



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

Διπλωματική Εργασία

**«Διερεύνηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας
στον θηλασμό προγεννητικά, σε σχέση με την πρόθεση για θηλασμό και την
έκβασή του»**

Συγγραφέας:

Παναγιώτα Τσιγκρή

ΑΜ: 18040

Επιβλέπουσα:

**Μαρία Δάγλα,
Αν. Καθηγήτρια**

Αθήνα, Ιούνιος 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND
CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY

Diploma Thesis

**“Investigating the degree of women's self-efficacy in breastfeeding prenatally,
in relation to the intention to breastfeed and its outcome”**

Student's name and surname:

Panagiota Tsigkri

Registration Number: 18040

Supervisor name and surname:

Maria Dagla, Associate Professor

Athens, June 2023



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

**«Διερεύνηση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας
στον θηλασμό προγεννητικά, σε σχέση με την πρόθεση για θηλασμό και την έκβασή του»**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΜΑΡΙΑ ΔΑΓΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
2.	ΜΑΡΙΑ ΗΛΙΑΔΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	
3.	ΕΡΜΙΟΝΗ ΠΑΛΑΣΚΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΣΙΓΚΡΗ του ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, με αριθμό μητρώου 18040 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ του Τμήματος ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής 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 31/12/2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή*

Η Δηλούσα



*** Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

ΔΑΓΛΑ ΜΑΡΙΑ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

** Σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μετά από αιτιολόγηση και έγκριση του επιβλέποντα, προβλέπεται χρονικός περιορισμός πρόσβασης (embargo) 6-12 μήνες. Στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ» του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Με την ολοκλήρωση της θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλαν την εκπόνησή της .

Ευχαριστούμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κα Μαρία Δάγλα για την πολύτιμη καθοδήγησή της, τις υποδείξεις της, την επιμονή της και την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μας έδειξε από την αρχή μέχρι το τέλος.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους βοήθησαν με οποιονδήποτε τρόπο στην έρευνα, καθώς και όσους αφιέρωσαν χρόνο για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας και στους φίλους μας για την υποστήριξη τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την βέλτιστη μέθοδο παροχής της απαραίτητης θρεπτικής, συναισθηματικής και ανοσολογικής φροντίδας σε παιδιά μέχρι τουλάχιστον την ηλικία των δύο ετών. Τα οφέλη του θηλασμού τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος είναι εκτενώς καταγεγραμμένα ενώ επιπλέον υπάρχουν σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Η πρόθεση της γυναίκας για θηλασμό και η αυτό-αποτελεσματικότητα της σε αυτόν είναι δύο καθοριστικοί παράγοντες για την πορεία του θηλασμού.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας, ήταν η διερεύνηση της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον μητρικό θηλασμό και οι παράγοντες που την καθορίζουν. Επιμέρους στόχοι, ήταν η διερεύνηση της πρόθεσης για θηλασμό προγεννητικά, η ικανότητα για θηλασμό κατά τον πρώτο και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό σε σχέση με τα αποτελέσματα που καταγράφηκαν κατά την ίδια περίοδο και τέλος οι παράγοντες που καθορίζουν την επιτυχή προσπάθεια για θηλασμό και οι αιτίες που οδηγούν σε ανεπιτυχή προσπάθεια θηλασμού.

Υλικά και Μέθοδος: Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια περιγραφική μη πειραματική έρευνα και διεξάγεται με την χορήγηση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν, κατόπιν βιβλιογραφικής ανασκόπησης ορισμένα έτοιμα ερωτηματολόγια σε συνδυασμό με εργαλεία καταγραφής δημογραφικών χαρακτηριστικών. Για την καταγραφή της επιλόχειας κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές• πριν, έναν μήνα και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης για την καταγραφή της αυτό-αποτελεσματικότητας στον μητρικό θηλασμό έγινε χρήση της κλίμακας Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSE) σε δύο διαφορετικά χρονικά σημεία• έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Επίσης συλλέχθηκαν επιπλέον στοιχεία πριν, έναν μήνα μετά και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 150 γυναίκες οι οποίες βρίσκονταν σε κατάσταση προχωρημένης εγκυμοσύνης κατά το αρχικό στάδιο της έρευνας. Μετά τη συλλογή των δεδομένων ακολούθησε η στατιστική ανάλυση των υπό διερεύνηση μεταβλητών με τη χρήση του προγράμματος IBM SPSS Statistics Version 25.

Αποτελέσματα: Στα αποτελέσματα της μελέτης, καταγράφεται η αυξητική τάση που υπάρχει για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό σε σχέση με τα δεδομένα της χώρας. Επίσης η πρόθεση για θηλασμό αυξάνεται ταυτόχρονα με την αύξηση της ικανοποίησης που λαμβάνει η γυναίκα από τον θηλασμό. Μια σειρά δημογραφικών χαρακτηριστικών, ολοκληρωμένης ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό και στήριξης από τους επαγγελματίες υγείας και το περιβάλλον της γυναίκας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αυτό-αποτελεσματικότητα της στον θηλασμό. Η παρουσία επιλόχειας κατάθλιψης –η οποία φαίνεται στην παρούσα έρευνα ότι στις περισσότερες περιπτώσεις προϋπάρχει του τοκετού- επηρεάζει αρνητικά την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό.

Συμπεράσματα: Οι παράγοντες που καθορίζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό είναι γνωστοί σε μεγάλο βαθμό από την προγεννητική ακόμα περίοδο. Μια καλά δομημένη εκστρατεία ενημέρωσης που αφορά το σύνολο των εμπλεκόμενων στην διαδικασία της κύησης και του τοκετού (εγκυμονούσα, το περιβάλλον της, οι επαγγελματίες υγείας κ.α.) μπορεί να συμβάλει σε εντυπωσιακή βελτίωση της συνολικής αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό. Τέλος, ο εξατομικευμένος σχεδιασμός της περιόδου που προηγείται και αυτής που ακολουθεί τον τοκετό, μπορούν να οδηγήσουν στην αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό μαζί με όλα τα οφέλη που αυτή η αύξηση επιφέρει σε ατομικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Λέξεις κλειδιά: Μητρικός θηλασμός, Αυτό-αποτελεσματικότητα, Επιλόχεια κατάθλιψη.

Abstract

Introduction: Breastfeeding is the optimal method of providing all the basic needs for nutritional, emotional and immune care to children up to at least the age of two. The benefits of breastfeeding for both mother and baby are recorded extensively while there are significant social and economic benefits too. Intention and self-efficacy of women to breastfeed are two key factors for the breastfeeding process.

Purpose: The purpose of the present study was to investigate the self-efficacy of women in breastfeeding and the main factors that could determine it. Other objectives were to investigate the intention to breastfeed prenatally, the ability to breastfeed in first and third month after the birth in relation to the results achieved during the same period and finally the factors that determine a successful attempt to breastfeed as well as causes leading to unsuccessful breastfeeding attempt.

Material and Methods: The present study is a descriptive non-experimental research and is conducted by collecting data from self-report questionnaires. For the purposes of the research and after a literature review, were used structured questionnaires combined with tools for recording demographic characteristics. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) was used to record postpartum depression at three different moments: before, one month and three months after the birth. The Breastfeeding Self-Efficacy Scale (BSE) was used to record self-efficacy in breastfeeding at two different time moments: one and three months after the birth. Additional data was also collected before, one month after and three months after the birth. A number of 150 of pregnancy women participated in the study. Data collection was followed by statistical analysis of the variables using the IBM SPSS Statistics Version 25 program.

Results: A growing trend for exclusive breastfeeding in relation to the current situation in country is recorded. Also the intention for breastfeeding increases simultaneously with the increase of the satisfaction that the woman receives from breastfeeding. A number of demographic characteristics, information about breastfeeding and support from health professionals as well as relatives and friends determine her self-efficacy in breastfeeding. The presence of postpartum depression - which appears in the present study to pre-exists in most cases - adversely affects the woman's self-efficacy in breastfeeding.

Conclusions: Most of the factors that determine self-efficacy in breastfeeding are well known from the prenatal period. A well-structured information campaign for all those involved in the process of pregnancy and childbirth (pregnant woman, people in her environment, health professionals, etc.) could impressively improve overall self-efficacy in breastfeeding. Finally, the individual planning of the period before and after childbirth can lead to an incensement to woman's self-efficacy in breastfeeding along with all the benefits that this increase brings to the individual, social and economic level.

Key words: Maternity, Breastfeeding Self-Efficacy, Postpartum Depression.

Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή	8
Κεφάλαιο 1: Μητρικός Θηλασμός – Οφέλη για τη γυναίκα και το βρέφος	12
1.1. Μητρικό γάλα	13
1.2. Τα οφέλη του θηλασμού για το νεογνό	14
1.3. Τα οφέλη του θηλασμού για τη γυναίκα	15
1.4. Τα οφέλη του θηλασμού για την κοινωνία	17
1.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση και την έκβαση του μητρικού θηλασμού	18
Κεφάλαιο 2: Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό	22
2.1. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Εμπιστοσύνη	23
2.2. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Εμπειρία	24
2.3. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Πρότυπα	25
2.4. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Κοινωνική και λεκτική πειθώ	26
2.5. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Σωματική και συναισθηματική κατάσταση	27
Κεφάλαιο 3: Μητρικός θηλασμός και ψυχική υγεία της μητέρας.....	29
3.1. Μεταγεννητικό Στρες και Άγχος	29
3.2. Επιλόχεια κατάθλιψη	31
3.3. Άλλοι παράμετροι που συνδέονται με τη ψυχική υγεία της μητέρας.....	32
Κεφάλαιο 4: Επιδημιολογικά δεδομένα του θηλασμού στην Ελλάδα	34
3.1. Δείκτες και Προσδιοριστικοί Παραγοντες Μητρικού Θηλασμού σύμφωνα με την “Εθνική μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα”	34
3.2. Σύγκριση δεικτών θηλασμού 2017 – 2007 στη χώρα μας	37
Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία Έρευνας	40
3.1. Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις	40
3.2. Μεθοδολογία	41
3.3. Ερευνητικά εργαλεία.....	41
3.4. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	43
3.5. Στατιστική ανάλυση.....	43
Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα	45
6.1. Περιγραφική στατιστική.....	45
6.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	45
6.1.2. Μαιευτικά χαρακτηριστικά του δείγματος	48

6.1.3.	Πρόθεση για θηλασμό.....	50
6.1.4.	Ένα μήνα μετά τον τοκετό	58
6.1.5.	Τρεις μήνες μετά από τον τοκετό	73
6.2.	Επαγωγική στατιστική	88
6.2.1.	Συσχετίσεις κλίμακας EPDS	88
6.2.2.	Συσχετίσεις κλίμακας BSE.....	96
6.2.3.	Συσχέτιση ανάμεσα σε EPDS και BSE	103
6.2.4.	Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις.....	105
6.2.5.	Συσχετίσεις σχετικά με την πρόθεση και την διάρκεια του θηλασμού	110
6.3.	Σύνοψη αποτελεσμάτων	125
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα		132
7.1.	Συζήτηση.....	132
7.2.	Προτάσεις	135
7.3.	Περιορισμοί.....	136
Βιβλιογραφία.....		138
Παράρτημα 1 Ερωτηματολόγια έρευνας.....		148
Παράρτημα 2 Έγκριση διεξαγωγής έρευνας.....		157

Εισαγωγή

Ο θηλασμός αποτελεί την φυσική μέθοδο για την διατροφή κάθε βρέφους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) *“σχεδόν όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν ακριβής πληροφορίες και την υποστήριξη της οικογένειάς τους, του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνίας γενικότερα”* (WHO, 2016a). Ο θηλασμός είναι η βέλτιστη μέθοδος για την παροχή της απαραίτητης θρεπτικής, συναισθηματικής και ανοσολογικής φροντίδας τόσο στα βρέφη όσο και στα νήπια (PHAC, 2014). Η περίοδος του θηλασμού, είναι η πλέον κρίσιμη περίοδος της ζωής κάθε ατόμου από την σκοπιά της υγιούς ανάπτυξης του οργανισμού στο σύνολο του. Η ισχύουσα σύσταση του ΠΟΥ για τη βρεφική διατροφή, είναι αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του βρέφους και συνέχιση του θηλασμού τουλάχιστον μέχρι την ηλικία των δύο ετών μαζί με την προσθήκη συμπληρωματικών τροφών (WHO, 2016a). Ο όρος «αποκλειστικός θηλασμός» περιγράφει ένα βρέφος που δεν λαμβάνει άλλες τροφές ή υγρά εκτός από το μητρικό γάλα, με εξαίρεση τις βιταμίνες ή τα φάρμακα όπου κρίνονται αναγκαία (WHO, 2016b).

