωίδων και την διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των δημογραφικών-κοινωνικών στοιχείων και των στάσεων των ερωτηθέντων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό,

β) τη διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των προθέσεων των λεχωίδων για τον μητρικό θηλασμό και της πιθανής σχέσης μεταξύ τους. Τα εξεταζόμενα στοιχεία που αφορούν στη στάση των λεχωίδων απέναντι στο θηλασμό περιλαμβάνουν ιδέες όπως αν ο θηλασμός βελτιώνει την υγεία και την ανοσία του βρέφους, αν ο θηλασμός οδηγεί σε καλύτερη αύξηση του βάρους του βρέφους, αν ο θηλασμός θεωρείται το ιδανικότερο φαγητό, αν το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο με καλύτερη ανοχή, αν η επιστροφή στη δουλειά δεν αποτελεί εμπόδιο κατά του θηλασμού, αν είναι εύκολος ο θηλασμός κατά τη διάρκεια της κοινωνικής συγκέντρωσης, αν η πρώτη σίτιση πρέπει να είναι πρωτόγαλα και αν οι γυναίκες συμφωνούν με τη χρήση βρεφικής τροφής,

γ) τη διερεύνηση των δεικτών θηλασμού στο μαιευτήριο, της πρόθεσης των λεχωίδων να θηλάσουν και της υποστήριξής τους κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού από τον σύζυγο, το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας.

Η έρευνα είναι ποσοτική και θα λέγαμε αιτιολογική εφόσον μελετάται η ύπαρξη σχέσης (αιτίας-αιτιατού) μεταξύ ορισμένων παραγόντων που σχετίζονται με τον μελετώμενο πληθυσμό-στόχο.

Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας για τις ανάγκες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παλαιότερων μελετών και τη διερεύνηση των προσδιοριστικών παραγόντων που συμβάλλουν στον σχεδιασμό έρευνας της παρούσας μελέτης, πραγματοποιήθηκε στη βάση δεδομένων της PubMed χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες λέξεις κλειδιά στην αγγλική γλώσσα: Breast feeding, Breast feeding knowledge, Breast feeding attitude, Breast feeding planning. Η αναζήτηση αφορά κυρίως άρθρα στην αγγλική γλώσσα τα οποία μεταφράστηκαν. Το χρονικό διάστημα αναζήτησης βιβλιογραφίας στη Pubmed είναι από το 2010 έως και σήμερα.

Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της σημασίας

του μητρικού θηλασμού και της συνεχούς ενημέρωσης των γυναικών τόσο κατά την προγεννητική περίοδο όσο και κατά την περίοδο της λοχείας.

5.2 Πληθυσμός μελέτης και τρόπος συλλογής δεδομένων

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 150 λεχώιδες, κατά την 4η-5η ημέρα μετά το τοκετό τους. Η δειγματοληψία έγινε με δείγμα ευκολίας λόγω του μειωμένου αριθμού γεννήσεων στην περιοχή και λόγω χρονικού περιορισμού. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της αυτοσυμπλήρωσης δηλαδή κάθε συμμετέχουσα λεχώίδα συμπλήρωσε μόνη της το ερωτηματολόγιο. Ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας ήταν τα δημόσια νοσοκομεία στην περιοχή της Αργολίδας, συγκεκριμένα στο Δημόσιο Νοσοκομείο του Ναυπλίου και του Άργους, καθώς και σε ορισμένα ιδιωτικά ιατρεία, τα οποία εδρεύουν στην ίδια περιοχή.

5.3 Ανάλυση ερωτηματολογίου

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χωρίζονται σε 3 μέρη:

A Μέρος: Ερωτηματολόγιο των δημογραφικών στοιχείων για να εξεταστούν τα ατομικά χαρακτηριστικά. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αποτελείται από 10 ερωτήσεις. Οι 9 πρώτες ερωτήσεις σχετίζονται με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των λεχώιδων, όπως η ηλικία, το βάρος προ κύησης και το βάρος μετά την κύηση, το ύψος, ο τόπος μόνιμης κατοικίας, η εθνικότητα, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος και η οικογενειακή κατάσταση. Εν συνέχεια, οι ερωτώμενες κλήθηκαν να απαντήσουν (10η ερώτηση) εάν σκοπεύουν να θηλάσουν το μωρό τους.

B Μέρος: Κατόπιν εξετάστηκαν οι δείκτες θηλασμού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο (11-12η ερώτηση). Οι υπόλοιπες 5 ερωτήσεις αφορούσαν την υποστήριξη κατά τον μητρικό θηλασμό από τις μαίες του μαιευτηρίου, από το οικογενειακό περιβάλλον, από τον σύντροφο, τη παροχή συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο και τέλος το λόγο μη έναρξης του μητρικού θηλασμού.

Γ Μέρος: Ερωτηματολόγιο Στάσης για τη νεογνική διατροφή. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την διερεύνηση της στάσης των λεχώιδων για τον μητρικό θηλασμό είναι η Κλίμακα Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale). Οι de la Mora et al. (1999) ανέπτυξαν ένα απλό, εύκολο στη διαχείριση, εργαλείο που

μετρά τις στάσεις της μητέρας απέναντι στις διαφορετικές μεθόδους σίτισης των βρεφών και προβλέπει την πρόθεση του θηλασμού. Το IFAS έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες όπως ΗΠΑ, Καναδά, Χαβάη, Αυστραλία, Ιαπωνία, Κίνα, Ινδία, Ρουμανία, Σκωτία, Ηνωμένο Βασίλειο και Σαουδική Αραβία (Temple Newhook, και συν., 2017). Αυτή η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε έρευνες διαφόρων πληθυσμών όπως τις προγεννητικές και μεταγεννητικές γυναίκες και έχει επίσης χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων θηλασμού και για την πρόβλεψη της έναρξης και της διάρκειας του θηλασμού (Vijayalakshmi, Susheela, & Mythili, 2015). Έχοντας υπόψη τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού σε έξι μήνες στην Ελλάδα, καθίσταται σημαντική η χρήση του IFAS στη παρούσα έρευνα (Mora, Russell, Dungy, Losch, & Dusdieker, 1999).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις που εξετάζουν τη στάση και τη πρόθεση των γυναικών για τη νεογνική διατροφή. Για παράδειγμα, συμπεριλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με το κόστος της βρεφικής σίτισης (π.χ. «Η τροφή με φόρμουλα είναι πιο ακριβή από τον θηλασμό»), τη διατροφή (π.χ. «Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για μωρά»), την ευκολία (π.χ. «Θηλασμός -ο θηλασμός παρεμβαίνει στη σεξουαλική σχέση ενός ζευγαριού»), και το δέσιμο του βρέφους (π.χ. «Ο θηλασμός αυξάνει το δεσμό μητέρας-βρέφους»). Οι συμμετέχουσες στην έρευνα καλούνται να υποδείξουν τον βαθμό στον οποίο συμφωνούν με κάθε δήλωση/ερώτηση. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις ακολουθούν την 5-βάθμια κλίμακα Likert (1-5 από το χαμηλότερο στον υψηλότερο βαθμό συμφωνίας ξεκινώντας από το 1: διαφωνώ απόλυτα έως το 5: συμφωνώ απόλυτα). Περίπου οι μισές ερωτήσεις είναι διατυπωμένες ώστε να είναι ευνοϊκές υπέρ του θηλασμού και οι υπόλοιπες ερωτήσεις, ευνοϊκές για τη σίτιση με ξένο γάλα. Στη συνέχεια, τα σκορ υπολογίζονται έτσι ώστε μια υψηλή βαθμολογία να αντικατοπτρίζει την προτίμηση για το θηλασμό. Τιμές 70-85 σημαίνουν θετικές στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού, 49-69 ουδέτερες και 17-48 αρνητικές.

Όσον αφορά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εν λόγω ερωτηματολογίου, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από τους de la Mora et al. (1999) υποστηρίζουν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του IFAS στην αξιολόγηση της στάσης απέναντι στις μεθόδους διατροφής των βρεφών. Οι γυναίκες σε αυτές τις μελέτες είτε θήλασαν (π.χ. αποκλειστικά ή μερικώς) είτε τάισαν τα βρέφη τους με γάλα. Το IFAS φαίνεται να είναι πολύ αξιόπιστο, με τον δείκτη Cronbach (1951) να κυμαίνεται από 0,85 έως 0,86. Σύμφωνα με αυτό το υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας, οι διορθωμένες συνολικές συσχετίσεις ήταν όλες θετικές και σημαντικές, κυμαινόμενες από 0,22 έως 0,69, υποδεικνύοντας ότι τα στοιχεία στο μέτρο παρέχουν μια ακριβή αξιολόγηση της στάσης των γυναικών απέναντι στη διατροφή των βρεφών (de la Mora, Russell, Dungy, Losch, & Dusdieker, 1999). Στη συγκεκριμένη έρευνα ο

δείκτης α ήταν 0.69.

Η κλίμακα φαίνεται επίσης να παρέχει μια έγκυρη αξιολόγηση της στάσης των γυναικών απέναντι στη μέθοδο διατροφής των βρεφών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των de la Mora et al. (1999), η κλίμακα είναι σε θέση να διαφοροποιήσει τις γυναίκες που σχεδίαζαν να θηλάσουν τα βρέφη τους από τις γυναίκες που σχεδίαζαν να ταΐσουν τα βρέφη τους με φόρμουλα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που δήλωσαν ότι σχεδίαζαν να θηλάσουν τα βρέφη τους είχαν πιο θετική στάση απέναντι στο θηλασμό ($M = 65,24$) από τις γυναίκες που σχεδίαζαν να χρησιμοποιήσουν γάλα αποκλειστικά για να ταΐσουν το μωρό τους [$(M = 49,34)$, $t(246) = 15,74$, $p < ,01$] (de la Mora et al., 1999).

Το ΠFAS παρέχει την ευκαιρία σε ερευνητές και επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν παράγοντες που επηρεάζουν τις αποφάσεις της μητέρας σχετικά με τις μεθόδους διατροφής των βρεφών. Για παράδειγμα, το ΠFAS μπορεί να χορηγηθεί σε μέλη του κοινωνικού δικτύου της γυναίκας (δηλαδή στον πατέρα, σε γυναίκες συγγενείς, φίλες ή σε γιατρούς) για να καθοριστεί πώς η στάση τους απέναντι στις μεθόδους διατροφής του βρέφους επηρεάζει τη στάση της μητέρας και, τελικά, την επιλογή της μεθόδου σίτισης. Το εργαλείο μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα χρήσιμο στο πλαίσιο προγραμμάτων όπου οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να αλλάξουν τη στάση της μητέρας απέναντι στο θηλασμό, γεγονός που μπορεί με τη σειρά του να οδηγήσει σε αλλαγές στη συμπεριφορά του θηλασμού μεταξύ των γυναικών- λεχωίδων.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί πως πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο με αποδεκτές ψυχομετρικές ιδιότητες, σταθμισμένο στον ελληνικό πληθυσμό. Ειδικότερα, το ΠFAS χορηγήθηκε σε ένα δείγμα από 203 έγκυες στην περιοχή των Αθηνών, οδηγώντας στη διαπίστωση περί μιας αποδεκτής αξιοπιστίας, καθώς ο δείκτης α ήταν 0.71. Επιπλέον, στην έρευνα αυτή η ανάλυση παραγόντων επιβεβαίωσε τον έναν αυτό κεντρικό παράγοντα που προκύπτει από το ΠFAS, οδηγώντας δηλαδή σε μια σύμπλευση της ανάλυσης παραγόντων κατά την προσαρμογή του στην ελληνική πραγματικότητα με τις διαπιστώσεις των κατασκευαστών του (Piadou et al., 2019).

Συνολικά, τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών αναλύσεων που έχουν διεξαχθεί υποδεικνύουν ότι το ΠFAS παρέχει μια αξιόπιστη και έγκυρη αξιολόγηση των στάσεων απέναντι στις διαφορετικές μεθόδους διατροφής των βρεφών. Η κλίμακα είναι σχετικά εύκολη στη διαχείριση και τη βαθμολογία ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι το ΠFAS μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεγάλη ποικιλία πληθυσμών. Οι ερευνητές ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν αυτό το εργαλείο στην έρευνά τους και να κρατούν ενήμερους τους προγραμματιστές σχετικά με τα ευρήματά τους, ώστε να μπορούν να προκύψουν συνεχείς

βελτιώσεις σε αυτό (de la Mora et al.,1999).

5.4 Ηθικά και Δεοντολογικά ζητήματα

Κατά τη διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης ακολουθήθηκαν οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας όσον αφορά τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχουσών. Αρχικά ζητήθηκε και παραχωρήθηκε άδεια διεξαγωγής της μελέτης από τα Επιστημονικά Συμβούλια των νοσοκομειακών μονάδων. Επίσης, διανεμήθηκε σε όλες τις λεχωίδες έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης, ώστε να τους γνωστοποιηθεί ο σκοπός και η μεθοδολογία της έρευνας και για να αποφασίσουν αν επιθυμούν να λάβουν μέρος στη μελέτη ή όχι. Στη περίπτωση που δεν ήταν εφικτή η συλλογή των ερωτηματολογίων από τα δημόσια ή ιδιωτικά ιατρεία πραγματοποιήθηκε κατ' οίκον επίσκεψη των λεχωίδων ύστερα από τη συναίνεση των μελών της οικογένειας.

Όσον αφορά το χρονικό περιθώριο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, δεν υπήρξε κανένας χρονικός περιορισμός και έτσι οι συμμετέχουσες δεν πιέστηκαν χρονικά και δεν έδωσαν βεβιασμένες απαντήσεις. Τα ερωτηματολόγια τοποθετήθηκαν σε φακέλους και παραλήφθηκαν από την ίδια την ερευνήτρια, η οποία προέβη στην επίλυση τυχόν αποριών τόσο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τις συμμετέχουσες όσο και για τη διαδικασία παραλαβής των ερωτηματολογίων.

Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί το ερωτηματολόγιο IIFAS ζητήθηκε άδεια από τους συγγραφείς του (οι άδειες παρατίθενται στο Παράρτημα της παρούσας εργασίας).

5.5 Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Για την επεξεργασία των σχετικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για Windows (έκδοση 22). Αρχικά, πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση επί των δεδομένων της έρευνας. Η ανάλυση αυτή πραγματοποιήθηκε με χρήση απόλυτων τιμών και ποσοστών επί τοις εκατό για τις κατηγορικές μεταβλητές και με τη χρήση μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων για τις ποσοτικές μεταβλητές. Επιπλέον, υπολογίστηκε η κατώτατη και ανώτατη τιμή. Μετά το πέρας της περιγραφικής ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε μελέτη της κανονικότητας της κατανομής του IIFAS, με στόχο τη λήψη απόφασης περί χρήσης παραμετρικών ή μη παραμετρικών ελέγχων κατά την επαγωγική ανάλυση. Μέσω του ελέγχου Kolmogorov-Smirnov διαπιστώθηκε η παραβίαση της κανονικότητας της κατανομής ($p=0.000$). Κατά συνέπεια, για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δίτιμων κατηγορικών μεταβλητών

και του IIFAS χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U, για τη μελέτη της σχέσης κατηγορικών μεταβλητών με περισσότερες από δύο τιμές με το σκορ του IIFAS χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis και για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ ποσοτικών μεταβλητών και των τιμών του IIFAS χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman. Στην περίπτωση που θα προέκυπταν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση τον έλεγχο Kruskal-Wallis, αποφασίστηκε η χρήση post-hoc ελέγχου Bonferroni για την εξέταση του μεταξύ ποιών ακριβώς ομάδων του αρχικού ελέγχου υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Σε περιπτώσεις όπου οι μεταβλητές ήταν δίτιμες και η μία εκ των δύο ομάδων είχε απόλυτη τιμή <3 οι σχετικοί έλεγχοι παραλείφθηκαν. Ο δείκτης σημαντικότητας τέθηκε στο 0.05 για το σύνολο των αναλύσεων.

Κεφάλαιο 6. Ανάλυση Αποτελεσμάτων

Στο παρόν Κεφάλαιο διενεργείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν για τις ανάγκες και τους σκοπούς της μελέτης. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση των χαρακτηριστικών, των γνώσεων, των στάσεων, των κινήτρων και των προθέσεων των λεχωίδων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αναφέρονται α) στην εξέταση των δημογραφικών στοιχείων των λεχωίδων και την διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ των δημογραφικών-κοινωνικών στοιχείων και των απόψεων των ερωτηθέντων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, β) στην διερεύνηση των στοιχείων διατροφής του βρέφους στο μαιευτήριο, της πρόθεσης των λεχωίδων να θηλάσουν και της υποστήριξής τους κατά τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού από τον σύζυγο, το οικογενειακό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας, γ) στην διερεύνηση των γνώσεων, των στάσεων και των προθέσεων των λεχωίδων για τον μητρικό θηλασμό. Τέλος, διερευνάται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των γνώσεων των λεχωίδων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό και της πρόθεσης και στάσης τους να θηλάσουν.

6.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Αρχικά μελετώνται τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των ατομικών στοιχείων των λεχωίδων: «ηλικία, βάρος προ κύησης, βάρος μετά κύησης, ύψος, ΔΜΣ προ της κύησης και ΔΜΣ μετά την κύηση» και πιο συγκεκριμένα εξετάζονται η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των ατομικών χαρακτηριστικών. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 λεχώιδες.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	150	19	41	29,81	3,619
Βάρος προ κύησης	149	52	105	66,36	8,794
Βάρος μετά κύησης	150	55	111	72,72	9,909
Ύψος	150	152	177	165,21	4,678
ΔΜΣ πριν την κύηση	149	18.87	38.57	24,274	2,709
ΔΜΣ μετά την κύηση	150	20.08	40.77	26,586	2,999

Από τον Πίνακα 1 διαπιστώνεται ότι η ηλικία των 150 λεχωίδων που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα κυμαινόταν από 19 ετών έως 41 ετών με τη πλειονότητα του δείγματος να είναι 29 χρονών δηλαδή κατά μέσο όρο οι λεχωίδες ήταν ηλικίας 29 ετών (mean=29,81). Η τυπική απόκλιση της ηλικίας 3,6 δείχνει τον βαθμό μεταβολής της ηλικίας των λεχωίδων που κυμαίνεται κοντά στο μέσο όρο. Οι περισσότερες συμμετέχουσες γυναίκες έχουν ηλικία μεταξύ 26 και 33 ετών. Όσον αφορά το βάρος προ κύησης, συμπεραίνεται ότι το χαμηλότερο βάρος των λεχωίδων ήταν 52 κιλά πριν την κύηση ενώ το μεγαλύτερο βάρος προ κύησης ήταν 105 κιλά. Ο μέσος όρος του βάρους των λεχωίδων προ κύησης ήταν 66 κιλά. Το βάρος των λεχωίδων μετά κύησης κυμαινόταν από 55kg (ελάχιστη τιμή) έως 111kg (μέγιστη τιμή) με μέσο όρο βάρους μετά κύησης τα 72kg και τυπική απόκλιση 9,9 (οι περισσότερες είχαν βάρος σχεδόν 10kg πάνω και 10kg κάτω από το μέσο όρο δηλαδή μεταξύ 62kg και 82kg). Αναφορικά με το ύψος των συμμετεχουσών λεχωίδων φαίνεται ότι κυμαινόταν μεταξύ 1.52 (ελάχιστο) και 1.77 (μέγιστο) με μέσο όρο ύψους 1.65 και τυπική απόκλιση 4.6 (οι περισσότερες λεχωίδες έχουν ύψος μεταξύ 1.60 και 1.70).

Εν συνεχεία, παρουσιάζεται η κατανομή του δείγματος ως προς τα υπόλοιπα εξεταζόμενα δημογραφικά χαρακτηριστικά παραθέτοντας τα αποτελέσματα σε απόλυτη συχνότητα και σε ποσοστό % για N=150 συμμετέχουσες.

Πίνακας 2. Κατανομή του δείγματος (N=150) ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Μεταβλητές	N	%
Τόπος μόνιμης κατοικίας		
Αστική πόλη (πληθυσμός>10.000 κάτοικοι)	133	89.3
Ημιαστική πόλη (πληθυσμός 2.000-9.999 κάτοικοι)	12	8.1
Αγροτική περιοχή (πληθυσμός <2000 κάτοικοι)	4	2.7
Εθνικότητα		
Ελληνική	149	99.3
Άλλη: Ρουμανική	1	0.7
Μορφωτικό επίπεδο		
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	46	30.7
Απόφοιτος ΑΕΙ ,Κάτοχος Μεταπτυχιακού	87	58.0
Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού	17	11.3
Επάγγελμα		
Δημόσιος υπάλληλος	19	12.7
Ιδιωτικός υπάλληλος	78	52.0

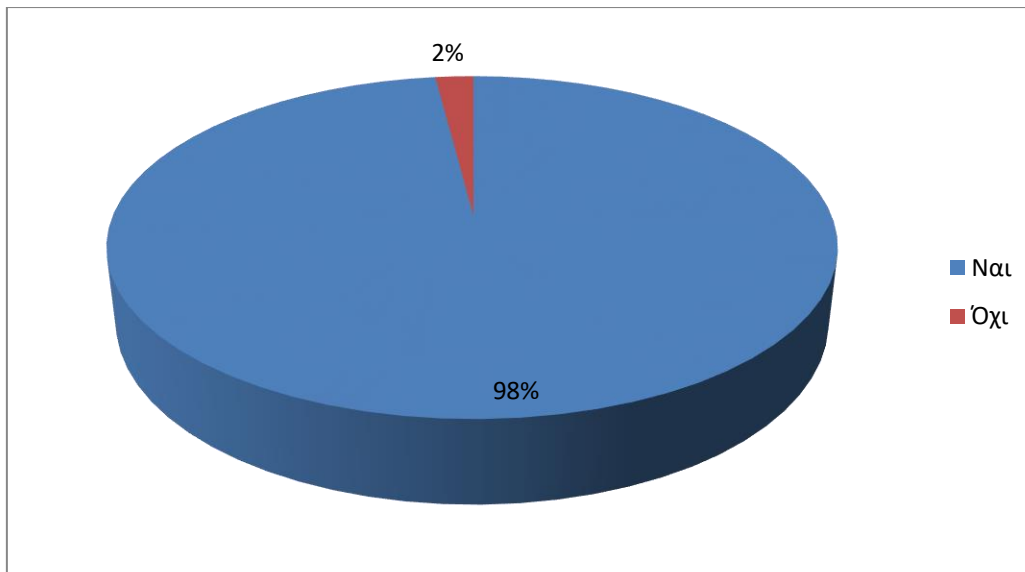
Ελεύθερος επαγγελματίας	14	9.3
Άνεργη	34	22.7
Οικιακά	4	2.7
Φοιτήτρια	1	0.7
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα		
Έως 1000 ευρώ	50	33.3
Από 1001 έως 2000 ευρώ	68	45.3
Άνω των 2001 ευρώ	7	4.7
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	25	16.7
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμη	146	97.3
Σύμφωνο συμβίωσης	4	2.7

(n=συχνότητα, % =ποσοστό του δείγματος)

Από τον παραπάνω Πίνακα βλέπουμε ότι όλο το δείγμα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα ήταν 150 γυναίκες λεχwoίδες. Η πλειονότητα των συμμετεχουσών της τάξης του 89,3% κατοικεί μόνιμα σε αστική πόλη, το 8,1% του δείγματος έχει τόπο μόνιμης κατοικίας ημιαστική πόλη ενώ μόλις 4 λεχwoίδες είναι μόνιμοι κάτοικοι αγροτικής περιοχής. Όλες οι συμμετέχουσες έχουν ελληνική εθνικότητα, εκτός από μια που έχει ρουμανική. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων λεχwoίδων, η πλειονότητα του δείγματος (58%) κατέχει πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης. Το 11,3% έχει μεταπτυχιακές σπουδές και έχει αποκτήσει διδακτορικό τίτλο ενώ το 30,7% είναι απόφοιτο Γυμνασίου και Λυκείου.

Σχετικά με το επάγγελμα των λεχwoίδων, διαπιστώνεται ότι 78 από τις 150 που συμμετείχαν στην έρευνα, εργάζονται ως ιδιωτικοί υπάλληλοι, αντίστοιχα 34 στις 150 δηλώνουν άνεργες, ενώ 19 εκ των 150 είναι δημόσιοι υπάλληλοι, 14 γυναίκες εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες, 4 ασχολούνται με τα οικιακά ενώ μόλις 1 είναι φοιτήτρια. Όσον αφορά το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των λεχwoίδων, παρατηρείται ότι 68 εκ των 150 λεχwoίδων δηλώνουν από 1001 έως 2000 ευρώ οικογενειακό εισόδημα, οι 50 απάντησαν ότι έχουν κάτω από 1000€ οικογενειακό εισόδημα, οι 7 δήλωσαν εισόδημα άνω των 2001€ ενώ οι 25 στις 150 είπαν ότι δεν γνωρίζουν / δεν απαντούν στην εν λόγω ερώτηση. Τέλος, η πλειονότητα των λεχwoίδων (146) είναι έγγαμες ενώ οι υπόλοιπες 4 έχουν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης.

Εν συνεχεία εξετάζεται η πρόθεση και ο σκοπός των λεχwoίδων να θηλάσουν.

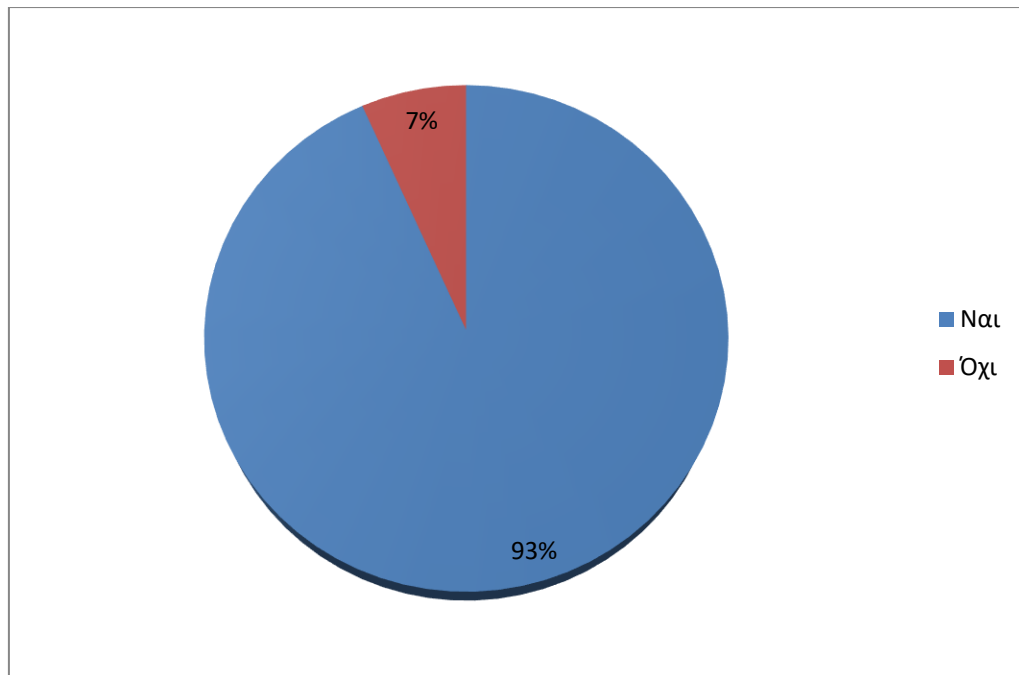


Πίνα 1. Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;

Διαπιστώθηκε ότι οι 146 εκ των 150 λεχωίδων έχουν σκοπό να θηλάσουν ενώ μόλις 3 όχι. Επίσης μια λεχωίδα δεν έδωσε απάντηση στη συγκεκριμένη ερώτηση. Στη συνέχεια ρωτήθηκαν για το λόγο που δεν έχουν σκοπό να θηλάσουν. Απάντηση δόθηκε μόνο από τη 1 εκ των 3 λεχωίδων που απάντησαν όχι στην παραπάνω ερώτηση για το αν έχουν σκοπό να θηλάσουν. Ο λόγος μη πρόθεσης θηλασμού του μωρού της ήταν ο πόνος που της προκαλούσε ο μητρικός θηλασμός.