Τα ανεπαρκή επίπεδα θηλασμού, έχουν σημαντικό αντίκτυπο για το βρέφος, για τη μητέρα, καθώς και για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την κοινωνία στο σύνολό της. Μέσω του θηλασμού επιτυγχάνονται τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα οφέλη για τα βρέφη. Τα βραχυπρόθεσμα οφέλη περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την μείωση της εμφάνισης διάρροιας και πνευμονίας, καθώς επίσης και την μείωση του κινδύνου βρεφικής θνησιμότητας λόγω αναπνευστικής λοίμωξης ή διάρροιας (WHO, 2013a). Τα μακροπρόθεσμα οφέλη περιλαμβάνουν χαμηλότερο κίνδυνο υπέρτασης, διαβήτη τύπου II και χαμηλότερο κίνδυνο παχυσαρκίας, ενώ έχει καταγραφεί ότι αποδίδουν καλύτερα σε τεστ νοημοσύνης αργότερα στη ζωή τους (WHO, 2013b).

Ο ακριβής μηχανισμός του τρόπου με τον οποίο το μητρικό γάλα μειώνει τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των βρεφών, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός ακόμα. Ωστόσο, έχει περιγραφεί ως μια γενετική επίδραση σε δυσμενείς για το βρέφος επιπτώσεις, καθώς με κάποιον τρόπο ενεργοποιούνται ή απενεργοποιούνται γονίδια, μέσω μιας διαδικασίας γνωστής ως “γονιδιακή έκφραση” (Verducci et al., 2014).

Ο θηλασμός και το μητρικό γάλα δεν δύναται σε καμία περίπτωση να συγκριθούν άμεσα με τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος. Η σύνθεση του μητρικού γάλακτος, δηλαδή η ποσότητα των πρωτεϊνών, των λιπιδίων, των υδατανθράκων, των βιταμινών και των ανόργανων συστατικών που περιέχονται σε αυτό, μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου ανάλογα με τις μοναδικές ανάγκες του κάθε παιδιού καθώς αυτό αναπτύσσεται. Η σύνθεση του μητρικού γάλακτος, είναι δυνατόν να αλλάξει ακόμα και κατά την διάρκεια του ίδιου θηλασμού προκειμένου να καλυφθούν ιδιαίτερες ανάγκες του βρέφους (Andreas et al., 2015). Το μητρικό γάλα είναι μια βιοδραστική, ζωντανή ουσία, που παρέχει ένζυμα, βλαστικά κύτταρα, ανοσοσφαιρίνες, ορμόνες και αντισώματα στο βρέφος (Bode et al., 2012). Προετοιμάζει τα εντερικά μικροβιοτικά και το ανοσοποιητικό σύστημα του βρέφους (Andreas et al., 2015). Οι ολιγοσακχαρίτες οι οποίοι βρίσκονται μόνο στο μητρικό γάλα, έχουν περιγραφεί ως πρεβιοτικό, το οποίο μειώνει τον κίνδυνο για βακτηριακές, ιογενείς και παρασιτικές μολύνσεις, αποτρέποντας την προσκόλληση παθογόνων επιφανειών του βλεννογόνου (Bode, 2012). Αν και τα υποκατάστατα του μητρικού γάλακτος περιέχουν την απαραίτητη σύνθεση θρεπτικών ουσιών για την διατροφή του βρέφους, λείπουν από αυτά αναρίθμητες άλλες ενώσεις που το καθιστούν ασύγκριτα χαμηλότερης ποιότητας σε σχέση με το μητρικό γάλα.

Τα οφέλη του θηλασμού δεν περιορίζονται μόνο στο βρέφος που θηλάζει. Οι μητέρες που δεν θηλάζουν διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο καρκίνου του μαστού, καρκίνου των ωοθηκών και οστεοπόρωσης αργότερα στη ζωή τους (PHAC, 2014). Ο θηλασμός εκτός από τα φυσικά οφέλη, σχετίζεται και με ψυχολογικά οφέλη για την μητέρα. Η πράξη του θηλασμού απελευθερώνει τις μητρικές ορμόνες, οι οποίες προάγουν την συναισθηματική σύνδεση μητέρας-παιδιού και την “ενεργοποίηση” της μητρικής συμπεριφοράς καθώς επηρεάζει την μητρική εγκεφαλική απόκριση (American Academy of Pediatrics, 2011).

Έχει καταγραφεί μια σειρά κοινωνικών και πολιτιστικών παραγόντων οι οποίοι σχετίζονται με την έναρξη και την πορεία του θηλασμού (Daglas & Antoniou, 2012). Έρευνες συνδέουν τον ανεπιτυχή θηλασμό με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης για τις γυναίκες μετά τον τοκετό. Σε αυτό το γεγονός, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει. Δηλαδή οι γυναίκες οι οποίες εκ των προτέρων σκοπεύουν να θηλάσουν, αλλά για κάποιον λόγο δεν τα καταφέρνουν, διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν σκοπεύουν να θηλάσουν (Borra et al., 2015).

Εκτός από την πρόθεση, κρίσιμος θεωρείται ο ρόλος της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας σχετικά με τον θηλασμό. Ο όρος “αυτό-αποτελεσματικότητα”, όπως έχει οριστεί από τον Bandura, αναφέρεται στην “πίστη στις ικανότητες κάποιου να οργανώνει και να εκτελεί τις ενέργειες που απαιτούνται για τη διαχείριση των πιθανών καταστάσεων” (Bandura, 1995, σ. 2). Σύμφωνα με τη θεωρία του, οι προσδοκίες για την αποτελεσματικότητα του ατόμου, οδηγούν σε μια συμπεριφορά με την οποία οι προσδοκίες έκβασης του οδηγούν στο τελικό αποτέλεσμα (Bandura, 1995).

Οι Dennis & Faux, χρησιμοποίησαν τη θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας του Bandura και την προσαρμοσαν στο μητρικό θηλασμό. Ο όρος αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό αναφέρεται στην εμπιστοσύνη μιας μητέρας για την ικανότητά της να θηλάζει το παιδί της (Dennis & Faux, 1999). Η αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού έχει αποδειχθεί στη βιβλιογραφία ότι συσχετίζεται θετικά με την επιτυχία του θηλασμού (Henshaw et al., 2015). Παρά το πλήθος των μελετών που υποστηρίζουν τη θετική σχέση μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας στο θηλασμό και της επιτυχίας του θηλασμού, δεν έχουν γίνει ακόμα κατανοητές όλες οι πτυχές της αυτό-αποτελεσματικότητας. Ωστόσο, έχουν προσδιορισθεί ορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες αυτό-αποτελεσματικότητας του θηλασμού για τις μητέρες αμέσως μετά τον τοκετό (Hinic, 2016). Ο Dennis διαπίστωσε ότι η διερεύνηση σε μια σειρά από παράγοντες, ίσως μπορούν να οδηγήσουν στην πρόγνωση της αυτό-αποτελεσματικότητας του θηλασμού κατά την πρώτη περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούνται από το επίπεδο εκπαίδευσης, της υποστήριξη και την καθοδήγηση που λαμβάνουν από άλλες γυναίκες οι οποίες έχουν θηλάσει, τύπος του τοκετού, η ανακούφιση που αισθάνονται από τον πόνο του τοκετού, η ικανοποίηση από την φροντίδα που λαμβάνουν μετά τον τοκετό, η αντίληψη ότι σημειώνεται πρόοδος στην διαδικασία του θηλασμού, η σίτιση του βρέφους σύμφωνα με τον προγραμματισμό και τέλος τα επίπεδα άγχους (Dennis, 2006).

Συναισθήματα όπως ο ενθουσιασμός και η ικανοποίηση μπορούν να αυξήσουν την αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού. Η θετική αντιμετώπιση που λαμβάνει από το κοντινό περιβάλλον της μια γυναίκα που προσπαθεί να θηλάσει, όπως ο έπαινος και η προσοχή των μελών της οικογένειας, των φίλων και του υγειονομικού προσωπικού, θα βελτιώσει την αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού. Αντιθέτως, αρνητικές συμπεριφορές ή αρνητική αντιμετώπιση από το κοντινό περιβάλλον μπορεί να μειώσουν δραματικά την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό. Όταν αυτά εφαρμόζονται κατά την περίοδο του θηλασμού, οι γυναίκες με υψηλή αίσθηση

αυτό-αποτελεσματικότητας είναι εν τέλει πιο πιθανό να επιμείνουν όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες θηλασμού και είναι πιθανότερο να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, βελτιώνοντας έτσι την πιθανότητα επιτυχίας του θηλασμού (Dennis, 1999).

Καθώς ο ρόλος της αυτό-αποτελεσματικότητας θεωρείται ότι επηρεάζει τα αποτελέσματα του θηλασμού, η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να διερευνήσει τον βαθμό της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό προγεννητικά, σε σχέση με την πρόθεση για θηλασμό και την έκβασή του, μέσω της συλλογής δεδομένων από ερωτηματολόγια στα οποία έχουν απαντήσει γυναίκες που συμμετέχουν στην έρευνα σε τρία στάδια: προγεννητικά, ένα μήνα μετά τον τοκετό και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία θα κληθεί να δώσει απάντηση η παρούσα έρευνα είναι i) η πρόθεση για θηλασμό (προγεννητικά), ii) η ικανότητα στον θηλασμό (για 1 και 3 μήνες μετά τον τοκετό) iii) η έκβαση του θηλασμού (για 1 και 3 μήνες μετά) και τέλος iv) οι λόγοι πιθανής αρνητικής έκβασης στο θηλασμό.

Η δομή της παρούσας εργασίας, αποτελείται από το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Πιο συγκεκριμένα, το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τα κεφάλαια 1-4. Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα οφέλη του θηλασμού για την μητέρα και το νεογνό καθώς και τα ευρύτερα κοινωνικά οφέλη. Επίσης, στο ίδιο κεφάλαιο πραγματεύονται τα ζητήματα της πρόθεσης και της έκβασης του θηλασμού καθώς και τους παράγοντες που τα επηρεάζουν. Στο δεύτερο κεφάλαιο, λαμβάνει χώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρατίθεται ο μητρικός θηλασμός σε συνάρτηση με την ψυχική υγεία, καθώς η τελευταία αποτελεί σημαντικό παράγοντα που καθορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται επιδημιολογικά δεδομένα για τον θηλασμό στην Ελλάδα.

Το ερευνητικό μέρος, αποτελείται από τα κεφάλαια 5-7. Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την υλοποίηση της έρευνας. Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων (δημογραφικά χαρακτηριστικά, περιγραφική στατιστική και στατιστική συμπερασματολογία) και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Τέλος στο έβδομο κεφάλαιο λαμβάνει χώρα η συζήτηση των βασικών συμπερασμάτων, των περιορισμών της μελέτης και των προτάσεων με σκοπό την καλύτερη κατανόηση και αντιμετώπιση της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό.

Κεφάλαιο 1: Μητρικός Θηλασμός – Οφέλη για τη γυναίκα και το βρέφος

Το παρόν κεφάλαιο, έχει ως στόχο να παρουσιάσει τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, τόσο για το βρέφος και την μητέρα όσο και τα ευρύτερα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από αυτόν. Τα πολλαπλά οφέλη του θηλασμού, έχουν επιβεβαιωθεί από πολλούς διεθνείς φορείς και οργανώσεις και σχετίζονται τόσο με την υγεία των παιδιών και των γυναικών που θηλάζουν όσο και με ευρύτερα κοινωνικά και οικονομικά οφέλη. Η κοινή δήλωση για την προστασία, την προώθηση και την υποστήριξη του θηλασμού που συνέταξαν και δημοσίευσαν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) μαζί με το Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (UNICEF), αποτελεί τον θεμέλιο λίθο στην προσπάθεια της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας για να προωθήσει τον θηλασμό ο οποίος παρουσιάζει σημαντική μείωση κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες κατά τις τελευταίες δεκαετίες (WHO / UNICEF, 1990).

Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι τα οφέλη του θηλασμού δεν περιορίζονται μόνο στο βρέφος και την μητέρα που το θηλάζει αλλά προκύπτουν και ευρύτερα κοινωνικά οφέλη. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO, 2002), οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους θα πρέπει να προωθηθεί ο θηλασμός ευρέως είναι οι εξής:

- Είναι ευεργετικός για την υγεία του βρέφους
- Είναι ευεργετικός για την υγεία της μητέρας
- Είναι καίριος για την σύνδεση ανάμεσα στην μητέρα και το βρέφος
- Προκύπτουν οικονομικά πλεονεκτήματα
- Προκύπτουν οικολογικά πλεονεκτήματα

Το παρόν κεφάλαιο, έχει ως στόχο να παρουσιάσει τα κυριότερα οφέλη που προκύπτουν από τον θηλασμό. Αρχικά γίνεται αναφορά στην μοναδική σύνθεση του μητρικού γάλακτος, ώστε να γίνει κατανοητός ο λόγος που συστήνεται αυστηρά ο αποκλειστικός θηλασμός του βρέφους κατά τους 6 πρώτους μήνες και η συνέχιση του θηλασμού μέχρι τουλάχιστον την ηλικία των 2 ετών. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα οφέλη που προκύπτουν για την μητέρα, το βρέφος καθώς επίσης και για τα επιμέρους κοινωνικά οφέλη. Τέλος, αναδεικνύεται η σημασία της πρόθεσης για θηλασμό καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την πρόθεση όσο και την τελική έκβαση του θηλασμού.