Ακολούθως παρατίθενται τα αποτελέσματα από την περιγραφική ανάλυση της δεύτερης ενότητας του ερωτηματολογίου που αναφέρεται στα στοιχεία διατροφής του βρέφους όσον αφορά τον μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο αμέσως μετά τον τοκετό καθώς και στην υποστήριξη που έλαβε η γυναίκα τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον και τον σύζυγο όσο και από τους επαγγελματίες υγείας.

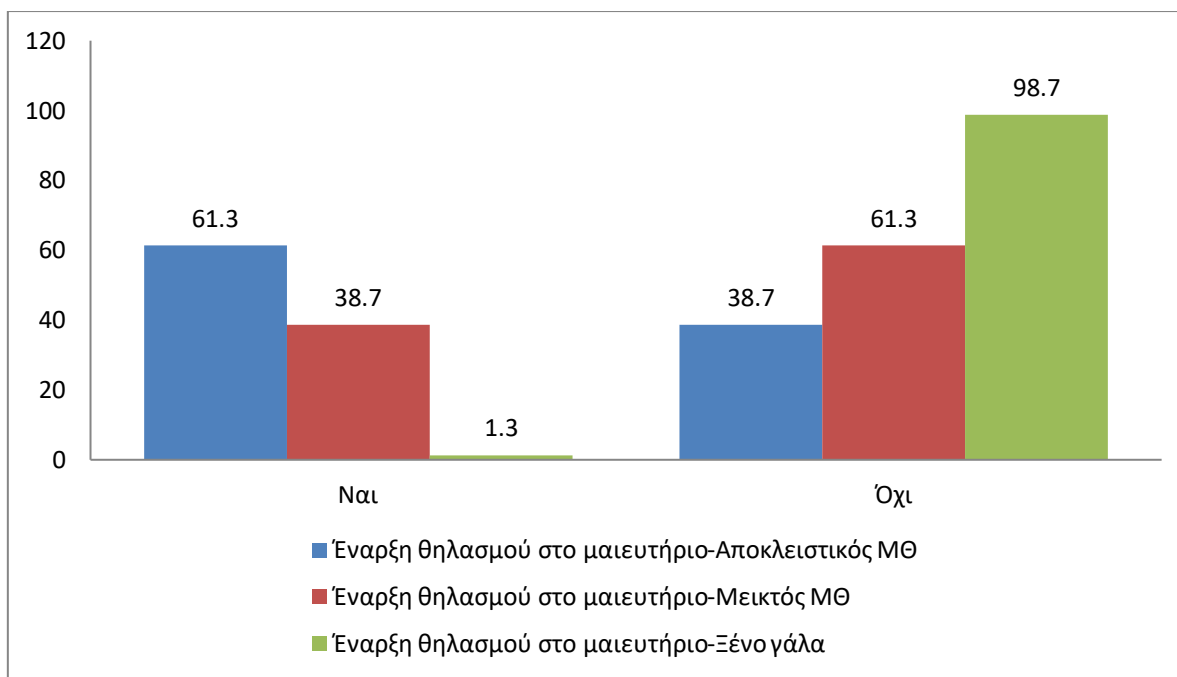
Αρχικά οι λεχωίδες ρωτήθηκαν αν θήλασαν αμέσως μετά τον τοκετό στην αίθουσα. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται στην παρακάτω Πίνα.



Πίνα 2. Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)

Το 7% των λεχωίδων απάντησε ότι δεν θήλασε αμέσως μετά τον τοκετό στην αίθουσα σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων (93%) που ανέφερε ότι θήλασε το μωρό αμέσως μετά τον τοκετό.

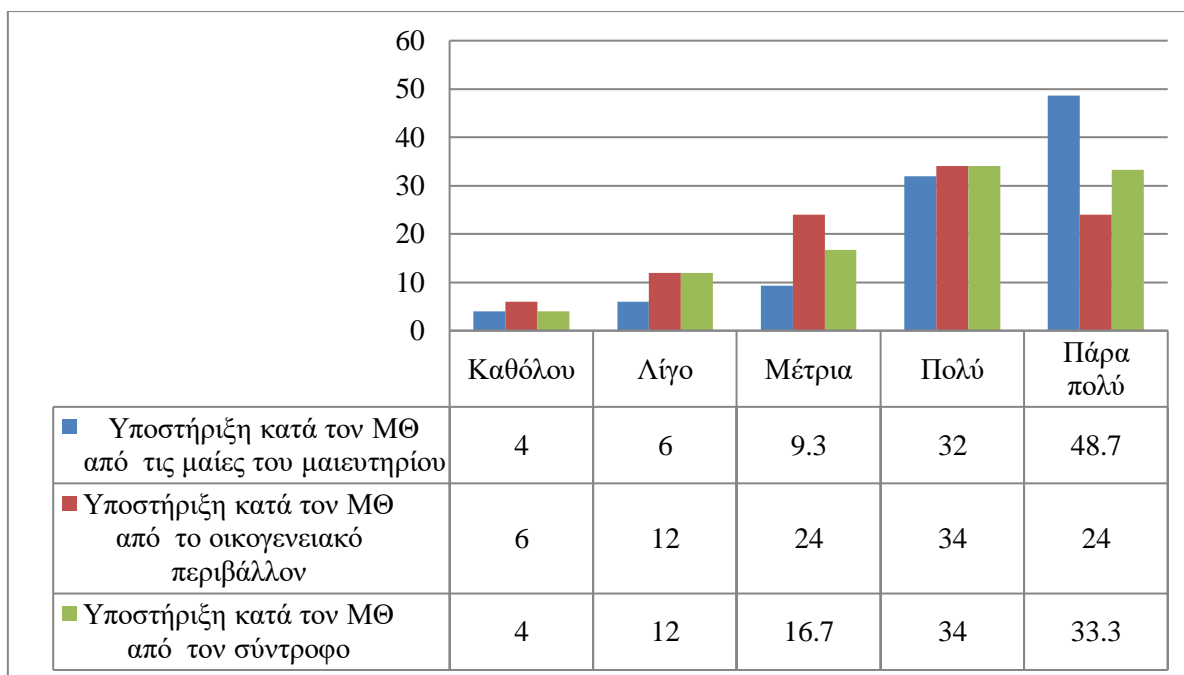
Εν συνεχεία εξετάζεται η έναρξη του θηλασμού στο μαιευτήριο μέσω του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, του μεικτού μητρικού θηλασμού (μητρικός θηλασμός και ξένο γάλα) ή της σίτισης του βρέφους μόνο με ξένο γάλα. Οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν με ένα ναι ή ένα όχι στο αν ξεκίνησαν τον μητρικό ή μεικτό θηλασμό στο μαιευτήριο ή τάισαν το μωρό τους εξ αρχής με ξένο γάλα στο μαιευτήριο. Οι απαντήσεις που δόθηκαν στο παραπάνω Ιστόγραμμα είναι σε ποσοστό %.



Ιστόγραμμα 1. Έναρξη μητρικού-μεικτού θηλασμού-Σίτιση με ξένο γάλα στο μαιευτήριο (N%)

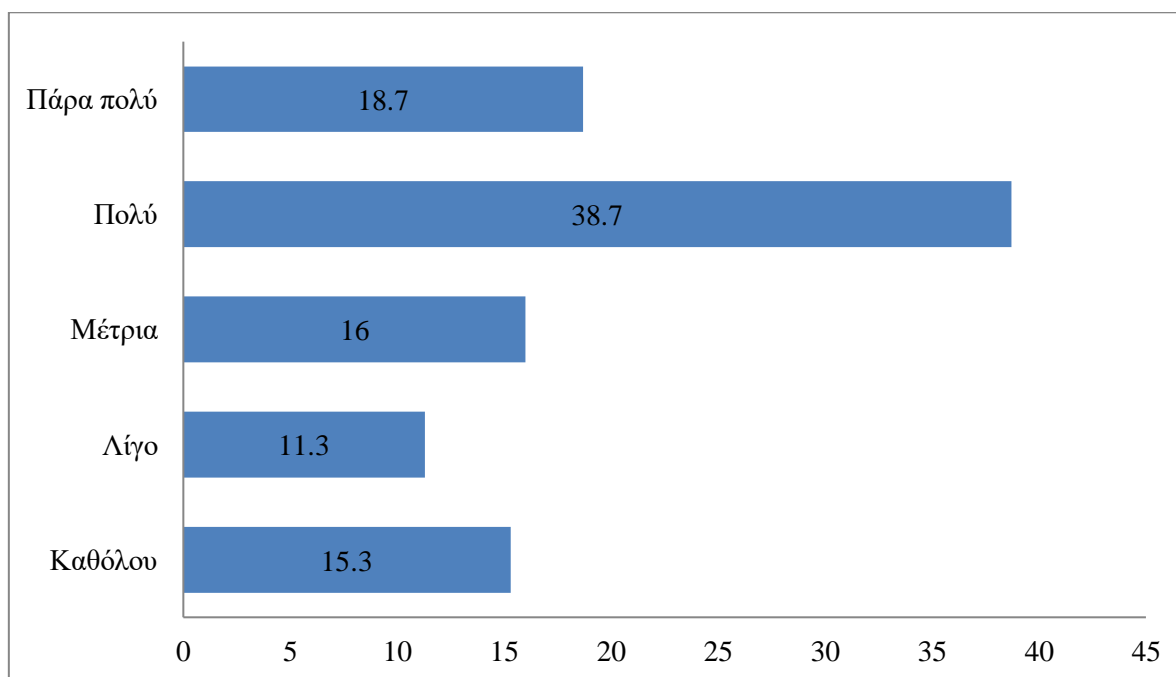
Από το παραπάνω Ιστόγραμμα διαπιστώνεται ότι κατά 61,3% οι ερωτηθείσες απάντησαν ότι ξεκίνησαν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στο μαιευτήριο. Το 38,7% των συμμετεχουσών λεχωίδων απάντησε ότι εφάρμοσε τον μεικτό θηλασμό για τη σίτιση του βρέφους ενώ μόλις το 1,3% τάισε το νεογέννητο στο μαιευτήριο μόνο με ξένο γάλα και δεν υιοθέτησε τον μητρικό ή τον μεικτό θηλασμό. Αντίθετα, η πλειονότητα του δείγματος (98,7%) επισήμανε ότι δεν έδωσε ξένο γάλα στο βρέφος κατά την σίτισή του στο μαιευτήριο. Το 61,3% απάντησε όχι στον μεικτό θηλασμό στο μαιευτήριο ενώ το 38,7% απάντησε αρνητικά στην ερώτηση για την έναρξη του θηλασμού στο μαιευτήριο υιοθετώντας αποκλειστικά τον μητρικό θηλασμό.

Κατόπιν, εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο οι λεχωίδες έλαβαν υποστήριξη κατά την διάρκεια του μητρικού θηλασμού από τις μαίες του μαιευτηρίου, από το οικογενειακό περιβάλλον και από τον σύντροφο.



Ιστόγραμμα 2. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τις μαίες, το οικογενειακό περιβάλλον και τον σύντροφο (N%)

Από το Ιστόγραμμα 2 παρατηρείται ότι το 48,7% των λεχωίδων έλαβε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό υποστήριξη κατά τον μητρικό θηλασμό από τις μαίες του μαιευτηρίου. Επίσης σύμφωνα με το 24% υπήρξε πάρα πολύ μεγάλη υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον κατά την διάρκεια του μητρικού θηλασμού ενώ το 33,3% επισήμανε ότι η υποστήριξη κατά τον μητρικό θηλασμό από τον σύντροφο ήταν πάρα πολύ μεγάλη. Το 32% του δείγματος ανέφερε ότι έλαβε πολύ μεγάλη υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια του μητρικού θηλασμού όπως επίσης αντίστοιχα το 34% απάντησε ότι έλαβε πολύ μεγάλη υποστήριξη τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο από τον σύντροφο. Σύμφωνα με το 16,7% των λεχωίδων υπήρξε μέτρια υποστήριξη από τον σύντροφο κατά την διάρκεια του θηλασμού ενώ το 24% έλαβε υποστήριξη σε μέτριο βαθμό από το οικογενειακό περιβάλλον. Οι λεχωίδες της τάξης 9,3% απάντησαν ότι έλαβαν μετρίου βαθμού υποστήριξη από τις μαίες του μαιευτηρίου. Αντίστοιχα το 6% απάντησε λίγο ενώ μόλις το 4% καθόλου. Το 12% επισήμανε ότι έλαβε υποστήριξη σε μικρό βαθμό τόσο από τον σύντροφο όσο και από την οικογένεια. Τέλος, σύμφωνα με το 4% των συμμετεχουσών γυναικών, δεν υπήρξε καθόλου υποστήριξη του μητρικού θηλασμού από τις μαίες και από τον σύντροφο ενώ μόλις το 6% είπε ότι δεν υπήρξε καμία υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον αναφορικά με τον μητρικό θηλασμό.



Ραβδόγραμμα 1. Παροχή συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο (N%)

Εν συνεχεία, εξετάστηκε ο βαθμός στον οποίο το προσωπικό και οι επαγγελματίες υγείας παρείχαν συμβουλές σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο. Το 38,7% επισήμανε ότι έλαβε σε πολύ μεγάλο βαθμό συμβουλές σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο. Το 18,7% συμφωνεί με την άποψη ότι η παροχή συμβουλών σχετικά με τον μητρικό θηλασμό μετά το εξιτήριο από το μαιευτήριο ήταν πάρα πολύ υψηλή. Αντίθετα οι λεχνοίδεις σε ποσοστό 16% απάντησαν ότι έλαβαν σε μέτριο βαθμό συμβουλές αναφορικά με την αναζήτηση βοήθειας για το μητρικό θηλασμό μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το 11,3% θεωρεί ότι η παροχή συμβουλών για την αναζήτηση βοήθειας πάνω στο μητρικό θηλασμό μετά το εξιτήριο ήταν λίγη ενώ για το 15,3% ήταν μηδαμινή.