1.1. Το μητρικό γάλα

Όπως αναφέρθηκε ήδη από την εισαγωγή της παρούσας εργασίας, το μητρικό γάλα είναι ο βιολογικά φυσικός τρόπος διατροφής των βρεφών και αποτελεί μια μοναδική πηγή τροφής καθώς περιέχει όλα τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά προκειμένου τα νεογνά να έχουν φυσιολογική και υγιή ανάπτυξη. Η τροφή αυτή, δεν δύναται να αντικατασταθεί με καμία άλλη, καθώς περιέχει επιπλέον όλα τα αναγκαία στοιχεία όπως αντιοξειδωτικά και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες που προστατεύουν το βρέφος από οποιαδήποτε παθολογία και αποτρέπουν τις οξειδωτικές βλάβες στους ιστούς του οργανισμού (WHO, 2016a).

Το μητρικό γάλα χαρακτηρίζεται ως ένα δυναμικό υγρό, καθώς η σύνθεση του ποικίλει και εξαρτάται από διάφορους παράγοντες μεταξύ των οποίων βρίσκονται η ηλικία του βρέφους, η στιγμή της ημέρας και η διατροφή της μητέρας. Έχει αποδειχθεί επιστημονικά, η ικανότητα του μητρικού γάλατος να προσαρμόζεται στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε παιδιού. Το μητρικό γάλα μπορεί να διακριθεί σε τρεις διαφορετικούς τύπους: στο πρωτόγαλα, στο μεταβατικό γάλα και στο ώριμο γάλα (Bode, 2012).

Το πρωτόγαλα, είναι μια σύνθετη ένωση μικρού όγκου, το οποίο έχει πολύ υψηλή πυκνότητα και έχει ήδη δημιουργηθεί κατά το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Έχει χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά και λακτόζη, ώστε να είναι προσαρμοσμένο στις θερμιδικές ανάγκες του νεογνού κατά τις πρώτες εβδομάδες της ζωής του. Επίσης έχει υψηλή περιεκτικότητα σε ανοσοσφαιρίνες, πρωτεΐνες, μέταλλα, λακτοφερίνη και λευκοκύτταρα (Oya et al., 2008).

Το μεταβατικό γάλα, είναι μια πολύ διαφορετική ένωση σε σχέση με το πρωτόγαλα, καθώς έχει μειωμένες συγκεντρώσεις σε ανοσοσφαιρίνες και πρωτεΐνες ενώ περιέχει σε αυξημένα επίπεδα λακτόζη και λιπαρά κατά την περίοδο από την έκτη ημέρα μέχρι το τέλος της δεύτερης εβδομάδας μετά τον τοκετό.

Τέλος, το ώριμο γάλα, εμφανίζεται από την τρίτη εβδομάδα μετά τον τοκετό και σε αυτή την φάση περιέχει περισσότερες πρωτεΐνες, σιαλικό οξύ, λιποδιαλυτές βιταμίνες E, A, K και καροτένιο. Η περιεκτικότητά του σε μέταλλα, νάτριο, ψευδάργυρο σίδηρο, θείο, κάλλιο, σελήνιο και μαγγάνιο είναι επίσης υψηλότερη (Ballard & Morrow, 2013).

Εν κατακλείδι, το μητρικό γάλα αποτελεί την πληρέστερη διατροφή για τα βρέφη καθώς έχει την ιδανική σύνθεση παρέχοντας τις αναγκαίες ποσότητες σε νερό, σάκχαρα, λιπαρά και πρωτεΐνες που είναι αναγκαία για την ιδανική ανάπτυξη, αποφεύγοντας παράλληλα την υπερβολική αύξηση βάρους του νεογνού (Alimoradi et

al., 2014). Συνεχίζει να προσαρμόζεται για τα πρώτα δύο χρόνια στις διατροφικές ανάγκες του ταχέως αναπτυσσόμενου βρέφους, ενώ τα τεράστια οφέλη του συνεχίζουν να βοηθούν τα παιδιά μακροπρόθεσμα. Είναι αξιοσημείωτο, ότι πολλές από τις έρευνες σχετικά με το μητρικό γάλα, αναφέρουν ότι τα αναμενόμενα οφέλη που παρουσιάζει σχετίζονται άμεσα με την διάρκεια του θηλασμού, γεγονός αυτό υποδηλώνει μια πιθανή σωρευτική δράση του (Mosca & Gianni, 2017).

1.2. Τα οφέλη του θηλασμού για το νεογνό

Ο θηλασμός, από την έναρξη της ζωής του νεογνού, προάγει μια ισχυρή σχέση ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί, ενισχύοντας την συναισθηματική σύνδεση και ταυτόχρονα βοηθώντας στην ψυχοκινητική ανάπτυξη του βρέφους καθώς και στην φυσιολογική ανάπτυξη του εγκεφάλου του. Τα οφέλη που προκύπτουν από τον θηλασμό για το βρέφος είναι αναρίθμητα, με τα πιο σημαντικά να αναφέρονται στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, το οποίο παρέχει προστασία έναντι διαφόρων ασθενειών κοινών στην παιδική ηλικία όπως οι αναπνευστικές λοιμώξεις, η διάρροια και οι αλλεργίες. Επιπλέον, έχει σημαντική επίδραση στην επαρκή ανάπτυξη του σώματος του παιδιού (Arifeen et al., 2001).

Πλήθος μελετών έχουν εξετάσει τις διάφορες πτυχές στις οποίες ο θηλασμός συνεισφέρει στην σωστή και υγιή ανάπτυξη του νεογνού. Αρχικά όπως ήδη αναφέρθηκε, το μητρικό γάλα αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη μορφή διατροφής για το βρέφος, καθώς σε αυτό περιέχονται οι ιδανικές για την διατροφή και την ανάπτυξη του νεογνού ποσότητες νερού, λίπους, σακχάρων και πρωτεΐνης. Έχει αποδειχθεί ότι για τα βρέφη είναι εύκολο να χωνέψουν το μητρικό γάλα χωρίς δυσκολία σε αντίθεση με τα συμπληρώματα γάλακτος που πολλές φορές χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα ή συμπληρωματικά του μητρικού γάλακτος (WHO, 2016b).

Ως αποτέλεσμα της μοναδικής αυτής σύνθεσης του μητρικού γάλακτος, τα βρέφη που θηλάζουν αναπτύσσονται όσο και όπως ακριβώς χρειάζεται. Τείνουν να κερδίζουν το κατάλληλο βάρος χωρίς περιττά κιλά, κάτι που έχει ως αποτέλεσμα να σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας αργότερα στην ζωή τους σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν έχουν θηλάσει. Επίσης έχει καταγραφεί ότι τα παιδιά που έχουν θηλάσει, σημειώνουν ελαφρώς υψηλότερη βαθμολογία στα τεστ νοημοσύνης αργότερα στην ζωή τους (McCroory & Layte, 2011).

Το μητρικό γάλα περιέχει πλήθος αντισωμάτων, δηλαδή παράγοντες που προστατεύουν τα βρέφη από βακτήρια και ιούς. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι τα μωρά που δεν θηλάζουν αποκλειστικά για 6 μήνες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα μολυσματικών ασθενειών, όπως λοιμώξεις του αυτιού, διάρροια, αναπνευστικές ασθένειες και σημειώνουν περισσότερες νοσηλείες. Επίσης, τα βρέφη που δεν θηλάζουν έχουν 21% υψηλότερο ποσοστό μεταγεννητικής βρεφικής θνησιμότητας (Heinig, 2001).

Τα ανοσολογικά οφέλη του μητρικού γάλακτος, παραμένουν με το πέρασ του χρόνου, καθώς για τα άτομα τα οποία έχουν τραφεί αποκλειστικά με μητρικό γάλα κατά το πρώτο διάστημα της ζωής τους, καταγράφεται σε πλήθος ερευνών, χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν έχουν θηλάσει. Αυτά τα οφέλη δεν παρατηρούνται μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά και χρόνια μετά τον απογαλακτισμό, καθώς έχει παρατηρηθεί χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων τύπου καρκίνου (π.χ. λευχαιμία), μεταβολικών και αυτοάνοσων νοσημάτων (McCrogy & Murray, 2013).

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι τα βρέφη που δεν θηλάζουν έχουν υψηλότερα ποσοστά συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS) κατά το πρώτο έτος της ζωής τους και υψηλότερα ποσοστά διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2, λέμφωμα, λευχαιμία, νόσο του Hodgkin, ψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, υψηλότερα επίπεδα χοληστερόλης και άσθματος (American Academy of Pediatrics, 2005). Επίσης, τα μωρά που δεν θηλάζουν αρρωσταίνουν πιο εύκολα καθώς έχει καταγραφεί ότι σημειώνουν περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς (The National Women's Health Information Center, 2005).

Η σωματική επαφή που προσφέρεται μέσω του θηλασμού, είναι σημαντική για τα νεογέννητα και μπορεί να τα βοηθήσει να αισθάνονται πιο ασφαλή, ζεστά και ανακουφισμένα. Τέλος, όταν δεν λαμβάνει χώρα αποκλειστικός θηλασμός κατά τους πρώτους μήνες ζωής του νεογνού, τότε ελλοχεύει ο κίνδυνος μόλυνσης από τα μπουκάλια και τις θηλές που χρησιμοποιούνται σε αυτά προκειμένου να τραφεί το βρέφος (WHO, 2016b).

1.3. Τα οφέλη του θηλασμού για τη γυναίκα

Εκτός όμως από τα πολύ σημαντικά οφέλη που προκύπτουν για το βρέφος από τον μητρικό θηλασμό, πολύ σημαντικά είναι επίσης και τα οφέλη για την μητέρα που θηλάζει το νεογνό. Ένα από τα πιο άμεσα οφέλη που έχει καταγραφεί στην

βιβλιογραφία, είναι η μείωση του κινδύνου αιμορραγίας μετά τον τοκετό, καθώς ο άμεσος θηλασμός του βρέφους, διεγείρει την παραγωγή οξυτοκίνης, μια ορμόνη η οποία δρα προκαλώντας αφενός την αποδέσμευση του γάλακτος και αφετέρου την συστολή της μήτρας (Godfrey & Lawrence, 2010).

Σύμφωνα με την έρευνα του Bonilla, η οξυτοκίνη απελευθερώνεται στο σώμα της γυναίκας με το πιπίλισμα της θηλής αμέσως μετά τον τοκετό. Η ορμόνη αυτή, ευνοεί επιπλέον στην φυσιολογική έξοδο του πλακούντα αμέσως μετά τον τοκετό και συνεισφέρει όχι μόνο στο να ανακτήσει η μήτρα το φυσιολογικό της μέγεθος αλλά επίσης στην ελαχιστοποίηση της απώλειας αίματος που προκύπτει από τον τοκετό (Bonilla, 2008).

Επίσης, μέσω του θηλασμού καταναλώνονται επιπλέον θερμίδες, καθιστώντας πιο εύκολη την απώλεια των κιλών που έχει αποκτήσει η γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Ταυτόχρονα, ο αποκλειστικός θηλασμός κατά τους πρώτους μήνες, καθυστερεί την επιστροφή της φυσιολογικής ωορρηξίας στην γυναίκα και γενικότερα των εμμηνορροϊκών κύκλων.

Σε γενικές γραμμές, μπορεί να ειπωθεί ότι ο θηλασμός κάνει την ζωή της μητέρας πιο εύκολη καθώς εξοικονομεί χρόνο και χρήμα. Για όσο καιρό διαρκεί ο αποκλειστικός θηλασμός, δεν παρουσιάζεται η ανάγκη για αγορά και επεξεργασία συμπληρωματικών στο μητρικό γάλα τροφών. Η μητέρα μπορεί να δώσει στο μωρό της ικανοποίηση παρέχοντας το μητρικό γάλα άμεσα, κάθε φορά που εκείνο πεινάει, χωρίς να απαιτούνται επιπλέον διαδικασίες. Έτσι, οι θηλάζουσες μητέρες έχουν αυξημένη αυτοπεποίθηση και συναισθήματα εγγύτητας και σύνδεσης με τα βρέφη τους.

Σημαντικά είναι και τα ευρήματα για την συνεισφορά του θηλασμού αργότερα στην ζωή της γυναίκας, καθώς έχει αποδειχθεί ότι ο θηλασμός μειώνει τον κίνδυνο καρκίνου του μαστού και των ωθηκών και πιθανώς τον κίνδυνο καταγμάτων του ισχίου και οστεοπόρωσης μετά την εμμηνόπαυση (WHO, 2002). Επιπλέον οι μητέρες που δεν θηλάζουν, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν αναιμία, παχυσαρκία, οστεοπόρωση, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II καθώς επίσης και υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης καρδιακών και εγκεφαλικών παθήσεων. Ακόμα, έχει παρατηρηθεί μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του θηλασμού και της ανάπτυξης ρευματοειδούς αρθρίτιδας και υπέρτασης (Schwarz et al., 2009).