Επιπλέον, εξετάστηκε ο λόγος για τον οποίο οι λεχνοίδεις δεν ξεκινούν να θηλάσουν τα μωρά τους.

Πίνακας 3. Αναφερόμενος λόγος μη έναρξης μητρικού θηλασμού

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ασθένεια μητέρας	3	2,0	3,7	3,7
Ασθένεια μωρού	2	1,3	2,4	6,1
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	8	5,3	9,8	15,9
Ηλικία μωρού	5	3,3	6,1	22,0
Ερεθισμένες θηλές	12	8,0	14,6	36,6
Μαστίτιδα	22	14,7	26,8	63,4
Προσωπική επιλογή	24	16,0	29,3	92,7
Επιστροφή στην εργασία	4	2,7	4,9	97,6
Κούραση μητέρας	2	1,3	2,4	100,0
Σύνολο	82	54,7	100,0	
Δεν απάντησαν	68	45,3		
Σύνολο	150	100,0		

Σύμφωνα με τις απαντήσεις που παρατίθενται στον παραπάνω Πίνακα, οι 24 στις 150 λεχώιδες δεν ξεκινούν τον μητρικό θηλασμό από προσωπική επιλογή. Οι 22 επισήμαναν ως αναφερόμενο λόγο μη έναρξης του μητρικού θηλασμού την μαστίτιδα ενώ 12 εκ των 150 ανέφεραν ότι είχαν ερεθισμένες θηλές και έτσι δεν ξεκίνησαν να θηλάζουν το μωρό τους. Οι 8 συμμετέχουσες απάντησαν ότι δεν υπήρχε επαρκής ποσότητα γάλακτος για να ξεκινήσουν τον μητρικό θηλασμό. Μόλις 5 λεχώιδες ανέφεραν ως λόγο μη έναρξης του μητρικού θηλασμού την ηλικία του μωρού ενώ 4 υπογράμμισαν την επιστροφή στην εργασία ως το βασικότερο λόγο για να μην μπορέσουν να θηλάσουν το βρέφος τους. Επίσης, 3 συμμετέχουσες ανέφεραν ότι η ασθένεια από την οποία πάσχουν τους εμπόδισε ώστε να ξεκινήσουν να θηλάσουν ενώ μόλις 2 ανέφεραν ως λόγο μη έναρξης του θηλασμού την ασθένεια του μωρού. Τέλος, 2 εκ των 150 απάντησαν ότι ήταν πολύ κουρασμένες ώστε να ξεκινήσουν να θηλάζουν το μωρό τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν αναφέρθηκε κάποιος από τους παραπάνω λόγους μη έναρξης του μητρικού θηλασμού από 68 ερωτώμενες.

Ως προς την κλίμακα PIFAS, η μέση τιμή ήταν 69.360, με τυπική απόκλιση 5.679. Η ελάχιστη τιμή ήταν το 49 και η μέγιστη το 80. Το 58.7% των γυναικών της μελέτης (N=88) είχαν θετικές στάσεις και το 41.3% (N=62) είχαν ουδέτερες. Καμία εκ των γυναικών της μελέτης δεν είχε αρνητική στάση.

6.2 Επαγωγική ανάλυση δεδομένων

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στις τιμές του εργαλείου μέτρησης. Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα, η συσχέτιση αυτή ήταν θετική ($r=0.090$), αλλά μη στατιστικά σημαντική ($p=0.268$).

Πίνακας 4. Η συσχέτιση της ηλικίας με τις τιμές του IIFAS

		IIFAS
Ηλικία	Συντελεστής συσχέτισης	,091
	R	,268
	N	150

Ακολούθως, παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ πριν από την κύηση και των τιμών του εργαλείου μέτρησης. Όπως διαπιστώνεται από τον πίνακα, η συσχέτιση ήταν θετική ($r=0.113$) και μη στατιστικά σημαντική ($p=0.169$).

Πίνακας 5. Η συσχέτιση του ΔΜΣ πριν την κύηση με τις τιμές του IIFAS

		IIFAS
BMI	Συντελεστής συσχέτισης	,113
	R	,169
	N	149

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη μάζας σώματος μετά την κύηση και στις τιμές του IIFAS. Όπως διαπιστώνεται, η συσχέτιση αυτή ήταν αρνητική ($r=-0.003$) και μη στατιστικά σημαντική ($p=0.969$).

Πίνακας 6. Η συσχέτιση του ΔΜΣ μετά την κύηση με τις τιμές του IIFAS

		IIFAS
BMI	Συντελεστής συσχέτισης	,003
	R	,969
	N	150

Ακολουθως, παρουσιάζονται οι διαφορές στις τιμές του ερωτηματολογίου μεταξύ των γυναικών οι οποίες διέμεναν σε αστική και σε ημιαστική περιοχή. Όπως διαπιστώνεται, οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0.945$).

Πίνακας 7. Οι διαφορές στις τιμές του ΠΦΑΣ με βάση τον τόπο κατοικίας

Τόπος μόνιμης κατοικίας		Μέση			P
		N	τιμή	Τυπική απόκλιση	
ΠΦΑΣ	Αστική πόλη (πληθυσμός>10.000 κάτοικοι)	133	66,857	4,777	0.945
	Ημιαστική πόλη (πληθυσμός 2.000-9.999 κάτοικοι)	12	66,750	8,136	

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διαφορές με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών. Οι διαφορές αυτές ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0.016$).

Πίνακας 8. Οι διαφορές στις τιμές του ΠΦΑΣ με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	46	65,804	5,717	0.016
Απόφοιτος ΑΕΙ	87	66,448	5,213	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού	17	69,882	3,638	
Total	150	66,640	5,331	

Με στόχο την περαιτέρω διερεύνηση των διαφόρων αυτών, πραγματοποιήθηκε post-hoc έλεγχος Bonferroni. Όπως διαπιστώνεται από τον παρακάτω πίνακα, οι διαφορές εντοπίστηκαν ανάμεσα στις κατόχους μεταπτυχιακού και διδακτορικού τίτλου σπουδών και στις απόφοιτες Γυμνασίου/ Λυκείου.

Πίνακας 9. Ο post-hoc έλεγχος για τις διαφορές με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	Μορφωτικό επίπεδο	Μέση διαφορά	p
Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	Απόφοιτος ΑΕΙ	-1,082	,866
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού	-4,349*	,020
Απόφοιτος ΑΕΙ	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	1,082	,866
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού	-3,266	,086
Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού	Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	4,349*	,020
	Απόφοιτος ΑΕΙ	3,266	,086

Η σχέση της επαγγελματικής κατάστασης των γυναικών της έρευνας με τις τιμές του εργαλείου μέτρησης παρατίθεται στον κάτωθι πίνακα. Όπως διαπιστώνεται και από τον πίνακα, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των επιμέρους ομάδων ($p=0.761$).

Πίνακας 10. Οι διαφορές στις τιμές του ΠΦΑΣ με βάση την επαγγελματική κατάσταση

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Δημόσιος υπάλληλος	19	69,473	6,826	0.761
Ιδιωτικός υπάλληλος	78	69,192	5,631	
Ελεύθερος επαγγελματίας	14	68,857	6,187	
Άνεργη	34	70,147	5,394	
Οικιακά	4	68,250	2,362	

Φοιτήτρια	1	65,000	.
Total	150	69,360	5,679

Ως προς τη σχέση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος με τις τιμές του εργαλείου μέτρησης, η σχετική ανάλυση παρουσιάζονται ακολούθως. Όπως διαπιστώνεται, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ($p=0.492$).

Πίνακας 11. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση το οικογενειακό εισόδημα

	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Έως 1000 ευρώ	50	69,880	4,443	0.492
Από 1001 έως 2000 ευρώ	68	68,691	5,988	
Άνω των 2001 ευρώ	7	70,857	8,989	
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	25	69,720	6,086	
Total	150	69,360	5,679	

Ως προς τη σχέση της οικογενειακής κατάστασης με τις τιμές του εργαλείου μέτρησης, από τον παρακάτω πίνακα διαπιστώνεται μία απουσία στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ των έγγαμων γυναικών και αυτών που είχαν πραγματοποιήσει σύμφωνο συμβίωσης ($p=0.112$).

Πίνακας 12. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ΠFAS	Έγγαμη	146	69,260	5,670	0.112
	Σύμφωνο συμβίωσης	4	73,00	5,477	

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των γυναικών οι οποίες δήλωσαν πως σκοπεύουν να θηλάσουν το μωρό τους και των γυναικών που δήλωσαν πως δεν σκοπεύουν να θηλάσουν το μωρό τους. Μεταξύ των δύο αυτών ομάδων υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, με λιγότερο θετικές στάσεις έναντι του θηλασμού από πλευράς των γυναικών της δεύτερης ομάδας ($p=0.004$).

Πίνακας 13. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση την απόφαση για θηλασμό του μωρού

Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ΠFAS	Ναι	146	69,671	5,286	0.004
	Όχι	3	54,000	4,000	

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των γυναικών που δήλωσαν ότι θηλάσαν αμέσως μετά τον τοκετό και των υπολοίπων. Όπως διαπιστώνεται από το σχετικό πίνακα, υπήρχαν πιο θετικές στάσεις από πλευράς των γυναικών της πρώτης ομάδας, οι οποίες όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p=0.073$).

Πίνακας 14. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση το θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό

Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ΠFAS	Ναι	139	69,762	4,911	0.073
	Όχι	10	63,500	11,078	

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των γυναικών που ξεκίνησαν αποκλειστικό θηλασμό στο μαιευτήριο και των υπολοίπων. Όπως διαπιστώνεται,

δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις γυναίκες των δύο επιμέρους ομάδων ($p=0.596$).

Πίνακας 15. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση την έναρξη αποκλειστικού θηλασμού στο μαιευτήριο

Εναρξη θηλασμού στο μαιευτήριο-Αποκλειστικός ΜΘ		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ΠFAS	Ναι	92	66,576	5,608	0.596
	Όχι	58	69,017	5,823	

Η αντίστοιχη ανάλυση για τον μεικτό μητρικό θηλασμό παρουσιάζεται στον κάτωθι πίνακα όπως φαίνεται και από τον πίνακα, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις δύο ομάδες, με σχεδόν ολική απουσία διαφορών ($p=0.908$).

Πίνακας 16. Οι διαφορές στις τιμές του ΠFAS με βάση την έναρξη μεικτού θηλασμού στο μαιευτήριο

Εναρξη θηλασμού στο μαιευτήριο-Μεικτός ΜΘ		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P
ΠFAS	Ναι	58	69,603	5,054	0.909
	Όχι	92	69,206	6,064	

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ των τιμών του ερωτηματολογίου και της υποστήριξης από τις μαίες του μαιευτηρίου κατά τον μητρικό θηλασμό. Όπως διαπιστώνεται, η συσχέτιση αυτή ήταν θετική ($r=0.243$) και στατιστικά σημαντική ($p=0.002$).

Πίνακας 17. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά το ΜΘ από τις μαίες του μαιευτηρίου με τις τιμές του ΠΦΑΣ

		ΠΦΑΣ
Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τις μαίες του μαιευτηρίου	Συντελεστής συσχέτισης	,245*
	P	,002
	N	150

Όσον αφορά την αντίστοιχη συσχέτιση εξετάζοντας την υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, αυτή ήταν μη στατιστικά σημαντική, παρότι η απουσία σημαντικότητας των οριακή ($p=0.086$).

Πίνακας 18. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά το ΜΘ από το οικογενειακό περιβάλλον με τις τιμές του

		ΠΦΑΣ
Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από το οικογενειακό περιβάλλον	Συντελεστής συσχέτισης	,141
	P	,086
	N	150

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η υποστήριξη από πλευράς τους συντρόφους σε σχέση με τις τάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού. Η συσχέτιση αυτή ήταν θετική και στατιστικά σημαντική, οδηγώντας στη διαπίστωση πως η στήριξη από το σύντροφο συνδεόταν με πιο θετικές στάσεις.

Πίνακας 19. Η συσχέτιση της υποστήριξης κατά τον ΜΘ από τον σύντροφο με τις τιμές του ΠΦΑΣ

		ΠΦΑΣ
Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τον σύντροφο.	Συντελεστής συσχέτισης	,210**
	P	,010
	N	150

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η συσχέτιση ανάμεσα στην παροχή συμβουλών όσον αφορά την αναζήτηση βοήθειας για το μητρικό θηλασμό και στις στάσεις από πλευράς των γυναικών. Όπως διαπιστώνεται, η συσχέτιση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($p=0.127$).

Πίνακας 20. Η συσχέτιση της παροχής συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο με τις τιμές του ΠΦΑΣ

		ΠΦΑΣ
Παροχή συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο	Συντελεστής συσχέτισης	,125
	P	,127
	N	150

Κεφάλαιο 7. Συζήτηση

Στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκε η πρόθεση ενός δείγματος 150 λεχωίδων έναντι του μητρικού θηλασμού. Από την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε μπορούν να προκύψουν οι εξής κεντρικές διαπιστώσεις:

1) Οι περισσότερες γυναίκες έχουν μία θετική στάση έναντι του μητρικού θηλασμού, κάτι που αφορούσε το 58,7% του εξεταζομένου δείγματος. Ωστόσο, ένα επίσης υψηλό ποσοστό, συγκεκριμένα το 41,3%, έχει ουδέτερη στάση. Τέλος, καμία εκ των γυναικών του εξεταζόμενου δείγματος δεν είχε αρνητικές στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού.

2) Ως προς τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις των γυναικών, ο μοναδικός σχετικός κοινωνικοδημογραφικός παράγοντας αφορούσε το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Όπως διαπιστώθηκε, οι γυναίκες που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου σπουδών είχαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό πιο θετικές στάσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου. Σε γενικές γραμμές, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γυναικών δεν διαφοροποιούσαν σημαντικά τη στάση τους για τον μητρικό θηλασμό.

3) Ως προς τη σχέση των στάσεων με παράγοντες που σχετίζονται με τις πρακτικές θηλασμού, φαίνεται ότι μόνο η πρόθεση των γυναικών για θηλασμό του μωρού τους σχετιζόταν με πιο υψηλές στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού. Αντιθέτως, ο θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό, ο αποκλειστικός θηλασμός στο μαιευτήριο και η έναρξη του θηλασμού στο μαιευτήριο δεν σχετιζόνταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις στάσεις των γυναικών.

4) Όσον αφορά την υποστήριξη από τους άλλους, η υποστήριξη από τις μαίες του μαιευτηρίου σχετιζόταν με τις σχετικές στάσεις από πλευράς των γυναικών, όπως επίσης και η υποστήριξη από το σύντροφό. Αντιθέτως, η υποστήριξη από το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον δεν σχετιζόνταν με τις εξεταζόμενες στάσεις. Τέλος, η παροχή συμβούλων σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο δεν σχετιζόταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις στάσεις των γυναικών.

Οι διαπιστώσεις αυτές οφείλουν να εξεταστούν σε σχέση με προγενέστερες μελέτες, ώστε να αναδειχθούν κοινά σημεία και ασυμφωνίες μεταξύ αυτών. Η διαπίστωση περί επίδρασης του εκπαιδευτικού επιπέδου βρίσκεται σε συμφωνία με μία προγενέστερη έρευνα στην ελληνική πραγματικότητα, στην οποία οι τιμές του IIFAS ήταν υψηλότερες για γυναίκες οι οποίες είχαν ένα πιο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Iliadou et al., 2019). Σε μελέτες στο εξωτερικό επίσης προκύπτουν ανάλογες διαπιστώσεις. Επί παραδείγματι, σε μία σχετική έρευνα στη Βόρεια Ιρλανδία επίσης διαπιστώθηκε πως γυναίκες με πιο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν και πιο υψηλές τιμές στο IIFAS (Sittlington et al., 2007). Παρομοίως, σε μία άλλη σχετική μελέτη στο Ιράν επίσης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με πιο υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν και πιο θετικές στάσεις έναντι του θηλασμού, όπως αυτές αξιολογήθηκαν μέσω του IIFAS (Ghasemi et al., 2018). Κατά συνέπεια, αναδεικνύεται μία ευρύτερη σχέση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο και στις στάσεις έναντι του θηλασμού, η οποία ενδεχομένως να είναι ανεξάρτητη από παράγοντες που σχετίζονται με την οργάνωση των συστημάτων υγείας και με το πολιτισμικό πλαίσιο.

Μία διαπίστωση η οποία δεν βρίσκεται σε συμφωνία με μελέτες σε χώρες του εξωτερικού αφορά την απουσία σημαντικών διαφορών με βάση την οικονομική κατάσταση της οικογένειας. Στην ανωτέρω έρευνα των Sittlington et al. (2007) στην Ιρλανδία διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που οι οικογένειές τους είχαν χαμηλότερο εισόδημα διακρίνονταν και από πιο αρνητικές στάσεις έναντι του θηλασμού. Παρομοίως, σε μία σχετική έρευνα στην Κίνα διαπιστώθηκε επίσης πως υπήρχε μία αρνητική συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης των γυναικών και των στάσεων τους έναντι του θηλασμού (Chen et al., 2013). Φαίνεται επομένως πως στην Ελλάδα δεν παρατηρούνται οι ανισότητες αυτές στις στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού που έχουν καταγραφεί μέσα από έρευνες σε άλλες χώρες.

Μέσω της συγκεκριμένης έρευνας διαπιστώνεται επίσης πως το διαπροσωπικό περιβάλλον των γυναικών διαφοροποιείται ως προς τις επιδράσεις του στις στάσεις έναντι του θηλασμού. Οι επιδράσεις αυτές εντοπίζονται από πλευράς ορισμένων και μόνο μελών του διαπροσωπικού περιβάλλοντος των γυναικών και δεν είναι καθολικές. Έτσι, οι επιδράσεις φαίνεται πως αφορούν την υποστήριξη από τις μαίες και την υποστήριξη από το σύντροφό. Σαφώς, στη συγκεκριμένη μελέτη δεν χορηγήθηκε το IIFAS στους συντρόφους των γυναικών. Ωστόσο, σε προγενέστερη έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες όπου χορηγήθηκε το σχετικό εργαλείο μέτρησης ταυτόχρονα στις γυναίκες και στους συντρόφους τους διαπιστώθηκε μία θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μετρήσεων (Mitchell-Box et al., 2013). Μπορεί επομένως να θεωρηθεί πως η διαπίστωση της συγκεκριμένης μελέτης βρίσκεται σε συμφωνία με την

προγενέστερη βιβλιογραφία, παρότι ο ρόλος των συντρόφων δεν εξετάστηκε ως προς τις στάσεις τους, όπως στην ανωτέρω έρευνα, αλλά ως προς τις πρακτικές υποστήριξης. Αναδεικνύεται έτσι ένας υποβοηθητικός ρόλος από πλευράς του συντρόφου στη διαμόρφωση θετικών στάσεων έναντι του μητρικού θηλασμού από πλευράς των γυναικών.

Ως προς τον ρόλο των μαιών/τών, θα μπορούσε να θεωρηθεί κάπως αναμενόμενο πως θα προκύψει μία θετική συσχέτιση της υποστήριξης από πλευράς τους με τις στάσεις για το θηλασμό. Οι μαιευτές αποτελούν ένα πρόσωπο αναφοράς για τις λεχώιδες, αλλά και επαγγελματίες οι οποίοι οφείλουν να προάγουν την υγεία των γυναικών και του βρέφους σε όλα τα επίπεδα, ενισχύοντας τις πρακτικές θηλασμού (Stuebe, 2014). Φαίνεται συνεπώς πως μαιευτές οι οποίοι αναπτύσσουν περισσότερες υποστηρικτικές πρακτικές οδηγούν και σε πιο θετικές στάσεις από πλευράς των γυναικών.

Τέλος, μία διαπίστωση που προκύπτει από τη συγκεκριμένη μελέτη αφορά τη σχέση των στάσεων με τους δείκτες θηλασμού εντός του μαιευτηρίου. Στην περίπτωση αυτή διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν κάποιες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Συνολικότερα, ο άνθρωπος διακρίνεται από μία εγγενή ανάγκη για συμφωνία μεταξύ των στάσεων και των πρακτικών του (Παπαστάμου και συν., 2009). Όταν προκύπτει ασυμφωνία στάσεων και πρακτικών, τότε αναπτύσσει επανορθωτικές ενέργειες ούτως ώστε αυτές να βρεθούν σε σύμπλευση, προκειμένου να αντιμετωπίσει η γνωστική ασυμφωνία που έχει προκύψει (Hogg & Vaughan, 2008). Ωστόσο, ενδεχομένως οι πρακτικές θηλασμού εντός του μαιευτηρίου να είναι βραχυπρόθεσμες και αρκετά συγκυριακές, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να προκύψει κάποια συσχέτιση και κάποιες ανάλογες προεκτάσεις όσον αφορά τις στάσεις των γυναικών, οι οποίες πιθανώς να συνιστούν μία πάγια και σταθερή αντίληψη. Συνεπώς, η απουσία συσχέτισης θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι οι πρακτικές θηλασμού εντός του μαιευτηρίου ενδεχομένως να είναι συγκυριακές και βραχυπρόθεσμες.

Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη μελέτη διακρίνεται από μία σειρά περιορισμών, οι οποίοι οφείλουν να επισημανθούν. Ένας πρώτος περιορισμός έχει να κάνει με το μέγεθος του εξεταζόμενου δείγματος. Στις ποσοτικές έρευνες το δείγμα οφείλει να συγκεντρώνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να περιορίζεται ο κίνδυνος για σφάλμα τύπου I και σφάλμα τύπου II, τα οποία αφορούν την εσφαλμένη απόρριψη και αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης, αντίστοιχα (Γναρδέλλης, 2003). Κάτι τέτοιο πραγματοποιείται μέσω της χρήσης φόρμουλας υπολογισμού του αναγκαίου μεγέθους δείγματος, ώστε να περιορίζεται ο κίνδυνος του σχετικού σφάλματος (Campbell & Machin, 1999). Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν πραγματοποιήθηκε υπολογισμός του αναγκαίου μεγέθους δείγματος βάσει στατιστικής φόρμουλας, με αποτέλεσμα ο κίνδυνος στατιστικού σφάλματος να μην μπορεί να αποκλειστεί.

Ένας δεύτερος περιορισμός της μελέτης έχει να κάνει με την αντιπροσωπευτικότητα του εξεταζόμενου δείγματος. Στόχος της μελέτης ήταν η εξαγωγή ορισμένων ευρύτερων συμπερασμάτων για τις λεχωίδες. Συνολικότερα, αυτοσκοπός μιας έρευνας δεν είναι η εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας για το μελετώμενο δείγμα, αλλά η κατάληξη σε διαπιστώσεις για τον ευρύτερο πληθυσμό-στόχο (Robson, 2002), στη συγκεκριμένη περίπτωση για τις λεχωίδες της περιφέρειας. Είναι ωστόσο αμφίβολο το κατά πόσο το δείγμα αυτό είναι αντιπροσωπευτικό έναντι του πληθυσμού-στόχου, καθώς δεν πραγματοποιήθηκε κάποια αντιπροσωπευτική δειγματοληψία που θα μπορούσε να εξαλείψει τους όποιους κινδύνους. Μάλιστα, η συχνότητα ορισμένων εκ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των γυναικών της έρευνας είναι αρκετά χαμηλή και ενδεχομένως να αντανακλά μία ασυμφωνία ως προς τον ευρύτερο πληθυσμό-στόχο. Για παράδειγμα, οι 149 από τις 150 γυναίκες του δείγματος είχαν ελληνική ιθαγένεια, κάτι που είναι αμφίβολο αν ισχύει και στον ευρύτερο πληθυσμό των λεχωίδων της περιφέρειας. Συνεπώς, προκύπτει ένας σημαντικός προβληματισμός ως προς την αντιπροσωπευτικότητα του εξεταζόμενου δείγματος.

Τέλος, ένας σχετικός περιορισμός αφορά τη συλλογή των δεδομένων της μελέτης κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πρόθεση της μελέτης ήταν η εξαγωγή μιας ευρύτερης συμπερασματολογίας για την πρόθεση και της στάση έναντι του θηλασμού και όχι η μελέτη του σχετικού φαινομένου υπό το πρίσμα της πανδημίας. Είναι ωστόσο αδιαμφισβήτητο πως οι πρακτικές θηλασμού κατά την περίοδο της πανδημίας παρεμποδίστηκαν από τον φόβο προσβολής του βρέφους από τον κορονοϊό και από την πιθανή νόσηση της μητέρας, που υπαγορεύει την αναγκαιότητα περιορισμού των αλληλεπιδράσεων της με το βρέφος όσο νοσεί (Lubbe et al., 2020). Κατά συνέπεια, ενδεχομένως οι στάσεις να επηρεάστηκαν από το βίωμα της πανδημίας, παρότι στη συγκεκριμένη μελέτη δεν ήταν πρόθεση για αξιολόγηση της σχετικής αυτής επίδρασης.

Κεφάλαιο 8. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα-Προτάσεις για προαγωγή του μητρικού θηλασμού

Με αφετηρία τη στόχευση, τα αποτελέσματα και τους περιορισμούς της συγκεκριμένης μελέτης, μπορεί να πραγματοποιηθεί και μία σειρά προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα. Μία πρώτη πρόταση για τη μελλοντική έρευνα έχει να κάνει με τη διεξαγωγή μιας μελέτης που θα αντιμετωπίζει ορισμένους από τους υφιστάμενους περιορισμούς της παρούσας. Έτσι, προτείνεται η διεξαγωγή μιας έρευνας με υπολογισμό του αναγκαίου μεγέθους δείγματος κατόπιν σχετικής φόρμουλας και με αντιπροσωπευτική δειγματοληψία ως προς τον ευρύτερο πληθυσμό- στόχο. Κατά τον τρόπο αυτό, θα μπορέσουν να προκύψουν ασφαλέστερες διαπιστώσεις όσον αφορά την πρόθεση και τις στάσεις έναντι του θηλασμού από λεχνοίδες της περιφέρειας.

Μία δεύτερη πρόταση έχει να κάνει με τη διεξαγωγή μιας έρευνας στην οποία θα εξετάζονται και οι υποκειμενικές αντιλήψεις από πλευράς των γυναικών για τον εαυτό τους σε σχέση με τις στάσεις έναντι του θηλασμού και τη σχετική πρόθεση. Στη συγκεκριμένη μελέτη η βαρύτητα δόθηκε κυρίως σε κοινωνικόδημογραφικά χαρακτηριστικά και σε παραμέτρους του διαπροσωπικού τους περιβάλλοντος, είτε αυτό αφορά τους επαγγελματίες υγείας, είτε τα μέλη της οικογένειάς τους. Ωστόσο, διάφορες έρευνες σε χώρες του εξωτερικού αναδεικνύουν μία ισχυρή επίδραση από πλευράς των αντιλήψεων των γυναικών όσον αφορά τον εαυτό τους σε σχέση με τις πρακτικές θηλασμού. Για παράδειγμα, σε μία σχετική μελέτη στο Ιράν διαπιστώθηκε ότι η αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή η αίσθηση των γυναικών πως μπορούν να ανταποκριθούν στις προκλήσεις της ανατροφής του βρέφους, συνδεόταν με πιο θετικές στάσεις έναντι του θηλασμού (Awaliyah et al., 2019). Παρομοίως, φαίνεται ότι η αρνητική εικόνα των γυναικών για το σώμα τους συνδέεται με δυσλειτουργικές στάσεις έναντι του θηλασμού (Zanardo et al., 2014). Συνεπώς, προτείνεται η διεξαγωγή μιας έρευνας στην ελληνική πραγματικότητα που θα διερευνήσει το κατά πόσο αυτές οι παράμετροι σχετίζονται με τις πρακτικές θηλασμού από πλευράς των λεχνοίδων.