Τέλος, παρόλο που έχουν ήδη παρουσιαστεί πλήθος σημαντικών θετικών επιπτώσεων για τις μητέρες που θηλάζουν, η ανάπτυξη του δεσμού μεταξύ της μητέρας και του

νεογνού που επιτυγχάνεται μέσω του θηλασμού, παραμένει μια μοναδική εμπειρία που συμβάλει στην ολοκλήρωση του μητρικού ρόλου (AAP, 2012).

1.4. Τα οφέλη του θηλασμού για την κοινωνία

Στις ενότητες που προηγήθηκαν, παρουσιάστηκαν τα σημαντικότερα οφέλη του θηλασμού τόσο όσον αφορά το νεογνό, όσο και για την μητέρα. Ωστόσο, εκτός από τα προαναφερόμενα, υπάρχουν επιπλέον οφέλη που προκύπτουν από τον θηλασμό και σχετίζονται με κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά.

Όσον αφορά τα οικονομικά οφέλη, είναι προφανές ότι η διατροφή του νεογνού αποκλειστικά με μητρικό γάλα, συνεπάγεται μηδενικό κόστος για αγορά άλλων τροφών (φόρμουλα) και εξοπλισμό σίτισης (μιμιπερό, αποστειρωτής κλπ). Επίσης, όπως έχουν δείξει έρευνες, για τα παιδιά τα οποία θηλάζουν, μειώνεται το κόστος ιατρικών επισκέψεων, καθώς τόσο τα βρέφη όσο και οι μητέρες είναι περισσότερο υγιείς. Επιπλέον, μέσω του θηλασμού, εξοικονομείται χρόνος από τον οικογενειακό προϋπολογισμό καθώς αφενός δεν απαιτείται χρόνος για αγορά τροφών και αφετέρου δεν σπαταλείται χρόνος για την προετοιμασία της τροφής του βρέφους (WHO, 2002).

Ακολούθως μπορούν να αναφερθούν τα οφέλη που προκύπτουν από τον θηλασμό για το σύστημα υγείας. Σχετική με την εξοικονόμηση κόστους έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο για την UNICEF, κατέδειξε ότι εάν το 45% των γυναικών θήλαζαν αποκλειστικά για 4 μήνες το νεογνό, η συνολική εξοικονόμηση που θα προέκυπτε από την αποφυγή του κόστους θεραπείας των τεσσάρων πιο βασικών ασθενειών που προσβάλλουν τα βρέφη (γαστρεντερικές λοιμώξεις, αναπνευστικές λοιμώξεις, ωτίτιδα και εντεροκολίτιδα) θα έφθανε στα 17 εκατομμύρια λίρες ετησίως για το σύστημα υγείας (UNICEF UK, 2012). Η έκθεση υπογράμμισε επίσης ότι εάν οι μισές μητέρες που δεν θηλάζουν επί του παρόντος θήλαζαν έως και 18 μήνες στη διάρκεια της ζωής τους, θα υπήρχαν σημαντικά λιγότερες περιπτώσεις καρκίνου του μαστού που θα οδηγήσουν επίσης σε τεράστια εξοικονόμηση κόστους για το σύστημα.

Τέλος, υπάρχουν τεράστια περιβαλλοντικά οφέλη μέσω του θηλασμού. Ο θηλασμός είναι καλύτερος για το περιβάλλον, καθώς με αυτόν τον τρόπο παράγονται πολύ λιγότερα απορρίμματα και πλαστικά σε σύγκριση με αυτά που παράγονται από την αγορά εμπορικής τροφής για το βρέφος καθώς επίσης και για τα μπουκάλια και λοιπά εξαρτήματα που χρησιμοποιούνται για να ταϊστεί (Brahm & Valdes, 2017).

1.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση και την έκβαση του μητρικού θηλασμού

Πολλές μέλλουσες μητέρες, σχεδιάζουν το διατροφικό πλάνο του βρέφους όσο ακόμα βρίσκονται σε κατάσταση εγκυμοσύνης (Lawson & Tulloch, 1995). Οι προγεννητικές αυτές προθέσεις σχετικά με τον θηλασμό αποτελούν σημείο αναφοράς για την συμπεριφορά τους έναντι στον θηλασμό και μπορεί να παρέχει πληροφορίες σχετικές με τα μητρικά χαρακτηριστικά. Αυτή η θεωρία της σχεδιασμένης εκ των προτέρων συμπεριφοράς, δείχνει ότι οι προθέσεις της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό, προκύπτουν από έναν συνδυασμό κινήτρων, συμπεριφορών, υποκειμενικών κανόνων και αντιληπτού ελέγχου (Ajzen, 2002). Ομοίως, η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (στην οποία θα γίνει εκτενής αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο), υποστηρίζει ότι η αντίληψη της μητέρας για την ικανότητα της να θηλάξει, προκύπτει από μια σειρά παράγοντες: αν έχει προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, η παρατήρηση άλλων γυναικών να θηλάζουν, η επιδοκιμασία από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού όπως η κούραση ή το άγχος, σχετίζονται με την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει (Blyth et al., 2002). Οι πρόθεση αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την πραγματική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, είναι πιθανό να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην πρόθεση για θηλασμό και την υγεία του νεογνού ανεξαρτήτου έκβασης του θηλασμού. Σε αυτή την περίπτωση, η πρόθεση για θηλασμό είναι παράγοντας ο οποίος βελτιώνει άλλα χαρακτηριστικά της μητέρας όπως οι γνώσεις, οι στάσεις, η αυτό-αποτελεσματικότητα και οι κοινωνικοί κανόνες που σχετίζονται με την διατροφή των νεογνών (Wambach, 1997). Επίσης, μελέτες οι οποίες έχουν γίνει σε γυναίκες από χαμηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια, έχουν δείξει ότι η εκπαίδευση, η προηγούμενη εμπειρία στον θηλασμό, οι γνώσεις σχετικά με τον θηλασμό, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η κοινωνική στήριξη, αυξάνουν τις πιθανότητες να έχουν την πρόθεση να θηλάσουν (Mitra et al., 2004).

Η πρόθεση για θηλασμό αποτελεί επίσης μια εκ των προτέρων διασφάλιση υψηλότερου επιπέδου υγείας για τα βρέφη, καθώς οι γυναίκες οι οποίες σκοπεύουν να θηλάσουν και εν αναμονή αυτού, ακολουθούν πιο υγιή πρότυπα συμπεριφοράς σε ότι αφορά με την διατροφή, την άσκηση, τον ύπνο και άλλα. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, τα υγιή αυτά πρότυπα συμπεριφοράς να μεταδίδονται και στο νεογνό, κάτι που θα

διαδραματίσει πολύ σημαντικό ρόλο μετέπειτα στην ζωή του (Persad & Mensinger, 2007).

Ακόμα και αν η πρόθεση της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό πριν τον τοκετό, συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την συμπεριφορά της αργότερα μετά τον τοκετό, αυτό δεν είναι προκαθορισμένο. Σύμφωνα με έρευνες, περίπου το ένα τρίτο όσων γυναικών σκοπεύουν να τιάσουν το βρέφος με αποκλειστικό θηλασμό, καταφέρνουν να πετύχουν αυτό τον στόχο (Perrine et al., 2012).

Όπως φαίνεται από την βιβλιογραφία, υπάρχουν αρκετοί εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την τελική έκβαση του θηλασμού και κατά συνέπεια τις προθέσεις που από πριν έχουν οι γυναίκες. Για παράδειγμα σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται βιολογικά εμπόδια όπως είναι η ανεπαρκής ποσότητα μητρικού γάλακτος, η παρουσία πόνου, οι λοιμώξεις στον μαστό ή οι φραγμένοι αγωγοί γάλακτος (Thulier & Mercer, 2009). Άλλοι εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση του θηλασμού μπορεί να σχετίζονται με αναποτελεσματικό υγειονομικό προσωπικό ή πολιτικές του μαιευτηρίου οι οποίες δεν προωθούν τον αποκλειστικό θηλασμό ή ενθαρρύνουν την χρήση συμπληρωματικής διατροφής για το βρέφος (Perrine et al., 2012).

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι δύναται να καθορίσουν την πρόθεση και την έκβαση του θηλασμού, είναι όσοι επηρεάζουν εκ των προτέρων τόσο τις προθέσεις της μητέρας όσο και την ικανότητα να τις πραγματοποιήσει. Για παράδειγμα, η εργασιακή κατάσταση της μητέρας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τόσο τις προθέσεις της γυναίκας όσο και την επιτυχία του ίδιου του θηλασμού (McInnes & Chambers, 2008). Επιπρόσθετα, το κάπνισμα είναι ένας από τους παράγοντες που υπονομεύει τον θηλασμό, καθώς οι μητέρες που καπνίζουν αποφασίζουν με μικρότερη συχνότητα να θηλάσουν σε σχέση με όσες δεν καπνίζουν ενώ για τις καπνίστριες η διάρκεια του θηλασμού μειώνεται δραματικά (Leung et al., 2002). Επιπλέον, οι γυναίκες οι οποίες έχουν παρακολουθήσει προγεννητικά μαθήματα σχετικά με τον θηλασμό σημειώνουν υψηλότερα ποσοστά τόσο όσον αφορά την πρόθεση όσο και την έκβαση του θηλασμού. Τέλος, οι γυναίκες οι οποίες γέννησαν φυσιολογικά είναι πιθανότερο να έχουν επιτυχή έκβαση στο θηλασμό σε σχέση με εκείνες οι οποίες γέννησαν με καισαρική τομή (Bouras et al., 2013).

Σε ότι αφορά την Ελλάδα, η πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους επαγγελματίες υγείας και από την πολιτική που ακολουθούν οι

μαιευτικές κλινικές. Επιπλέον, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση και η ψυχική υγεία της γυναίκας αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες για την στάση των γυναικών έναντι στον θηλασμό (Δάγλα, 2007).

Από τα αποτελέσματα της έκθεσης για τον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, προκύπτει ότι οι γυναίκες που ξεκίνησαν να θηλάζουν ήταν πάνω από το 87%. Σε αποκλειστικό θηλασμό προέβησαν λιγότερες από τις μισές γυναίκες κατά τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (από 41% έπεσε στο 37% περίπου στο τέλος της πρώτης εβδομάδας), ενώ στο τέλος του πρώτου μήνα αποκλειστικό θηλασμό συνέχισε το 20% περίπου, με το ποσοστό αυτό να μειώνεται στο 10% περίπου κατά το τέλος του πρώτου τριμήνου. Λιγότερο από 1% των γυναικών συνέχισε τον αποκλειστικό θηλασμό μέχρι το τέλος του πρώτου εξαμήνου.

Επιπλέον, μητέρες που είχαν ανώτατη εκπαίδευση (απόφοιτες ΑΕΙ), εμφάνισαν διπλάσια πιθανότητα να θηλάζουν αποκλειστικά κατά τον πρώτο μήνα σε σχέση με εκείνες που δεν είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ σημαντική παρέμεινε η διαφορά και κατά το τέλος του τρίτου μήνα μετά τον τοκετό. Επίσης, σημαντικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει και το επίπεδο εκπαίδευσης του πατέρα καθώς όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες η μητέρα να προβεί σε αποκλειστικό θηλασμό. Θετική συσχέτιση υπάρχει ακόμα με το οικογενειακό εισόδημα, καθώς η πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού αυξάνεται για τα μεγαλύτερα εισοδήματα. Αντίθετα, αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ του αποκλειστικού θηλασμού, της διάρκειας θηλασμού και του καπνίσματος.

Το είδος του τοκετού σχετίζεται με τον αποκλειστικό θηλασμό, καθώς οι γυναίκες που έκαναν φυσιολογικό τοκετό έχουν 1,5 φορά μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά τουλάχιστον για ένα μήνα. Τέλος, η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού και η πρόθεση της μητέρας προγεννητικά να θηλάσει, αποτελούν προγνωστικούς δείκτες της συνέχισης του αποκλειστικού θηλασμού.

Από τις γυναίκες που σταμάτησαν να θηλάζουν πρόωρα, σχεδόν οι μισές ανέφεραν σαν βασικό λόγο την ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος, μια στις 8 λόγω επιστροφής στην εργασία ενώ ακολουθούν σε μικρότερη συχνότητα τα προβλήματα στο στήθος, η κούραση, το άγχος, η κατάθλιψη και τέλος η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους και η λήψη από την μητέρα φαρμακευτικής αγωγής. Για όσες γυναίκες δεν θηλάσαν καθόλου, οι βασικοί λόγοι ήταν η προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού, προσωπικοί λόγοι, η νοσηλεία του νεογνού σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η λήψη

φαρμακευτικής αγωγής από την μητέρα, οι εισέχουσες θηλές, η πολύδυμη κύηση, το κάπνισμα και άλλοι παράγοντες (κούραση, άγχος, επιλόχεια κατάθλιψη κλπ).

Συμπερασματικά, η απόφαση για το θηλασμό του νεογνού από την μητέρα όπως και η έκβαση του, καθορίζεται από διάφορους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Συνεπώς, η βελτίωση της γνώσης σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση για θηλασμό καθώς και την τελική έκβαση και η προώθηση των οφελών του θηλασμού πρέπει να αποτελεί άμεση προτεραιότητα για όλους, το σύστημα υγείας, τους επαγγελματίες υγείας και φυσικά τους πολίτες.

Κεφάλαιο 2: Η θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό

Το παρόν κεφάλαιο έχει ως στόχο να παρουσιάσει τις βασικές πηγές που εντοπίζονται στην θεωρία σε σχέση με την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Η ενίσχυση του μητρικού θηλασμού, αποτελεί μια από τις προτεραιότητες στον χώρο της δημόσιας υγείας παγκοσμίως καθώς θεωρείται ως η πιο αποτελεσματική συμπεριφορά για την σωστή διατροφή των νεογνών, την πρόληψη ασθενειών για παιδιά και ενήλικες και την εν γένει προώθηση της υγείας του πληθυσμού (Maleki et al., 2017). Το συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για την προώθηση του θηλασμού, είναι αποτέλεσμα των πολιτικών που έχουν υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF. Οι δύο αυτοί οργανισμοί, δημιουργούν τις συνθήκες μέσω της διάδοσης των οφελών του θηλασμού για βρέφη, μητέρες και κοινωνία, για την στήριξη της φυσικής σίτισης του νεογνού (Nelson, 2006).

Η μητρότητα είναι μια μοναδική εμπειρία, ιδιαίτερα για εκείνες τις γυναίκες που τους συμβαίνει για πρώτη φορά. Ωστόσο, ο θηλασμός δεν αποτελεί για όλες τις γυναίκες μια θετική εμπειρία καθώς μπορεί να είναι δύσκολος, δυσάρεστος και να προκαλεί αναστάτωση. Αναφέρθηκαν νωρίτερα οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόθεση και την έκβαση του θηλασμού. Ένας από αυτούς τους παράγοντες και μάλιστα μείζονος σημασίας, αποτελεί η αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό (Dennis et al., 2011).

Ο όρος της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό, αναφέρεται στη εμπιστοσύνη μιας μητέρας για την ικανότητά της να θηλάσει το βρέφος της και εκδηλώνεται με την ανησυχία για τη σωστή διατροφή του μωρού (Dennis, 1999). Ο όρος είναι “δάνειο” από το πεδίο της γνωστικής ψυχολογίας και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε έρευνες σχετικές με τον χώρο της υγείας (Lenz & Shortridge-Baggett, 2002). Ως έννοια, η αυτό-αποτελεσματικότητα εδράζεται στην γνωστική θεωρία ότι το άτομο θεωρεί ότι είναι ικανό να επιτύχει συγκεκριμένα πράγματα. Ο Bandura, ορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα ως *“πίστη στις ικανότητες κάποιου να οργανώνει και να εκτελεί τις ενέργειες που απαιτούνται για τη διαχείριση των πιθανών καταστάσεων”* (Bandura, 1995, σ. 2). Επιπλέον, επέκτεινε αυτή την ιδέα και διερεύνησε πως επηρεάζουν την συμπεριφορά του ατόμου οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι ενέργειες του, και κατέληξε ότι είναι ζωτικοί παράγοντες για την τελική επίτευξη των στόχων. (Bandura, 1997). Τα κίνητρα μαζί με την αντίληψη, την συνείδηση, την γνώση, την μάθηση, την

μνήμη και το συναίσθημα αποτελούν του θεμέλιους λίθους της αυτό-αποτελεσματικότητας (Seema, Patwari, & Satyanarayana, 1997).

Σύμφωνα με την θεωρία του Bandura, υπάρχουν τέσσερις βασικές πηγές αυτό-αποτελεσματικότητας: τα πρότυπα, οι εμπειρίες, η κοινωνική και λεκτική πειθώ και η σωματική και συναισθηματική κατάσταση. Αυτές οι πηγές, έχουν αναγνωριστεί ως σημαντικές στην έρευνα σχετικά με τον θηλασμό (Dennis & Faux, 1999). Στο παρόν κεφάλαιο, λαμβάνει χώρα μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό και τις τέσσερις πηγές που την συνθέτουν μαζί με την εμπιστοσύνη που θεωρείται σημαντικός παράγοντας που καθορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα.

2.1. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Εμπιστοσύνη

Υπάρχουν αρκετές έρευνες, που υποδεικνύουν την αυτό-αποτελεσματικότητα ως έναν από τους κύριους λόγους για την διακοπή του θηλασμού νωρίτερα από τους τρεις μήνες μετά τον τοκετό (Williams et al., 1999 · Li et al., 2008). Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα σχετικά με την πρόθεση για θηλασμό, η εμπιστοσύνη που διακατέχει μια γυναίκα σχετικά με τον θηλασμό, μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό παράγοντα καθώς θεωρεί τον θηλασμό ως την επιθυμητή μέθοδο για την διατροφή του βρέφους και ταυτόχρονα έχει περισσότερες πιθανότητες να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια προκειμένου να επιτύχει την επιθυμητή έκβαση. Έτσι, οι μητέρες με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα, έχουν σημαντικά αυξημένες πιθανότητες να πραγματοποιήσουν αποκλειστικό θηλασμό μέχρι και τέσσερις μήνες μετά τον τοκετό σε σχέση με εκείνες τις μητέρες που παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας (Blyth et al., 2002). Παρομοίως, μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που παρουσίασαν υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα στο θηλασμό κατά την δεύτερη μέρα μετά τον τοκετό, οδηγήθηκαν συχνότερα σε αποκλειστικό θηλασμό μέχρι και τον έκτο μήνα (Henshaw et al., 2015). Η αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό, μπορεί επιπλέον να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο η γυναίκα θα αντιδράσει συναισθηματικά σε τυχών δυσκολίες που θα συναντήσει κατά τον θηλασμό και επίσης τον βαθμό στον οποίο έχει αναπτύξει θετικά ή αρνητικά πρότυπα στις σκέψεις της σχετικά με αυτόν (Dennis, 1999).

Τόσο η εμπιστοσύνη της μητέρας στον θηλασμό όσο και η αυτό-αποτελεσματικότητα της, δύναται να υπονομευθούν από κοινές συμπεριφορές των νεογνών, όπως είναι η

αναστάτωση ή το παρατεταμένο κλάμα του βρέφους, ή η αντίληψη της μητέρας ότι αδυνατεί να εκπληρώσει βασικές ανάγκες του νεογνού όπως είναι η πείνα (Wasser et al., 2011). Παρόλα αυτά, θα πρέπει να υπογραμμισθεί ότι η “αυτοπεποίθηση” της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό, είναι ένας από τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να τροποποιηθούν με διάφορες μεθόδους, ώστε τελικά να αυξηθεί η αυτό-αποτελεσματικότητα και η τελική έκβαση του θηλασμού (Husin et al., 2017). Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι προγνωστικοί παράγοντες οι οποίοι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό είναι η πρόθεση για θηλασμό, η υποστήριξη από τον σύντροφο, η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας (μαίες, παιδίατρους κ.λπ.), η παρακολούθηση μαθημάτων θηλασμού προγεννητικά, ο χρόνος ανάμεσα στον τοκετό και την έναρξη του θηλασμού και τέλος η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (Yang et al., 2016).

2.2. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Εμπειρία

Γενικά η εμπειρία αναφέρεται σε βιώματα επιτυχίας ή αποτυχίας τα οποία σταθεροποιούν ή αποδομούν αντιστοίχως το αίσθημα αξιοσύνης του ατόμου. Η εμπειρία ή ενεργή εμπειρία γνώσης (enactive mastery experience) όπως αναφέρεται από τον Bandura, απαιτεί ενεργή γνωστική επεξεργασία κάθε φορά που πραγματοποιείται ο θηλασμός και πτυχές όπως το κίνητρο, η αντίληψη, η μνήμη και η μάθηση συμβάλουν σε αυτή την γνωστική επεξεργασία. Εδώ εντάσσονται μια σειρά δημογραφικών παραγόντων οι οποίοι μάλιστα είναι μη τροποποιήσιμοι ή πολύ δύσκολο να αλλάξουν, όπως για παράδειγμα η ηλικία της μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο αριθμός των προηγούμενων τόκων και το οικονομικό επίπεδο του νοικοκυριού (Blyth et al., 2002). Η προσδοκία της θετικής έκβασης, αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα στην γνωστική επεξεργασία (Lenz & Shortridge-Baggett, 2001).

Το αποτέλεσμα της προσδοκίας πως μέσω του θηλασμού θα διασφαλιστεί η υγεία του νεογνού, μπορεί να τεθεί σε αμφισβήτηση εάν η μητέρα έχει την αντίληψη ότι δεν το τροφοδοτεί επαρκώς με μητρικό γάλα. Η αντίληψη για ανεπαρκή παροχή γάλακτος είναι συχνό εύρημα στην βιβλιογραφία (Otsuka et al., 2008). Αυτό αποτελεί ένα κυρίαρχο παράδειγμα πιθανής αποτυχίας της αυτό-αποτελεσματικότητας εξαιτίας της εμπειρίας στην πράξη και δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο αρνητικών σκέψεων σχετικά με την εμπειρία του θηλασμού στην μητέρα. Οι Binns & Scott, αναφέρουν χαώδη διαφορά ανάμεσα στις αντιλήψεις των γυναικών σχετικά με τον ανεπαρκή τροφοδοσία γάλακτος στην Αυστραλία (23%) και την Ιαπωνία (73%) (Binns & Scott, 2002). Ωστόσο

σύμφωνα με τους ερευνητές, το πραγματικό ποσοστό των περιπτώσεων που παρουσιάζουν ελλιπή παροχή μητρικού γάλακτος, είναι πολύ μικρότερο από το 23% και οι αποκλίσεις που παρουσιάζονται, ερμηνεύονται από την υποκειμενική αντίληψη των γυναικών σε σχέση με την παροχή επαρκούς γάλακτος καθώς επίσης και από τις αποκλίσεις των εργαλείων μέτρησης (Gatti, 2008).

Το παραπάνω εύρημα, είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς δημιουργεί την εντύπωση σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων ότι η παροχή γάλακτος μέσω του θηλασμού είναι ανεπαρκής, κάτι που στην πραγματικότητα δεν ισχύει. Ο γνωστικός μηχανισμός ο οποίος λειτουργεί σε αυτή την περίπτωση, περιλαμβάνει τις προσδοκίες έκβασης, την άμεση αύξηση του βάρους του νεογνού κάτι που πολλές φορές δημιουργεί αυτήν την στρέβλωση. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 262 γυναίκες που θήλασαν, το 73% όσων δεν έκανε αποκλειστικό θηλασμό μετά τον πρώτο μήνα από τον τοκετό, δήλωσε την ανεπαρκή παροχή γάλακτος ως τον κύριο λόγο που στράφηκε σε συμπληρωματική τροφή (Otsuka et al., 2008).

Η παρουσίαση αυτών των δύο μελετών τονίζει ότι ορισμένες γυναίκες έχουν την αντίληψη ότι δεν διαθέτουν επαρκή ποσότητα γάλακτος για να τραφεί το νεογνό, γεγονός που μπορεί να τις οδηγήσει να στραφούν σε συμπληρώματα ή ακόμα και στον πλήρη απογαλακτισμό του βρέφους από το μητρικό γάλα.

2.3. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Πρότυπα

Ως πρότυπο, αναφέρεται η παρατήρηση συμπεριφοράς άλλων ατόμων κάτι που εμπλουτίζει την εμπειρία του ατόμου και εμμέσως διαμορφώνει την συμπεριφορά του. Η ύπαρξη κάποιου ατόμου που έχει θηλάσει στον κοντινό κύκλο της γυναίκας, είναι ένας παράγοντας ο οποίος καταγράφεται στην βιβλιογραφία ως σημαντικός για την επίτευξη της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (Battersby, 2008).

Παράγοντες όπως η ηλικία και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού είναι ιδιαίτερα σημαντικοί για την πρόβλεψη της έκβασης του θηλασμού. Έρευνες έχουν δείξει ότι γυναίκες που βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία κατά τον τοκετό καθώς και εκείνες οι οποίες είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, έχουν σημαντική συσχέτιση με την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό (Bolton et al., 2009). Ενώ αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται σημαντικοί, καθίσταται σαφές ότι για γυναίκες οι οποίες βρίσκονται σε μικρότερη ηλικία ή δεν έχουν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, η ύπαρξη κάποιου προτύπου αποτελεί αντίστοιχης βαρύτητας εναλλακτική, ως πηγή

αυτό-αποτελεσματικότητα. Αυτό επιβεβαιώνει και μελέτη σύμφωνα με την οποία οι νεότερες γυναίκες επέλεξαν διαφορετικούς συνδυασμούς ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας και κάποια γυναίκα από το κοντινό περιβάλλον τους με εμπειρία στον θηλασμό προκειμένου να αυξήσουν την αυτό-αποτελεσματικότητα τους (Barona-Vilar et al., 2009).