Τέλος, μία επιπρόσθετη σχετική πρόταση θα μπορούσε να αφορά τη διερεύνηση της επίδρασης της πανδημίας στις στάσεις των γυναικών έναντι του μητρικού θηλασμού. Όπως αναφέρεται και ανωτέρω, η πανδημία είχε μία ιδιαίτερα απόρρυθμιστική επίδραση στις πρακτικές θηλασμού από πλευράς των γυναικών (Lubbe et al., 2020). Μάλιστα, ενδεχομένως οι προβληματικές αλληλεπιδράσεις των γονέων με τα παιδιά τους-σε όλα τα επίπεδα- να συνεπάγονται σημαντικές αρνητικές επιδράσεις για την αναπτυξιακή τους πρόοδο (Pelekasis,

2021). Με αφετηρία τις ενδεχόμενες αυτές αρνητικές επιδράσεις για τα βρέφη, θα μπορούσαν να εξεταστούν επιμέρους σχετιζόμενες αντιλήψεις με την πανδημία στην ελληνική πραγματικότητα σε σχέση με τις πρακτικές θηλασμού από πλευράς των λεχιδών.

Πέραν των προτάσεων για τη μελλοντική έρευνα, μπορούν να πραγματοποιηθούν και ορισμένες προτάσεις για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Μία πολύ βασική διαπίστωση της συγκεκριμένης μελέτης αφορά το ότι σχεδόν οι μισές εκ των εξεταζόμενων γυναικών είχαν ουδέτερες στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού. Επομένως, αναδεικνύεται η ανάγκη της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των γυναικών σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό. Στην προαγωγή υγείας μία αρκετά χρήσιμη προσέγγιση αφορά την ανάπτυξη στοχευμένων προγραμμάτων, δηλαδή προγραμμάτων τα οποία είναι συνάρτηση των αναγκών μιας συγκεκριμένης ομάδας ανθρώπων (Di Matteo & Martin, 2002). Κάτι τέτοιο οπωσδήποτε είναι αναγκαίο στη συγκεκριμένη περίπτωση, αλλά ενδεχομένως όχι ικανό ώστε να οδηγήσει σε μία ουσιώδη μεταβολή των στάσεων έναντι του μητρικού θηλασμού. Οι σχετικές παρεμβάσεις οφείλουν να έχουν έναν ευρύτερο δημόσιο χαρακτήρα και να μην απευθύνονται μόνο σε γυναίκες που βρίσκονται κοντά στον τοκετό. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι επίσης αναγκαίο να έχουν έναν ευρύτερο λόγω του ότι, όπως διαπιστώθηκε από την παρούσα μελέτη, οι υποστηρικτικές πρακτικές από πλευράς των συντρόφων των γυναικών σχετίζονται με τις στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού. Κατά συνέπεια, οι παρεμβάσεις για βελτίωση των στάσεων έναντι του μητρικού θηλασμού οφείλουν να έχουν έναν ευρύτερο χαρακτήρα και να μην απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο στις γυναίκες που βρίσκονται κοντά στην περίοδο του τοκετού. Στο πλαίσιο αυτό, τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης θα μπορούσαν έναν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη μιας σχετικής καμπάνιας για την προώθηση του μητρικού θηλασμού σε περιοχές της περιφέρειας της χώρας μας.

Μία δεύτερη σχετική πρόταση έχει να κάνει με την κάλυψη μιας ενδεχόμενης ασυμμετρίας γνώσης με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών. Όπως διαπιστώνεται από τη συγκεκριμένη μελέτη, οι γυναίκες οι οποίες ήταν χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου διακρίνονταν από λιγότερο θετικές στάσεις έναντι του μητρικού θηλασμού. Αναδεικνύεται συνεπώς το ζήτημα μιας ασυμμετρίας γνώσης που οφείλει να καλύπτεται μέσα από τις πρακτικές των μαιευτών. Συνεπώς, οι μαιευτές οφείλουν μέσω διερευνητικών ερωτήσεων να αξιολογούν τις προθέσεις και στάσεις των λεχιδών έναντι του μητρικού θηλασμού, καθώς και τις γνώσεις τους για αυτόν και τα οφέλη του, ώστε να παρεμβαίνουν αναλόγως.

Κεφάλαιο 9. Συμπεράσματα

Ο μητρικός θηλασμός είναι κεντρικής σημασίας για την υγιή ανάπτυξη του ανθρώπου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και γενικότερα οι διεθνείς οργανισμοί που ασχολούνται με την ανθρώπινη υγεία και ευεξία αναδεικνύουν την κεντρική σημασία του μητρικού θηλασμού για την προαγωγή της υγιούς ανάπτυξης του ανθρώπου. Με βάση την υφιστάμενη βιβλιογραφία, ενδεχομένως οι στάσεις ορισμένων γυναικών έναντι του μητρικού θηλασμού να μην είναι θετικές, κάτι που φαίνεται να σχετίζεται με συγκεκριμένα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

Με αφετηρία την ανωτέρω προβληματική, στη συγκεκριμένη μελέτη εξετάστηκε ένα δείγμα 150 λεχωίδων όσον αφορά την πρόθεση τους και τη στάση τους για το μητρικό θηλασμό. Από την έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε, προκύπτουν ορισμένες κεντρικές διαπιστώσεις. Πρώτον, οι περισσότερες γυναίκες διακρίνονται από μία θετική στάση έναντι του μητρικού θηλασμού (58.7%), ενώ ένα ιδιαίτερα υπολογίσιμο ποσοστό διακρίνεται από ουδέτερες στάσεις (41.3%). Δεύτερον, φαίνεται πως υπάρχει μία διαφοροποίηση των στάσεων έναντι του μητρικού θηλασμού με βάση το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών. Τρίτον, η πρόθεση για θηλασμό του μωρού σχετίζεται με πιο υψηλές στάσεις έναντι αυτού. Τέταρτον, η υποστήριξη από τις μαίες και από το σύντροφο συνδέεται με πιο θετικές στάσεις όσον αφορά το θηλασμό.

Με αφετηρία τα ανωτέρω, προτείνεται η ανάπτυξη παρεμβάσεων από τους μαιευτές για την κάλυψη της ασυμμετρίας γνώσης από πλευράς των γυναικών, που ενδεχομένως να οδηγεί τις γυναίκες με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο στη διαμόρφωση λιγότερο θετικών στάσεων έναντι του θηλασμού. Επιπροσθέτως, κρίνεται επιβεβλημένη η ανάπτυξη ευρύτερων παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στο γενικό πληθυσμό για τη βελτίωση των γνώσεων και των στάσεων όσον αφορά το μητρικό θηλασμό.

Σε κάθε περίπτωση, η συγκεκριμένη μελέτη διακρίνεται από ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, που παρεμποδίζουν τη δυνατότητα για απόλυτα αξιόπιστη εξαγωγή μιας σχετικής συμπερασματολογίας. Παράλληλα, υπάρχει μία πληθώρα σχετικών ζητημάτων που οφείλουν να εξεταστούν σε σχέση με τις στάσεις των λεχωίδων όσον αφορά το μητρικό θηλασμό στη χώρα μας. Ως εκ τούτου, η διεξαγωγή επιπρόσθετων ερευνών με παρεμφερή στόχευση κρίνεται επιβεβλημένη.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

- Αθανασοπούλου, Μ., Καϊτελίδου, Δ., Ζύγα, Σ., Μαλλιάρου, Μ., & Καλοκαιρινού, Α. (2013). Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 5(1), pp. 13-18.
- Αντωνιάδου-Κουμάτου, Ι., & Σοφιανού, Α. (2015). *Μητρικός θηλασμός. Οδηγίες για Επαγγελματίες Υγείας*. Αθήνα: Ινστιτούτο Υγείας του παιδιού.
- Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ευθυμιάδου, Ε., & Αντωνάκου, Α. (2013). Διερεύνηση της στάσης των γυναικών στη Βόρεια Ελλάδα ως προς το θηλασμό. *Ελευθώ*, 18(1), 183-190.
- Ηλιοδρομίτη Ζ., Π. Δ., 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.
- Καβαλιώτης, Α. (2015). *Ο θηλασμός ως παράγοντας ψυχοδιανοητικής ανάπτυξης και μέσον πρόληψης της αναπηρίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- Παπαστάμου, Σ., Προδρομίτης, Γ., Λέτσιος, Κ., Χρηστάκης, Ν., Χατζή, Α., Ξενίκου, Α., & Χρυσόχου, Ξ. (2009). *Εισαγωγή στη Κοινωνική Ψυχολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.
- Σιώμκος, Γ., & Μαύρος, Δ. (2008). *Έρευνα Αγοράς*. Αθήνα: Σταμούλης.

Ξενόγλωσση

- Ahishakiye, J., Bouwman, L., Brouwer, I., Vaandrager, L., & Koelen, M. (2020). Prenatal infant feeding intentions and actual feeding practices during the first six months postpartum in rural Rwanda: a qualitative, longitudinal cohort study. *Int Breastfeed J*, 15:29. <https://doi.org/10.1186/>
- Ahmed, A., & El Guindy, S. (2011). Breastfeeding knowledge and attitudes among Egyptian baccalaureate students. *Int Nurs Rev*, 58:372–8.

- Al-Nuami, N., Katende, G., & Arulappan, J. (2017). Breastfeeding trends and determinants. Implications and recommendations for gulf cooperation council countries. *Sultan Qaboos Univ Med J*, 17(2):e155–61.
- American Pregnancy Association. (2014). *Breastfeeding vs bottle feeding*. Ανάκτηση από americanpregnancy.org: <http://americanpregnancy.org/firstyearoflife/breastfeedingandbottle.html>
- Amitay, E., & Keinan-Boker, L. (2015). Breastfeeding and childhood leukemia incidence: a meta-analysis and systematic review. *JAMA Pediatrics* , 169(6):e151025-e151025.
- Arlotti, J., Cottrell, B., Lee, S., & Curtin, J. (1998). Breastfeeding among low-income women with and without peer support. *J Community Health Nurs*, 15(3):163–78.
- Baby-Friendly USA. (2021, 9 6). *10 Steps & International Code*. . Ανάκτηση από babyfriendlyusa: <https://www.babyfriendlyusa.org/for-facilities/practice-guidelines/10-steps-andinternational-code>
- Ballard, J., & Morrow, A. (2014). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America* , 60(1):49-74.
- Balogun, O., O’Sullivan, E., McFadden, A., Ota, E., Gavine, A., & Garner, C. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 11:CD001688.
- Berens, P. (2015). Breast pain: engorgement, nipple pain, and mastitis. *Clinical obstetrics and gynecology*, 58(4):902-914.
- Bevan, G., & Brown, M. (2014). Interventions in exclusive breastfeeding: a systematic review. *Br J Nurs*, 23(2):86-9.
- 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.
- Bouras, G., Mexi-Bourna, P., Bournas, N., Christodoulou, C., Daskalaki, A., & Tasiopoulou, I. (2013). Mothers’ expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *Journal of Child Health Care*, 17: 387-396.
- Brahm, P., & Valdés, V. (2017). Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Rev Chil Pediatr*. 2017, 88(1):15-21.
- Bunik, M., Shobe, P., O’Connor, M., Beaty, B., Langendoerfer, S., & Krane, L. (2010). Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? . *Acad Pediatr*, 10:21–8.
- Cacho, N., & Lawrence, R. (2017). Innate immunity and breast milk. *Front Immunol*, 8:584.
- Cattaneo, A. (2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. *EU Conference on Promotion of Breastfeeding in Europe Dublin*

Castle, Ireland 18th June. Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment.

- Chapman, D., Morel, K., Bermúdez-Millán, A., Young, S., Damio, G., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: a randomized trial. *Pediatrics*, 131(1):e162–70.
- Coutinho, S., De Lira, P., De Carvalho, L., & Ashworth, A. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 366:1094–100.
- Dagher, R. K., McGovern, P. M., Schold, J. D., & Randall, X. J. (2016). Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 1-11.
- de la Mora, A., Russell, D., Dungy, C., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and Validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (11):2362–80.
- Del Ciampo, L. A., & Del Ciampo, I. R. (2018). Breastfeeding and the Benefits of Lactation for Women’s Health. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 40:354–359.
- Di Meglio, G., Mcdermott, M., & Klein, J. (2010). A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeed Med*, 5(1):41–7.
- Dodgson, J., Henly, S., Duckett, L., & Tarrant, M. (2003). Theory of planned behaviorbased models for breastfeeding duration among Hong Kong mothers. *Nurs Res*, 52(3):148–58. <https://doi.org/10.1097/00006199-20030>.
- Dyson, L., McCormick, F., & Renfrew, M. (2005). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Syst Rev*, 2:CD001688.
- Elliott-Rudder, M., Pilotto, L., McIntyre, E., & Ramanathan, S. (2014). Motivational interviewing improves exclusive breastfeeding in an Australian randomised controlled trial. *Acta Paediatr.*, 103:e11–6.
- Foo, L., Quek, S., Ng, S., & Lim, M. (2005). Deurenberg-Yap M. Breastfeeding prevalence and practices among Singaporean Chinese, Malay and Indian mothers. *Health Promot Int*, 20:229–37.
- Frank, N., Lynch, K. F., Uusitalo, U., Yang, J., Lönnrot, M., Virtanen, S. M., . . . Norris, J. M. (2019). The relationship between breastfeeding and reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC pediatrics*, 19(1):339.
- Friedman, S., Flidel-Rimon, O., Lavie, E., & Shinwell, E. (2004). The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr*, 93:775–8.