2.4. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Κοινωνική και λεκτική πειθώ

Με αυτόν τον τρόπο, παρατηρείται ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα αντλείται από την πειθώ των άλλων ή ακόμα και του ίδιου του εαυτού. Αυτή η πηγή συμπεριλαμβάνει την εκπαίδευση για τον θηλασμό, την υποστήριξη του συντρόφου, της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος ως τροποποιήσιμους παράγοντες για την βελτίωση της αυτό-αποτελεσματικότητας (Blyth et al., 2004).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 654 γυναίκες οι οποίες ανέφεραν ότι κατάφεραν να θηλάσουν επιτυχώς, έδειξαν ότι η λεκτική πειθώ από τους επαγγελματίες υγείας για να συνεχίσουν να θηλάζουν θεωρείται από ορισμένες γυναίκες ως θετική (ενθάρρυνση) ή ως αρνητική (εξαναγκασμός). Συνεπώς οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι μια από τις κύριες πηγές αυτό-αποτελεσματικότητας στην πραγματικότητα είναι η κοινωνική και λεκτική πειθώ η οποία ωστόσο μπορεί να εκληφθεί και ως εξαναγκασμός από μέρος των γυναικών (Graffy & Taylor, 2005).

Στην βιβλιογραφία, υπάρχει πλήθος ερευνών σχετικά με την συμβολή των επαγγελματιών υγείας και την υποστήριξη του θηλασμού μέσω της βελτίωσης της αυτό-αποτελεσματικότητας. Η υποστήριξη από έναν επαγγελματία υγείας, αποτελεί σαφώς μια μορφή κοινωνικής και λεκτικής πειθούς καθώς συμβάλλει στην αντίληψη της γυναίκας ότι ο θηλασμός είναι εκτός των άλλων και πολιτιστικός κανόνας. Σε μια μετά-ανάλυση στην οποία χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα θηλασμού από 10 διαφορετικές χώρες, αποδείχθηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό και κατά συνέπεια η τελική του έκβαση βελτιώνεται για τις γυναίκες οι οποίες έλαβαν υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού (Sikorski et al., 2003). Η εκπαίδευση από κάποιον ειδικό θηλασμού, είναι ένας παράγοντας της αυτό-αποτελεσματικότητας του θηλασμού που μπορεί να μεταβληθεί, καθώς έχει αποδειχθεί σε πολλές μελέτες ότι τα επίπεδα της αυτό-αποτελεσματικότητας μπορούν να αυξηθούν με παρεμβάσεις (Blyth et al., 2002).

Η βιβλιογραφία περιέχει επίσης πλήθος ερευνών σχετικά με την υποστήριξη του θηλασμού από τον σύντροφο, τους γονείς, τα αδέρφια και άλλα μέλη της οικογένειας τα οποία μπορούν να θεωρηθούν ως πηγές κοινωνικής και λεκτικής πειθούς για την αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού (Lewallen et al. , 2006). Στην έρευνα των Ekstrom et al., διερευνήθηκε το επίπεδο υποστήριξης που έλαβαν οι θηλάζουσες μητέρες από τον στενό οικογενειακό και φιλικό κύκλο. Διαπιστώθηκε ότι μια αποτελεσματική πηγή υποστήριξης προέρχεται από φίλους και συγγενείς κατά τους πρώτους δύο μήνες μετά τον τοκετό (Ekstrom et al., 2006). Αν και η υποστήριξη διαφόρων μελών της οικογένειας είναι σημαντική, η βιβλιογραφία δείχνει ότι είναι ο πατέρας του παιδιού που έχει τη μεγαλύτερη επιρροή στις αποφάσεις που σχετίζονται με τον θηλασμό. Επομένως, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η υποστήριξη που προσφέρει ο πατέρας του παιδιού είναι ένα παράδειγμα κοινωνικής πειθούς στη πράξη.

Η χρησιμότητα της εκπαίδευσης και της υποστήριξης του θηλασμού –τόσο από ειδικούς όσο και από το στενότερο περιβάλλον της γυναίκας- κατά την πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό, θα πρέπει να θεωρηθεί προτεραιότητα της πολιτικής για την δημόσια υγεία (Adewale, 2005).

2.5. Βασική Πηγή Αυτό-αποτελεσματικότητας: Σωματική και συναισθηματική κατάσταση

Η αυτό-αποτελεσματικότητα εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την σωματική και συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. Σωματικές ή συναισθηματικές εμπειρίες όπως το άγχος, η κόπωση και ο πόνος, αποτελούν την τελευταία πηγή πληροφοριών για την αυτό-αποτελεσματικότητα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες απόφοιτους ανώτατης εκπαίδευσης, εντοπίστηκε μια κοινή αντίληψη σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης από τον θηλασμό. Όλες οι γυναίκες που συμμετείχαν, αναφέρθηκαν σε αυτό το αίσθημα εξάντλησης ως βάρος για την αυτό-αποτελεσματικότητα τους στον θηλασμό (Hauck et al., 2002).

Η σωματική εμπειρία του στρες αποδεικνύεται από τα ποσοστά ανταπόκρισης που σημειώθηκαν σε μια Καναδική μελέτη θηλασμού όπου από τις 190 γυναίκες που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι 61 δήλωσαν ότι το στρες ήταν ο λόγος (Dennis & Ross, 2005). Αντίστοιχα, η υποκειμενική εμπειρία του πόνου αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα ο οποίος μπορεί να οδηγήσει την μητέρα στην απόφαση να διακόψει τον θηλασμό και να στραφεί σε άλλες μεθόδους σίτισης. Είναι εξάλλου

ευρέως αποδεκτό στην βιβλιογραφία ότι η περίοδος μετά τον τοκετό και τα βιώματα που έχει η μητέρα σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο, μπορεί να διαρκέσει για εβδομάδες και να οδηγήσουν σε μείωση της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό. Ο πόνος στο στήθος ή στην θηλή, ο πόνος της συστολής της μήτρας ή ο πόνος της καισαρικής τομής, αποτελούν κάποια παραδείγματα τα οποία μπορούν δυνητικά να επηρεάσουν την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό (Andrews et al., 2008).

Ο θηλασμός, αποτελεί μια δύσκολη αλλά ταυτόχρονα ανταποδοτική εμπειρία για την γυναίκα. Επίσης, κάθε γυναίκα, προσλαμβάνει μια μοναδική εμπειρία κατά την διάρκεια του θηλασμού, η οποία δεν μπορεί να συγκριθεί με καμία άλλη εμπειρία. Η αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τόσο την έναρξη και την διάρκεια του θηλασμού, όσο και το αν η γυναίκα θα προβεί σε αποκλειστικό θηλασμό ή όχι. Επιπλέον, παρουσιάστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο τα αναρίθμητα οφέλη που προκύπτουν από τον μητρικό θηλασμό. Συνεπώς, είναι ιδιαίτερα κρίσιμο να για την δημόσια υγεία και την εξοικονόμηση πόρων για το σύστημα υγείας, να καταγραφούν και να εφαρμοστούν οι πολιτικές εκείνες που θα συνεισφέρουν τα μέγιστα ώστε να βελτιωθεί η αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού με σκοπό την αύξηση όσο το δυνατόν περισσότερο των θηλασμών τόσο για την Ελλάδα όσο και παγκοσμίως.

Κεφάλαιο 3: Μητρικός θηλασμός και ψυχική υγεία της μητέρας

Στα προηγούμενα κεφάλαια, έγινε εκτενής αναφορά σχετικά με τα οφέλη του αποκλειστικού θηλασμού για το νεογνό, την μητέρα και τα ευρύτερα κοινωνικά οφέλη. Όσον αφορά την μητέρα, εκτός από τα φυσικά, βιολογικά και σωματικά οφέλη που προκαλεί ο θηλασμός, τα τελευταία χρόνια έρευνες έχουν εστιάσει στα οφέλη που δημιουργούνται για την ψυχική της υγεία και αυτά τα οφέλη πραγματεύεται το παρόν κεφάλαιο. Έχει ήδη αναφερθεί έως τώρα πως μέσω του θηλασμού ισχυροποιείται το δέσιμο μεταξύ μητέρας και νεογνού καθώς επίσης σημειώνεται και τόνωση της αυτοπεποίθησης της μητέρας, που οδηγεί στο αίσθημα της ολοκλήρωσης. Εκτός όμως αυτών, ο θηλασμός αποτελεί έναν εξαιρετικό ρυθμιστή του στρες -το οποίο μπορεί να προκαλέσει υψηλά επίπεδα άγχους στο άτομο- καθώς επίσης και ασπίδα απέναντι στην επιλόχεια κατάθλιψη. Πέρα ωστόσο από τις κλινικές εκδηλώσεις που αποτρέπει ο θηλασμός, μέσω των ορμονών που παράγονται από αυτόν, η μητέρα διακατέχεται από αισθήματα ευφορίας και αγάπης, που είναι οδηγοί στην προσπάθεια της για την βελτιστοποίηση της επικοινωνίας με το νεογνό (Harami et al., 2015).

3.1. Μεταγεννητικό Στρες και Άγχος

Η μητρότητα, παρόλα τα ευεργετικά πλεονεκτήματα που προσφέρει, μπορεί να αποτελέσει –ιδιαίτερα για τις γυναίκες που τους συμβαίνει για πρώτη φορά- παράγοντα που αυξάνει τα επίπεδα άγχους στον οργανισμό. Αυτό μπορεί να εκδηλωθεί ως μια απλή ανησυχία της μητέρας για την καταλληλότητα της στον νέο ρόλο που έχει επωμιστεί, σε μερικές περιπτώσεις όμως φθάνει σε επίπεδα που την επηρεάζει σε βαθμό που δεν μπορεί να κοιμηθεί ή ακόμα μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στο σώμα της και σε σεξουαλική δυσλειτουργία (Avery et al., 2000). Η απαιτούμενη επαγρύπνηση εξάλλου, που διακατέχει τον οργανισμό μιας γυναίκας που έχει πρόσφατα γεννήσει, αποτελεί από μόνη της έναν στρεσογόνο παράγοντα για τις μητέρες (Hahn-Holbrook et al., 2011). Δεδομένων των αυξημένων απαιτήσεων που αντιμετωπίζει μια νέα μητέρα, δεν προκαλεί έκπληξη το γεγονός ότι περίπου μια στις πέντε γυναίκες αναφέρει συμπτώματα αυξημένου άγχους σε περίοδο μικρότερη του ενός έτους από την στιγμή του τοκετού (Groer et al., 2002). Για τον λόγο αυτό προφανώς, η φύση παρέχει στις μητέρες έναν εξαιρετικό ρυθμιστή άγχους, δηλαδή τον θηλασμό.

Η πρώτη έρευνα που έλαβε χώρα σχετικά με τα επίπεδα άγχους, έδειξε ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα ορμονικού στρες (χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης και φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης) σε σχέση με τις γυναίκες που δεν θηλάζουν ή με όσες δεν έχουν καθόλου παιδιά (Hahn-Holbrook et al., 2013). Αρκετές άλλες μελέτες έχουν ακολουθήσει, στις οποίες επιβεβαιώνεται το παραπάνω εύρημα, ενώ έχει αποδειχθεί επίσης ότι οι γυναίκες που θηλάζουν παρουσιάζουν χαμηλότερους δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου που προκαλεί το στρες, σε σχέση με τις γυναίκες που δεν θηλάζουν (Groer, 2005).

Αυτά τα αποτελέσματα της μείωσης του επιπέδου στρες στον οργανισμό των γυναικών που θηλάζουν, έχουν ελεγχθεί και με άλλους στρεσογόνους παράγοντες. Για παράδειγμα, σε έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί ανάμεσα σε τέσσερις ομάδες γυναικών (μητέρες που πραγματοποιούσαν αποκλειστικό θηλασμό, μητέρες με μεικτό θηλασμό, μητέρες που δεν θηλάζουν και γυναίκες χωρίς παιδιά), συνέκριναν τις καρδιαγγειακές αποκρίσεις όταν τους ζητήθηκε να προβούν σε δύσκολες αριθμητικές πράξεις ή να βυθίσουν το χέρι τους μέσα σε δοχείο με παγωμένο νερό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που πραγματοποιούσαν αποκλειστικό θηλασμό κατέγραψαν μειωμένο καρδιακό ρυθμό που σχετίζεται με χαμηλότερο επίπεδο στρες σε σύγκριση με τις άλλες γυναίκες. Επιπλέον διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας του θηλασμού και του επιπέδου στρες. Δηλαδή οι γυναίκες που θηλάζουν πιο συχνά μέσα στην ημέρα, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα στρες από τις άλλες (Mezzacappa et al., 2005).

Από την βιβλιογραφία προκύπτει ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αναφέρουν σε μεγαλύτερη συχνότητα ευχάριστη διάθεση, περισσότερη ηρεμία και χαμηλότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με εκείνες που δεν θηλάζουν. Αυτές οι διαφορές διάθεσης μάλιστα, φαίνεται να παραμένουν ανεξάρτητα από την ηλικία, την εργασιακή κατάσταση ή το εισόδημα των ατόμων (Heinrichs et al., 2001). Επίσης, καταγράφεται ότι οι επιδράσεις του θηλασμού όσον αφορά την μείωση του επιπέδου στρες στην μητέρα, είναι πιο ισχυρές συνολικά κατά την πρώτη περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό καθώς και μετά από κάθε θηλασμό που πραγματοποιεί. Τον ρόλο του ρυθμιστή του άγχους κατά την διάρκεια του θηλασμού, φαίνεται να έχουν οι ορμόνες οξυτοκίνη και προλακτίνη. Ωστόσο αυτό το συμπέρασμα χρίζει περαιτέρω μελέτης. Ούτος ή άλλως ωστόσο, όλα τα σχετικά ευρήματα δείχνουν ότι ο θηλασμός αποτελεί ρυθμιστικό παράγοντα του επιπέδου άγχους κατά την περίοδο μετά τον τοκετό (Light et al., 2000).

3.2. Επιλόχεια κατάθλιψη

Αν και η έλευση ενός μωρού στον κόσμο, συνήθως συνοδεύεται από αισθήματα χαράς και πληρότητας για τους νέους γονείς, σε πολλές περιπτώσεις η μητέρα κυριεύεται από αρνητικά συναισθήματα όπως απόγνωση και απελπισία, κάτι που οδηγεί στην κατάσταση της επιλόχειας κατάθλιψης. Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια ιδιαίτερα βλαβερή ψυχική ασθένεια η οποία αναφέρεται από το 10 – 20 % των νέων μητέρων παγκοσμίως κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά τον τοκετό, ενώ υπολογίζεται ότι αγνοείται η παρουσία της σε πολύ μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από τους υπολογισμούς, περίπου το 65% των νέων μητέρων μπορεί να εμφανίσουν έστω και τα ελάχιστα συμπτώματα της επιλόχειας κατάθλιψης (Stewart & Vigod, 2016).

Οι επιπτώσεις της επιλόχειας κατάθλιψης θεωρούνται ιδιαίτερες ύπουλες καθώς δύναται να επηρεάσουν αρνητικά την συμπεριφορά της μητέρας και να έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην γνωστική και στην συναισθηματική ανάπτυξη των βρεφών. Για αυτούς τους λόγους, υπάρχει πλήθος μελετών που διερευνά τους προγνωστικούς παράγοντες της επιλόχειας κατάθλιψης (Field, 2010). Μια συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, κατέδειξε το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που θηλάζουν αμέσως μετά τον τοκετό, έχουν σημαντικά χαμηλότερη πιθανότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε σύγκριση με εκείνες τις γυναίκες που δεν θηλάζουν (Dennis & McQueen, 2009).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, στα συμπτώματα της κατάθλιψης συμπεριλαμβάνονται το μειωμένο κίνητρο, το αυξημένο άγχος καθώς και η αποφυγή του βρέφους για εκείνες τις γυναίκες που γίνονται μητέρες για πρώτη φορά. Συνεπώς, ο θηλασμός του νεογνού γίνεται βάρος για την μητέρα που έχει επιλόχεια κατάθλιψη και η λύση της διατροφής του βρέφους με ξένη τροφή (φόρμουλα) μοιάζει ιδιαίτερα ελκυστική καθώς μπορεί να πραγματοποιηθεί από άλλο άτομο εκτός της ίδιας (Stewart et al., 2008). Επιπρόσθετα, η πίεση που αισθάνεται μια γυναίκα με επιλόχεια κατάθλιψη, πολλές φορές επηρεάζει την φυσιολογική ροή στην παροχή γάλακτος, με αποτέλεσμα να επικρατεί ένα αίσθημα ανεπάρκειας κάτι που οδηγεί αναπόφευκτα σίτιση του νεογνού με άλλη τροφή (Hatton, 2005).

Επίσης, οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη, αναφέρουν με μεγαλύτερη συχνότητα δυσκολίες στον θηλασμό, χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας και τελικά μικρότερη πιθανότητα για επιτυχή έκβαση του θηλασμού (Edhborg et al., 2005). Επίσης, έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες οι οποίες εκδηλώνουν συμπτώματα επιλόχειας

κατάθλιψης μέσα στις πρώτες επτά εβδομάδες από τον τοκετό, έχουν σημαντικά μεγαλύτερη πιθανότητα να διακόψουν τον θηλασμό πριν τους 6 μήνες από τον τοκετό (Galler et al., 1999).

Υπάρχουν σημαντικές κλινικές ενδείξεις ώστε να θεωρείται ότι ο θηλασμός προστατεύει τις γυναίκες από επιλόχεια κατάθλιψη. Αυτό συμπεραίνεται καθώς με τον θηλασμό –όπως έχει αναφερθεί ήδη- απελευθερώνεται η ορμόνη οξυτοκίνη της οποίας η ύπαρξη σε χαμηλότερα επίπεδα διαπιστώνεται σε γυναίκες οι οποίες πάσχουν από επιλόχεια κατάθλιψη (Skrundz et al., 2011). Όπως παρουσιάστηκε και στην προηγούμενη ενότητα, ο θηλασμός συνδέεται και με χαμηλότερα επίπεδα στρες και άγχους, χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης.

Στον αντίλογο για το κατά πόσο ο θηλασμός είναι αποτρεπτικός παράγοντες για την επιλόχεια κατάθλιψη, είναι η συζήτηση ότι για όλες τις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί δεν υπάρχει γνώση για την πιθανή παρουσία κατάθλιψης πριν από τον τοκετό. Έτσι, ενώ η κατάθλιψη αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για τον θηλασμό, δεν υπάρχει σαφής εικόνα για την αντίστροφη ισχύ, κατά πόσο δηλαδή ο θηλασμός πράγματι αποτρέπει την κατάθλιψη (Dennis & McQueen, 2007). Σε κάθε περίπτωση πάντως, ενώ ο θηλασμός σχετίζεται με την επιλόχεια κατάθλιψη, η φύση αυτής της συσχέτισης δεν έχει γίνει απόλυτα κατανοητή. Για τον λόγο αυτό, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διαπιστωθεί κατά πόσο η σχέση ανάμεσα στον θηλασμό και την επιλόχεια κατάθλιψη είναι μονοσήμαντη ή όπως πιστεύεται από ολόένα και περισσότερους ερευνητές αμφίδρομη.

3.3. Άλλοι παράμετροι που συνδέονται με τη ψυχική υγεία της μητέρας

Η σύνδεση της μητέρας με το βρέφος μέσω του θηλασμού, είναι γνωστή από τις απαρχές της ανθρωπότητας καθώς η πρώτη κίνηση της μητέρας μετά τον τοκετό είναι η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της, ενώ αυτό με την σειρά του έχει τον τρόπο να βρει τον δρόμο για την θηλή της μητέρας. Έτσι, ένας από τους πιο συχνούς λόγους για τους οποίους οι μητέρες επιδιώκουν να θηλάσουν τα βρέφη –ακόμα και σήμερα που δεν τίθεται ζήτημα επιβίωσης τους- είναι η ευκαιρία που έχουν για να συνδεθούν μαζί τους σε αυτή την μοναδική σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί. Η σχέση αυτή έχει τεράστια σημασία τόσο για το νεογνό όσο και για την μητέρα καθώς

επηρεάζει άμεσα την συναισθηματική κατάσταση και την ψυχική υγεία του ατόμου (Jansen et al., 2008).

Σε έρευνες που έχουν γίνει, έχει φανεί ότι για τις περιπτώσεις στις οποίες το νεογνό και η μητέρα δεν αναπτύσσουν άμεσα μετά τον τοκετό στενές επαφές, κλονίζεται η αυτοπεποίθηση της μητέρας και κατά επέκταση η μετέπειτα αλληλεπίδραση που θα έχουν. Μάλιστα φαίνεται ότι ο θηλασμός κατά τις πρώτες δύο ώρες από τον τοκετό, βελτιώνει την ψυχική διάθεση της μητέρας και μειώνει τα επίπεδα της κορτιζόλης (Ciampo & Ciampo, 2018). Επίσης έχει παρατηρηθεί στις γυναίκες που θηλάζουν ότι αναπτύσσεται το αίσθημα πληρότητας, κυριεύονται από αίσθημα γαλήνης και αποφεύγουν τις συναισθηματικές ενοχές (Leurer & Misskey, 2015). Η μητέρα μέσω του θηλασμού, αισθάνεται πιο δυνατή, αποκτάει μεγαλύτερη υπομονή, γίνεται πιο δεκτική, προσαρμοστική (WHO, 2016a).

Τέλος μια σειρά ορμονών που παράγονται κατά τον θηλασμό συνεισφέρουν θετικά στην ψυχική υγεία της μητέρας. Η ωκυτοκίνη ωφελεί σε πολλαπλά επίπεδα, μειώνει την αίσθηση του πόνου, οδηγεί σε μια κατάσταση ηρεμίας και εντείνει τα αισθήματα αγάπης και δεκτικότητας. Η καλεομορφίνη, μειώνει τους πονοκεφάλους καθώς ανήκει στα φυσικά αναλγητικά και την κατηγορία των ενδορφινών. Η προλακτίνη, που επίσης παράγεται κατά τον θηλασμό, προσφέρει ένα αίσθημα ευφορίας και θετικής αντιμετώπισης των καταστάσεων.

Κεφάλαιο 4: Επιδημιολογικά δεδομένα του θηλασμού στην Ελλάδα

Το παρόν κεφάλαιο, έχει ως στόχο να παρουσιάσει τα επιδημιολογικά δεδομένα του θηλασμού και της αυτό-αποτελεσματικότητας στην Ελλάδα. Ωστόσο θα πρέπει από την αρχή να υπογραμμισθεί η έλλειψη αξιόπιστων και οργανωμένων δημόσιων δεδομένων σχετικά με το θέμα του θηλασμού στην χώρα, γεγονός που ισχυροποιεί την αδυναμία για την χάραξη ευνοϊκών πολιτικών για την ενίσχυση του μητρικού θηλασμού σύμφωνα και με τους στόχους των διεθνών οργανισμών. Η μόνη αξιόπιστη πηγή δεδομένων θηλασμού στην Ελλάδα, προέρχεται από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (ΙΥΠ) και την έκθεση που δημοσίευσε το 2018 με τίτλο “Εθνική μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα” (Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, 2018). Συνεπώς όλα τα στοιχεία που θα παρουσιασθούν παρακάτω, προέρχονται από την εν λόγω πηγή ελλείπει άλλης δυνατότητας.

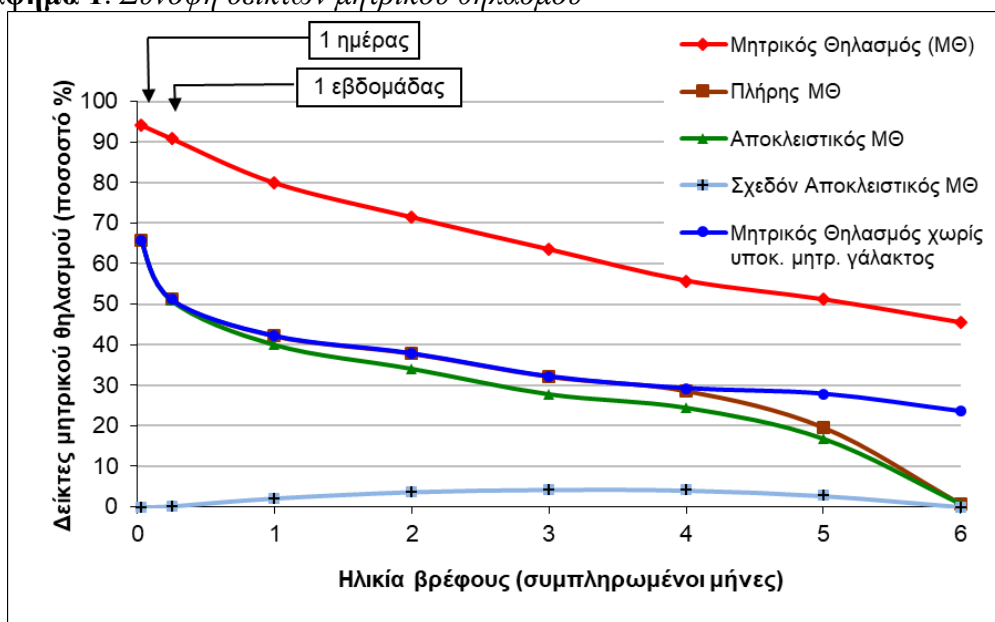
Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με συστηματική δειγματοληψία κατά συστάδες από το σύνολο των νεογνών που γεννήθηκαν στην Ελλάδα κατά το διάστημα Ιούνιος 2016 – Οκτώβριος 2016. Το δείγμα ανήλθε σε 870 βρέφη από 43 διαφορετικά νοσοκομεία – μαιευτήρια και τα δεδομένα συλλέχτηκαν μέσω συνέντευξης με την μητέρα του βρέφους. Τα βασικά αποτελέσματα της μελέτης παρουσιάζονται παρακάτω. Αντίστοιχη μελέτη είχε λάβει χώρα επίσης κατά το έτος 2007, τα αποτελέσματα της οποίας θα χρησιμοποιηθούν για την σύγκριση με τα πιο πρόσφατα δεδομένα.