- Gartner, L., Morton, J., Lawrence, R., Naylor, A., O'Hare, D., & Schanler, R. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115:496–506.
- Gertosio, C., Meazza, C., Pagani, S., & Bozzola, M. (2016). Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatr*, 68(03):201–212.
- González, d. C., Escobar-Zaragoza, L., González-Castell, L., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México [infant feeding practices and deterioration of breastfeeding in Mexico]. . *Salud Publica Mex.* , 55 Suppl 2:170–S179.
- Hamade, H., Naja, F., Keyrouz, S., Hwalla, N., Karam, J., & Al-Rustom, L. (2014). Breastfeeding knowledge, attitude, perceived behavior, and intention among female undergraduate university students in the Middle East: the case of Lebanon and Syria. *Food Nutr Bull*, 35:179–90.
- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs.*, 17:1132–43.
- Hernández-Cordero, S., Lozada-Tequeanes, A. L., Fernández-Gaxiola, A. C., Shamah-Levy, T., Sachse, M., Veliz, P., & Cosío-Barroso, I. (2020). Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: a mixed methods approach. *International Breastfeeding Journal* , 15 (87) <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00327-3>.
- Horta, B., & Victora, C. (2013). *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. Geneva,Switzerland: World Health Organization.
- Iliadou, M., Lykeridou, K., Prezerakos, P., Tzavara, C., & Tziaferi, S. G. (2019). Reliability and Validity of the Greek Version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale Among Pregnant Women. *Mater Sociomed.*, 31(3): 160-165, DOI: 10.5455/msm.2019.31.160-165.
- Iliodromiti, Z., Papamichael, D., Ekizoglou, C., Nteka, E., Mavrika, P., & Zografaki, E. (2018). National Survey of Prevalence and Determinants of Maternal Breastfeeding. *Report of the Institute of Children's Health/National School of Public Health - Sector of Children's Health*, Athens, Greece.
- Issa, C., Hobeika, M., Salameh, P., Zeidan, R., & Mattar, L. (2019). Longer durations of both exclusive and mixed breastfeeding are associated with better health in infants and toddlers. *Breastfeed Rev.*, 27(2):17–27.
- Kanhadilok, S., & McGrath, J. (2015). An integrative review of factors influencing breastfeeding in adolescent mothers. *J Perinat Educ*, 24(2):119–27.<https://doi.org/10.1891/1946-6560.24.2.119>.

- Kavanagh, K., Lou, Z., Nicklas, J., Habibi, M., & Murphy, L. (2012). Breastfeeding knowledge, attitudes, prior exposure, and intent among undergraduate students. *J Hum Lac*, 28(4):556–64. <https://doi.org/10.1177/08903>.
- Khasawneh, W., & Khasawneh, A. (2017). Predictors and barriers to breastfeeding in north of Jordan: could we do better? *Int Breastfeed J.*, 12:49.
- Khasawneh, W., Kheirallah, K., Mazin, M., & Abdalnabi, S. (2020). Knowledge, attitude, motivation and planning of breastfeeding: a cross-sectional study among Jordanian women. *Int Breastfeed J*, 15:60. <https://doi.org/10.1186/>.
- Kong, S., & Lee, D. (2004). Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*, 46(4): 369-379.
- Krishnendu, M., & Devaki, G. (2017). Knowledge, attitude and practice towards breastfeeding among lactating mothers in rural areas of Thrissur District of Kerala, India: a cross-sectional study. *Biomed Pharmacol J.*, 10(2):683–90. <https://doi.org/10.13005/bpj/1156>.
- Larson, K., McLaughlin, J., Stonehouse, M., Young, B., & Haglund, K. (2017). Introducing Allergenic Food into Infants' Diets: Systematic Review. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 42(2):72-80.
- Lauer, E., Armenti, K., Henning, M., & Sirois, L. (2019). Identifying barriers and supports to breastfeeding in the workplace experienced by mothers in the New Hampshire special supplemental nutrition program for women, infants, and children utilizing the total worker health framework. *Int J Environ Res Public Health*, Feb 13;16(4):529. doi: 10.3390/ijerph16040529.
- Lin, S., Chien, L., Tai, C., & Lee, C. (2008). Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *J Clin Nurs*, 17:296–303.
- Lowdermilk, D., Perry, S., & Cashion, M. C. (2013). *Maternity Nursing - Revised Reprint*. 8th Edition - November 25, 2013.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M., Ho, J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.*, 12(12):CD006425.
- Lyons, K., Ryan, C., Dempsey, E., Ross, R., & Stanton, C. (2020). Breast Milk, a Source of Beneficial Microbes and Associated Benefits for Infant Health. *Nutrients*, 12, 1039.
- Marcon, A., Bieber, M., & Azad, M. (2019). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding on Instagram. *Matern Child Nutr*, 15(1): <https://doi.org/10.1111/mcn.12658>.

- Mattar, C., Chong, Y., Chan, Y., Chew, A., Tan, P., & Chan, Y. (2007). Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 109:73–80.
- Mattar, L., Hobeika, M., Zeidan, R., Salameh, P., & Issa, C. (2019). Determinants of exclusive and mixed breastfeeding durations and risk of recurrent illnesses in toddlers attending day care programs across Lebanon. *J Pediatr Nurs*, <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.015>.
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.*, 23:135–45.
- Mora, A., Russell, D., Dungy, C., Losch, M., & Dusdieker, L. (1999). The Iowa infant feeding attitude scale: analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology*, 29:2362-2380.
- Murtagh, L., & Moulton, A. (2011). Working mothers, breastfeeding, and the law. *Am J Public Health*, 101:217–23.
- Nabulsi, M. (2011). Why are breastfeeding rates low in Lebanon? A qualitative study. *BMC Pediatr*, 11:75.
- Naja, F., Chatila, A., Ayoub, J. J., Abbas, N., Mahmoud, A., MINA, c., . . . Nasreddine, L. (2022). Prenatal breastfeeding knowledge, attitude and intention, and their associations with feeding practices during the first six months of life: a cohort study in Lebanon and Qatar. *International Breastfeeding Journal* , 17:15.
- Nasser, A., Omer, F., Al-Lenqawi, F., Al-Awwa, R., Khan, T., & El-Heneidy, A. (2018). Predictors of continued breastfeeding at one year among women attending primary healthcare centers in Qatar: A cross-sectional study. *Nutrients*, 10(8):983. <https://doi.org/10.3390/nu10080983>.
- Netherlands National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). (2015). Health effects of breastfeeding: an update, Systematic literature review.
- Nnebe-Agumadu, U., Racine, E., Laditka, S., & Cofman, M. (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. *Int Breastfeed J*, 11:8. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0065-x>.
- Noonan, M., & Rippeyoung, P. (2011). The economic costs of breastfeeding for women. *Breastfeeding Medicine*, 6(5), 325.
- Odom, E., Li, R., Scanlon, K., Perrine, C., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3):e726–32. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-1295>.

- Ogbonna, C., & Daboer, J. (2007). Current knowledge and practice of exclusive breastfeeding among mothers in Jos Nigeria. *Nigeria J Med*, 16(3):256–60.
- Olaiya, O., Dee, D., Sharma, A., & Smith, R. (2016). Maternity care practices and breastfeeding among adolescent mothers aged 12-19 years-United States, 2009-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 65(2):17–22.
- Osman, H., El Zein, L., & Wick, L. (2009). Cultural beliefs that may discourage breastfeeding among Lebanese women: a qualitative analysis. *Int Breastfeed J*, 4:12.
- Persad, M., & Mensinger, J. (2008). Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *J Community Health*, 33:53–60.
- Radwan, H. (2013). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*, 13:171.
- Raissan, K., & Su, J. (2018). The best of intentions: prenatal breastfeeding intentions and infant health. *SSM - Popul Health*, 5:86–100.
- Rempel, L. (2004). Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *J Hum Lact*, 20:306–18.
- Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., & Martines, J. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387(10017):491–504.
- Ross-Cowdery, M., Lewis, C., Papic, M., Corbelli, J., & Schwarz, E. (2017). Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. *Matern Child Health J*, 21(02):234–241. Doi: 10.1007/s10995-016-2130-x.
- Russell, K., & Ali, A. (2017). Public attitudes toward breastfeeding in public places in Ottawa, Canada. *Journal of Human Lactation*, 33(2), 401-408.
- Ryan, A., Zhou, W., & Arensberg, M. (2006). The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Women's Heal Issues*, 16:243–51.
- Scott, J., Kwok, Y., Synnott, K., Bogue, J., Amarri, S., & Norin, E. (2015). A comparison of maternal attitudes to breastfeeding in public and the association with breastfeeding duration in four European countries: Results of a cohort study. *Birth*, 42: 78-85.
- Scott, S., Pritchard, C., & Szatkowski, L. (2017). The impact of breastfeeding peer support for mothers aged under 25: a time series analysis. *Matern Child Nutr*, 13(1):e12241.
- Senghore, T., Omotosho, T., Ceesay, O., & Williams, D. (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. *Int Breastfeed*, 13:9. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0154-0>.
- Srinivas, G., Benson, M., Worley, S., & Schulte, E. (2015). A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population: interaction with breastfeeding attitude. *J Hum Lact*, 31(1): 120-128.
- Tavoulari, E., Benetou, V., Vlastarakos, P., Psaltopoulou, T., Chrousos, G., & Kreatsas, G. (2016). Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important? *World Journal of Clinical Pediatrics*, 5: 349.
- Temple Newhook, J., Newhook, L., Midodzi, W., Murphy Goodridge, J., Burrage, L., & Gill, N. (2017). Determinants of Nonmedically Indicated In-Hospital Supplementation of Infants Whose Birthing Parents Intended to Exclusively Breastfeed. *J Hum Lact*, 33(2): 278-284.
- United States Breastfeeding Committee. (2013, 08 04). *Breastfeeding saves dollars and makes sense: Help "make change" for our nation's families*. Ανάκτηση από [usbreastfeeding.org](http://www.usbreastfeeding.org): <http://www.usbreastfeeding.org/LegislationPolicy/BreastfeedingAdvocacyHQ/BreastfeedingSavesDollarsandMakesSense/tabid/339/Default.aspx>
- van Dellen, S., Wisse, B., Mobach, M., & Dijkstra, A. (2019). The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health*, 19:993.
- Victora, C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017): p. 475-490.
- Vijayalakshmi, P., Susheela, T., & Mythili, D. (2015). Knowledge, attitudes, and breastfeeding practices of postnatal mothers: A cross-sectional survey. *International Journal of Health Sciences*, 9: 364.
- Wallenborn, J., Wheeler, D., Lu, J., Perera, R., & Masho, S. (2019). Importance of familial opinions on breastfeeding practices: differences between father, mother, and mother-in-law. *Breastfeed Med*, 14:560–7.
- Wambach, K., Aaronson, L., Breedlove, G., Williams Domian, E., Rojjanasrirat, W., & Yeh, H. (2011). A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res*, 33(4):486–505.
- Wambach, K., Aaronson, L., Breedlove, G., Williams Domian, E., Rojjanasrirat, W., & Yeh, H. (2011). A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res*, 33(4):486–505.
- Weimer, J. (2001). The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis ERS. *Food Assistance and Nutrition Research*, Report No. 13. USDA Economic Research Service, Washington, D.C.

WHO. (2019). Early initiation of breastfeeding to promote exclusive breastfeeding:. *WHO*, http://www.who.int/elena/titles/early_breastfeeding/en/.

WHO. (2020, 9 2). *Baby-friendly Hospital Initiative*. Ανάκτηση από Who.int: <https://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>.

World Health Organization (WHO). (2009). *Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals* . Geneva, Switzerland: World Health Organization.

World Health Organization. (2018, 09 2). “*Essential nutrition actions: Improving maternal-newborn-infant and young child health and nutrition*. Ανάκτηση από who.int: Available online: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en

Yılmaz, E., Doğa, Ö. F., Vural Yılmaz, Z., Ceyhan, M., Fadıl, K. O., & Küçüközkan, T. (2017). Clinical investigation / Araştırma. *Obstet Gynecol*, 14:1–9.

Παράρτημα

I. Έγκριση Διανομής Ερωτηματολογίου



0000
0502
88

Γ.Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ-Ν.Μ. ΑΡΓΟΥΣ
18/01/2022

Α. Π.: 792



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

6^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ Άργος 15/12/21

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ

Κορίνθου 191 – 21 200

Τηλ:2751024455

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πληροφορίες:
Γραμματεία Ε.Σ Γιαγού Θεοφανή
Τηλ: 2751360140
e-mail: epistimoniko@gna.gr

Προς
κ. Πουρούλα Μαριλένα

ΘΕΜΑ: Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου.

Σχετ: Το υπ'αρ. 16665/19-11-2021 έγγραφο κ. Πουρούλα Μαριλένα.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατόπιν συνεδριάσεως με Πράξη 30^η στις 13/12/2021 εξέτασε το αίτημά σας για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος σπουδών

«Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έρευνα έχει τίτλο «Διερεύνηση της πρόθεσης και της στάσης για μητρικό θηλασμό σε λεχωίδες της Περιφέρειας».

Το αίτημα εγκρίνεται εφόσον τηρηθούν οι κανόνες επιστημονικής δεοντολογίας και δεν παρακωλύεται η ομαλή λειτουργία της Ν. Μ. Άργους.

Για την διακίνηση του ερωτηματολογίου χρειάζεται η έγκριση της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας.

II. Άδεια για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών

δεδομένωνΣχετ: -1) Το από 03/01/2022 αίτημά σας

2) Η υπ' αριθμ. Γ48/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019)

Υπουργική Απόφασηπερί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α').

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 11527/15.12.2021 γνωμοδότηση Ε.Σ. του Γ.Ν. Αργολίδας «Ν.Μ.Ναυπλίου», σας εγκρίνουμε τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων, στο αναφερόμενο νοσοκομείο, στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας σας με θέμα: «*Διερεύνηση της Πρόθεσης και της Στάσης για Μητρικό Θηλασμό σε Λεχωϊδες της Περιφέρειας*», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσηςπροτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

Ι. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

III. Άδεια χρήσης της Κλίμακας Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)

From: Marilena Pouroula <Marilena-pou@hotmail.com>

Sent: Monday, September 20, 2021 9:22 AM

To: Delamora, Arlene [SOE] <adelamor@iastate.edu>

Subject: I WOULD LIKE TO ASK FOR YOUR PERMISSION

Dr. De la Mora

My name is Marilena Pouroula and i completed my studies in obstetrics in 2014. I am currently a student an the University of West Attica in Athens in the post graduate course "Advanced an Documented Obstetric Care". My registry number is 20055 and my supervisor is Hliadou Maria. On the context of my final paper i choose a subject of pubmed with the

title "Knowledge , attitude, motivation and planning of breastfeeding " i would like to ask for your permission to use your questionnaire in my research.

Thank you in advance and i am looking forward to your answer.
Marilena Pouroula

...

Από: Delamora, Arlene [SOE] <adelamor@iastate.edu>

Στάλθηκε: Κυριακή, 24 Οκτωβρίου 2021 2:27 πμ

Προς: Marilena Pouroula <Marilena-pou@hotmail.com>

Θέμα: Re: I WOULD LIKE TO ASK FOR YOUR PERMISSION

You have our permission to use the IIFAS in your research. I have included some documents that may help you as you move forward with your study.

Arlene de la Mora

Use of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS)

1. Permission to Use the IIFAS

- You have our permission to use the IIFAS in your research. The scale was developed with the hopes that it would be used by other researchers interested in this topic.
- We no longer request that researchers share a summary of their data with us.

2. Publications

The Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) is a copyrighted instrument; therefore, we request that the scale not be included in its entirety in any publication or on the internet.

- *Publications:* Publications include, but not limited to, journal articles, posters, thesis/dissertations, magazines, newspapers, etc. You may publish a few of the items (but not all) to describe the scale in publications.
- *Internet:* The survey can be used online if access is limited to participants (e.g., surveymonkey, qualtrics, etc.).
- I am often asked why I request that the instrument not be published in its entirety. There are several reasons for this request:
 - It is copyrighted
 - I have seen the IIFAS attributed to the wrong authors
 - Items have been omitted for reasons that I don't agree with

Translating the IIFAS

If you are interested in translating the IIFAS we ask that you use a back-translation approach. The translator should focus on capturing the conceptual meaning of the items rather a word-for-word translation. Once the instrument has been translated, a different translator should translate it back into English.

Discrepancies should be reviewed and discussed. You do not need to send me a copy of the translations for approval or feedback.

Arlene de la Mora, Ph.D. Iowa
State University 0240
Lagomarcino Hall
Ames, IA 50010
515-294-6919
adelamor@iastate.edu

Arlene de la Mora, Ph.D.
Research Scientist
Research Institute for Studies in Education
Iowa State University
E005 Lagomarcino Hall
Ames, IA 50011

Voice: 515.294.6919
Fax: 515.294.6206
Email: adelamor@iastate.edu

IV. Έγκριση του μεταφρασμένου εργαλείου της Κλίμακας Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)

Από: ΜΑΡΙΑ ΗΛΙΑΔΟΥ <miliad@uniwa.gr>
Στάλθηκε: Τετάρτη, 13 Οκτωβρίου 2021 7:18 μμ
Προς: Marilena Pouroula <Marilena-pou@hotmail.com>
Θέμα: Απ: ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Αγαπητή κα. Πουρούλα,

σας ευχαριστώ για το ενδιαφέρον που δείξατε για τη χρήση του συγκεκριμένου εργαλείου.

Σας επισυνάπτω τη μεταφρασμένη κλίμακα, καθώς και τη σχετική δημοσίευση της ερευνητικής μας ομάδας.

Με εκτίμηση,

Μαρία Ηλιάδου
Επίκουρη Καθηγήτρια
Τμήμα Μαιευτικής
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Γρ: 2105387454, E-mail: miliad@uniwa.gr

Από: Marilena Pouroula <Marilena-pou@hotmail.com>

Στάλθηκε: Τετάρτη, 13 Οκτωβρίου 2021 6:47 μμ

Προς: ΜΑΡΙΑ ΗΛΙΑΔΟΥ <miliad@uniwa.gr>

Θέμα: ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΚΑΛΗΣΠΕΡΑ ΣΑΣ, ΚΥΡΙΑ ΗΛΙΑΔΟΥ,
ΟΝΟΜΑΖΟΜΑΙ ΠΟΥΡΟΥΛΑ ΜΑΡΙΛΕΝΑ, ΕΧΩ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΕΙ ΤΙΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΜΟΥ ΣΤΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΤΟ 2014. ΑΥΤΗ ΤΗ ΣΤΙΓΜΗ, ΕΙΜΑΙ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΣΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΙΤΛΟ " ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ". Ο ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΜΟΥ ΕΙΝΑΙ 20055. ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ, ΕΠΕΛΕΞΑ ΕΝΑ ΘΕΜΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ " ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ, ΠΡΟΘΕΣΗΣ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΛΕΧΩΙΔΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ. ΘΑ ΗΘΕΛΑ ΝΑ ΣΑΣ ΖΗΤΗΣΩ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΔΕΙΑΣ, ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ , LOWA INFANT FEEDING ATTITUDE SCALE (MORA ET AL), ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΝΑ ΜΠΟΡΕΣΩ ΝΑ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΩ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΔΙΚΗ ΜΟΥ ΕΡΕΥΝΑ.
ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΩΤΕΡΩΝ,
ΠΕΡΙΜΕΝΩ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΑΣ,
ΜΕ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΟΥΡΟΥΛΑ ΜΑΡΙΛΕΝΑ

V. Έντυπο συγκατάθεσης ερωτηματολογίων

Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης

Καλείστε να συμμετέχετε σε μια έρευνα που διεξάγεται από την **Μαριλένα Πουρούλα, φοιτήτρια στο Τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με τίτλο: «Διερεύνηση της πρόθεσης και της στάσης για μητρικό θηλασμό σε λεχώιδες της Περιφέρειας»**. Η παρούσα έρευνα γίνεται στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Προηγμένη & Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα», του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Πρέπει να είστε 18 χρονών (ή μεγαλύτεροι) για να συμμετέχετε στην έρευνα. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να διαβάσετε **το Έντυπο Συγκατάθεσης Κατόπιν Ενημέρωσης**. Μπορείτε επίσης να αποφασίσετε να το συζητήσετε με την οικογένεια, τον γιατρό σας, τον μαιευτήρα σας ή τους φίλους σας. [Αντίγραφο αυτού του εντύπου θα σας δοθεί.](#)

ΣΚΟΠΟΣ της ΕΡΕΥΝΑΣ

Σας ζητάμε να συμμετέχετε στην παρούσα έρευνα γιατί ο σκοπός της είναι: η διερεύνηση και αξιολόγηση των χαρακτηριστικών, των γνώσεων, των στάσεων, των κινήτρων και των προθέσεών σας αναφορικά με το μητρικό θηλασμό σε σχέση με τα ποσοστά έναρξής του.

Η συμπλήρωση και επιστροφή του ερωτηματολογίου ή οι απαντήσεις στις ερωτήσεις της συνέντευξης αποτελούν συγκατάθεση συμμετοχής στην παρούσα έρευνα.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ

Δεν υπάρχουν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προκύπτουν από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα. Εάν αισθανθείτε δυσφορία κατά την απάντησή σας σε συγκεκριμένες ερωτήσεις, παρακαλούμε μη διστάσετε να ζητήσετε να παραλειφθούν.

ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ ΟΦΕΛΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα είναι η ανάδειξη της σημασίας του μητρικού θηλασμού, της άμεσης έναρξής του μετά το τοκετό και της συνεχούς ενημέρωσης των γυναικών τόσο κατά την προγεννητική περίοδο όσο και κατά την περίοδο της λοχείας. Τα ενδεχόμενα οφέλη από την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας είναι εκπαιδευτικά, επιστημονικά και κοινωνικά.

ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Δεν θα έχετε κάποιο άμεσο και σημαντικό οικονομικό όφελος από τη συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα πέραν των γνώσεων και των χρήσιμων ευρημάτων που θα αναδειχθούν από τη παρούσα μελέτη και σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό που σας αφορά άμεσα.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Οποιοσδήποτε πληροφορίες αποκτηθούν σχετικά με την παρούσα έρευνα και οι οποίες θα μπορούσαν να σας ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παραμείνουν απόρρητες και θα αποκαλυφθούν μόνο με την άδειά σας ή όπως προβλέπεται από τον νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που σας ταυτοποιούν προσωπικά, θα διατηρηθούν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που σας αφορούν.

Τα δεδομένα θα φυλάσσονται με ευθύνη του ερευνητή.

Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιευτούν ή παρουσιαστούν σε συνέδρια δεν θα συμπεριληφθούν πληροφορίες που θα αποκαλύπτουν την ταυτότητά σας.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ

Μπορείτε να επιλέξετε να συμμετέχετε ή όχι στην παρούσα έρευνα ενώ μπορείτε να αποχωρήσετε οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Μπορείτε επίσης να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιοδήποτε ερωτήσεις δεν επιθυμείτε να απαντήσετε και να παραμείνετε στην έρευνα. Ο ερευνητής μπορεί να σας ζητήσει να αποσυρθείτε από την έρευνα, αν ανακύψουν περιστάσεις που το απαιτούν.

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ συμμετεχόντων στην ΕΡΕΥΝΑ

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψετε τη συμμετοχή σας χωρίς να υποστείτε καμία κύρωση.

ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΩΝ

Αν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις ή ανησυχίες σε σχέση με την έρευνα, μη διστάσετε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή .

Ακολουθούν τα πλήρη στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή.

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Όνοματεπώνυμο		Υπογραφή	
Ημερομηνία			

VI. Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΝΟΤΗΤΑ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ημερομηνία:

1. Ηλικία:

2. Βάρος (σε κιλά) προ κύησης: τώρα: 3. Ύψος:

4. Τόπος μόνιμης κατοικίας:

1. Αστική πόλη (πληθυσμός > 10.000 κάτοικοι)
2. Ημιαστική πόλη (πληθυσμός 2.000-9.999 κάτοικοι)
3. Αγροτική περιοχή (πληθυσμός < 2000 κάτοικοι)

5. Εθνικότητα: 1. Ελληνική 2. Άλλη (αναφέρετε ποια)

6. Μορφωτικό επίπεδο:

1. Απόφοιτος Δημοτικού
2. Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου
3. Απόφοιτος ΑΕΙ
4. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών/Διδακτορικού

7. Επάγγελμα:

1. Δημόσιος υπάλληλος
2. Ιδιωτικός υπάλληλος
3. Ελεύθερος επαγγελματίας
4. Άνεργη
5. Οικιακά
6. Φοιτήτρια

8. Ποιο είναι το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού σας εισοδήματος;

1. Έως 1000 ευρώ
2. Από 1001 έως 2000 ευρώ
3. Άνω των 2001 ευρώ
4. Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ

9. Οικογενειακή κατάσταση:

1. Έγγαμη 2. Σύμφωνο συμβίωσης 3. Άγαμη 4. Διαζευγμένη
5. Χήρα

10. Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;

1. Ναι 2. Όχι
3. Δεν έχω αποφασίσει ακόμη
- Εάν όχι, γιατί,.....

ΕΝΟΤΗΤΑ 2: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ

11. Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)		1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>	
12. Έναρξη θηλασμού στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός ΜΘ 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>	Μεικτός ΜΘ 3. Ναι <input type="checkbox"/> 4. Όχι <input type="checkbox"/>	Ξένο γάλα 5. Ναι <input type="checkbox"/> 6. Όχι <input type="checkbox"/>
13. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τις μαίες του μαιευτηρίου		1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>	
14. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από το οικογενειακό περιβάλλον		1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>	
15. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τον σύντροφο.		1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>	
16. Παροχή συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο		1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>	
17. Αναφερόμενος λόγος μη έναρξης μητρικού θηλασμού	1. Ασθένεια μητέρας <input type="checkbox"/> 2. Ασθένεια μωρού <input type="checkbox"/> 3. Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος <input type="checkbox"/> 4. Ηλικία μωρού <input type="checkbox"/> 5. Ερεθισμένες θηλές <input type="checkbox"/> 6. Μαστίτιδα <input type="checkbox"/> 7. Προσωπική επιλογή <input type="checkbox"/> 8. Επιστροφή στην εργασία <input type="checkbox"/> 9. Κούραση μητέρας <input type="checkbox"/> 10. Άλλο.....		

**ΕΝΟΤΗΤΑ 3: Κλίμακα Στάσης για τη Νεογνική Διατροφή της Αϊόβα
(The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)**

Για καθεμία από τις ακόλουθες προτάσεις, παρακαλείσθε να αναφέρετε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε, κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιστοιχεί πιο πολύ με τη γνώμη σας (1 = διαφωνώ απόλυτα [ΔΑ], 2 = διαφωνώ [Δ], 3 = είμαι ουδέτερη [ΟΥ], 4 = συμφωνώ [Σ], 5 = συμφωνώ απόλυτα [ΣΑ]).

Μπορείτε να επιλέξετε οποιοδήποτε αριθμό από το 1 έως το 5

	ΔΑ	Δ	ΟΥ	Σ	ΣΑ
1. Τα θεραπευτικά οφέλη του μητρικού γάλακτος διαρκούν μόνο για την περίοδο που το μωρό θηλάζει	1	2	3	4	5
2. Η σίτιση του μωρού με ξένο γάλα είναι πιο βολική από το μητρικό θηλασμό	1	2	3	4	5
3. Ο μητρικός θηλασμός ενισχύει το δεσμό μητέρας-βρέφους	1	2	3	4	5
4. Το μητρικό γάλα υπολείπεται σε σίδηρο	1	2	3	4	5
5. Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα έχουν περισσότερες πιθανότητες να ταϊστούν υπερβολικά από ότι τα μωρά που θηλάζουν	1	2	3	4	5
6. Η σίτιση με ξένο γάλα είναι η καλύτερη επιλογή εάν η μητέρα σχεδιάζει να δουλέψει εκτός σπιτιού	1	2	3	4	5
7. Οι μητέρες που ταΐζουν τα μωρά τους με ξένο γάλα χάνουν μια από τις μεγαλύτερες απολαύσεις της μητρότητας	1	2	3	4	5
8. Οι γυναίκες δεν θα έπρεπε να θηλάζουν σε δημόσιους χώρους όπως τα εστιατόρια	1	2	3	4	5
9. Τα μωρά που σιτίζονται με μητρικό γάλα είναι πιο υγιή από τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
10. Τα μωρά που θηλάζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να ταϊστούν υπερβολικά από ότι τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
11. Οι πατεράδες αισθάνονται παραμελημένοι εάν η μητέρα θηλάζει	1	2	3	4	5
12. Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για τα μωρά	1	2	3	4	5
13. Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο από το ξένο γάλα	1	2	3	4	5
14. Το ξένο γάλα είναι το ίδιο υγιές για το νεογνό όσο και το μητρικό γάλα	1	2	3	4	5

15. Ο μητρικός θηλασμός είναι πιο βολικός από τη σίτιση με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
16. Το μητρικό γάλα είναι φθηνότερο από το ξένο	1	2	3	4	5
17. Η μητέρα, η οποία καταναλώνει αλκοόλ περιστασιακά, δεν πρέπει να θηλάζει το μωρό της	1	2	3	4	5