4.1 Δείκτες και Προσδιοριστικοί Παραγοντες Μητρικού Θηλασμού σύμφωνα με την “Εθνική μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα”

Το ποσοστό των γυναικών που θήλασαν κατά την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό είναι 94%. Το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν είναι πάνω από το 60% μέχρι τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό ενώ στο τέλος του έκτου μήνα οι γυναίκες που θηλάζουν αποτελούν το 45% των περιπτώσεων. Ωστόσο μόλις μια εβδομάδα από τον τοκετό, ήδη τα μισά βρέφη σημειώνεται να λαμβάνουν υποκατάστατο μητρικού γάλακτος.

Αποκλειστικός θηλασμός για την πρώτη ημέρα ζωής του νεογνού σημειώθηκε στο 66% των περιπτώσεων και μειώθηκε στο 51% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας. Στο τέλος του πρώτου μήνα συνέχισαν να θηλάζουν αποκλειστικά το 40% των περιπτώσεων και τους επόμενους μήνες σημειώθηκε σταδιακή πτώση φτάνοντας στο τέλος του τέταρτου μήνα στο 25% περίπου. Στη συνέχεια η πτώση των ποσοστών του αποκλειστικού θηλασμού είναι ραγδαία και φθάνει κατά το τέλος του έκτου μήνα στο 0,8%. Δηλαδή, παρόλο που οι συστάσεις των αρμόδιων διεθνών οργανισμών είναι αυστηρά αποκλειστικός θηλασμός μέχρι την ολοκλήρωση του πρώτου εξαμήνου ζωής του νεογνού, στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό είναι σχεδόν μηδέν.

Γράφημα 1: Σύνοψη δεικτών μητρικού θηλασμού



Πηγή: Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού, ΙΥΠ, 2017

Όσον αφορά τις δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι γυναίκες που θήλασαν, σχεδόν οι 2 στις 5 δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν δυσκολίες στην έναρξη θηλασμού, με πιο συχνά τα προβλήματα των θηλών (δυσκολίες σύλληψης και τραυματισμός). Η ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος φαίνεται να είναι το επόμενο πιο συχνό πρόβλημα κατά την έναρξη του θηλασμού. Το 5% των γυναικών του δείγματος δε θήλασε καθόλου.

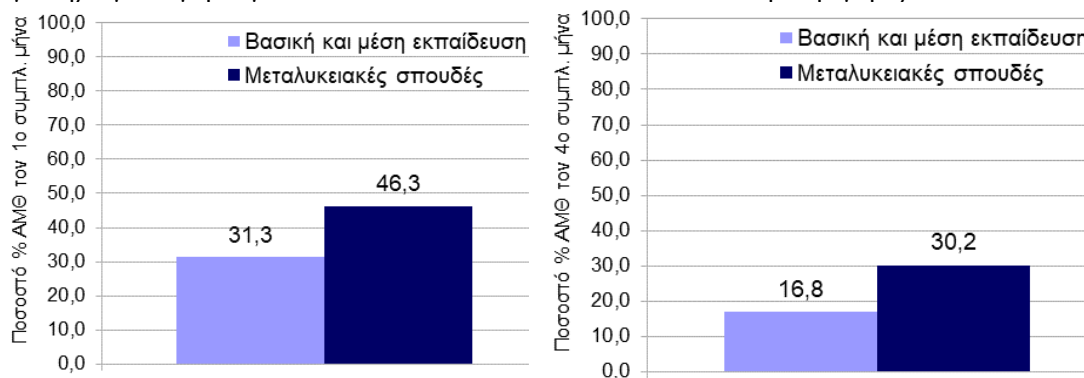
Για τις μισές περίπου από τις γυναίκες που σταμάτησαν να θηλάζουν (45%), σαν βασικό λόγο διακοπής αναφέρθηκε το «ανεπαρκές γάλα». Ακολουθούν σε συχνότητα τα «προβλήματα με το στήθος» (9%), η κούραση, το άγχος ή η κατάθλιψη (9%) και τέλος η επιστροφή στην εργασία (8%).

Το είδος του τοκετού φαίνεται να έχει ισχυρή συσχέτιση με τους δείκτες θηλασμού που μελετήθηκαν, καθώς οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα ο θηλασμός μετά τον ένα μήνα από τον τοκετό είναι στο 32% για τις γυναίκες που έκαναν καισαρική τομή ενώ για όσες γέννησαν φυσιολογικά ανέρχεται στο 50%.

Η προωρότητα και το χαμηλό βάρος γέννησης βρέθηκε να επηρεάζουν αρνητικά τόσο την έναρξη όσο και τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Όπως αναμενόταν, η παραμονή σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών φάνηκε να επιδρά αρνητικά στους δείκτες αποκλειστικού μητρικού θηλασμού καθώς και στον μητρικό θηλασμό χωρίς λήψη υποκατάστατου γάλακτος σε ηλικία 6 μηνών.

Το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας καθώς και άλλες παράμετροι που προσδιορίζονται από το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο (π.χ. ιδιωτική ασφάλιση) βρέθηκε να συσχετίζονται με τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Για παράδειγμα, οι μητέρες με τριτοβάθμια εκπαίδευση εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον πρώτο και τον τέταρτο μήνα και θήλασαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τις γυναίκες που είχαν βασική ή μέση εκπαίδευση.

Γράφημα 2: Ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά τον πρώτο και τέταρτο συμπληρωμένο μήνα μετά τον τοκετό κατά επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας



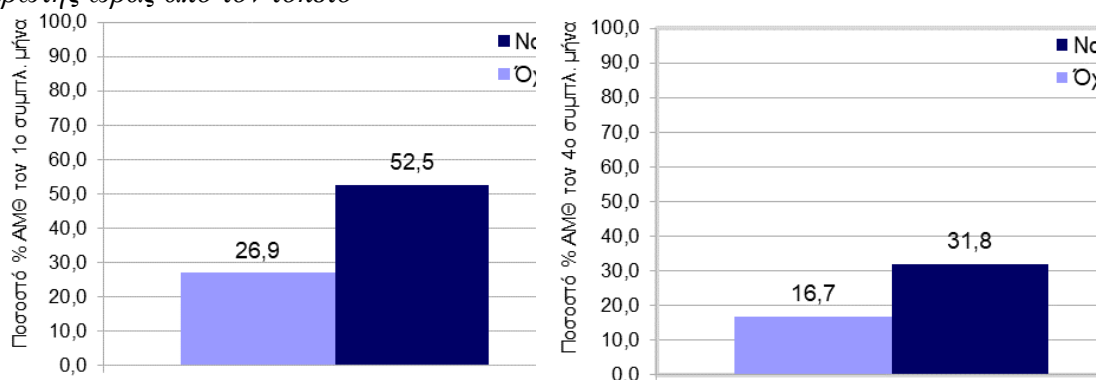
Πηγή: Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού, ΙΥΠ, 2017

Οι γυναίκες που δεν κάπνιζαν εμφάνισαν σχεδόν διπλάσια ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού τον πρώτο και τον τέταρτο μήνα, σε σχέση με τις καπνίστριες. Η επίδραση του καπνίσματος στη διάρκεια θηλασμού βρέθηκε να είναι ακόμα ισχυρότερη. Ενδεικτικά, στους 6 μήνες μόνο το 21% των καπνιστριών εξακολούθουσαν να θηλάζουν σε αντίθεση με το 52% των μη καπνιστριών.

Οι γυναίκες που είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, θήλασαν αποκλειστικά σε σχεδόν τριπλάσια ποσοστά τον πρώτο και τον τέταρτο μήνα, και επιπλέον θήλασαν και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Οι γυναίκες ηλικίας 25-39 ετών βρέθηκε ότι τείνουν να θηλάζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σύγκριση με τις γυναίκες που βρίσκονται σε ηλικία ίση ή μικρότερη των 24 ετών ή σε ηλικία ίση ή μεγαλύτερη των 40 ετών.

Οι πρακτικές των νοσοκομείων – μαιευτηρίων, όπως η τοποθέτηση στο στήθος την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό και η κοινή διαμονή μητέρας και βρέφους (rooming-in), έχουν ισχυρή συσχέτιση με όλους τους δείκτες μητρικού θηλασμού είτε τείνουν να σχετίζονται θετικά με αυτούς. Αντιθέτως, η χορήγηση γραπτής συνταγής ή δωρεάν δείγματος υποκατάστατου μητρικού γάλακτος βρέθηκε ότι έχει ισχυρή αρνητική επίδραση στον μητρικό θηλασμό όπως αποτυπώνεται σε όλους τους δείκτες που μελετήθηκαν.

Γράφημα 3: Ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού κατά τον πρώτο και τέταρτο συμπληρωμένο μήνα μετά τον τοκετό κατά τοποθέτηση νεογνού στο στήθος εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό



Πηγή: Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού, ΙΥΠ, 2017

Άλλοι παράγοντες που συμπεριλήφθησαν στην μελέτη, όπως το είδος του μαιευτηρίου (δημόσιο - ιδιωτικό), η εργασιακή κατάσταση της μητέρας, η λήψη αμειβόμενης άδειας κύησης ή μητρότητας τουλάχιστον 6μηνης διάρκειας και η ασφάλιση της μητέρας σε κάποιο ταμείο δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με τους δείκτες μητρικού θηλασμού που μελετήθηκαν.

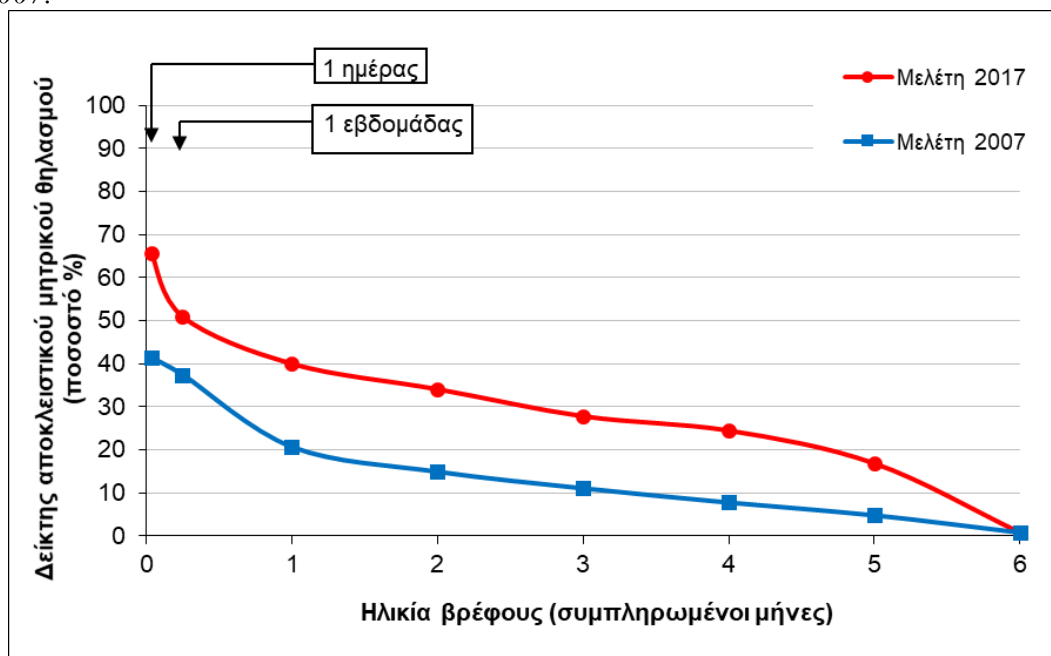
4.2 Σύγκριση δεικτών θηλασμού 2017 - 2007 στη χώρα μας

Στην παρούσα ενότητα θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα συγκριτικά αποτελέσματα των ερευνών εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του

μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, ανάμεσα στην πιο πρόσφατη μελέτη (2017) (βιβλιογραφική αναφορά μελέτης) και την προηγούμενη (2007) (βιβλιογραφική αναφορά μελέτης), προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο μεταβλήθηκαν τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού και θηλασμού εν γένη στην χώρα.

Συγκριτικά με την μελέτη του 2007 διαπιστώνεται μεγάλη αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού έως και τον πέμπτο μήνα. Το 66% των βρεφών του δείγματος στην μελέτη του 2017 ξεκίνησαν να θηλάζουν αποκλειστικά έναντι του 41% αντίστοιχα στην μελέτη του 2007. Ωστόσο με την ολοκλήρωση της πρώτης εβδομάδας μετά τον τοκετό, διαπιστώθηκε μεγαλύτερη πτώση στα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού που μειώθηκαν κατά 15 ποσοστιαίες μονάδες (φθάνοντας στο 51%), συγκρινόμενα με αυτά του 2007 (μείωση 4 μονάδων από 41% σε 37%). Στη συνέχεια ο ρυθμός μείωσης των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ακολουθεί πορεία ανάλογη με αυτή της προηγούμενης μελέτης, με τα ποσοστά στον τέταρτο και στον πέμπτο μήνα να είναι περίπου τριπλάσια από αυτά του 2007. Στο τέλος του βου μήνα και στις δύο μελέτες το ποσοστό αποκλειστικού μητρικού θηλασμού βρέθηκε χαμηλότερα από 1%.

Γράφημα 4: Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007.

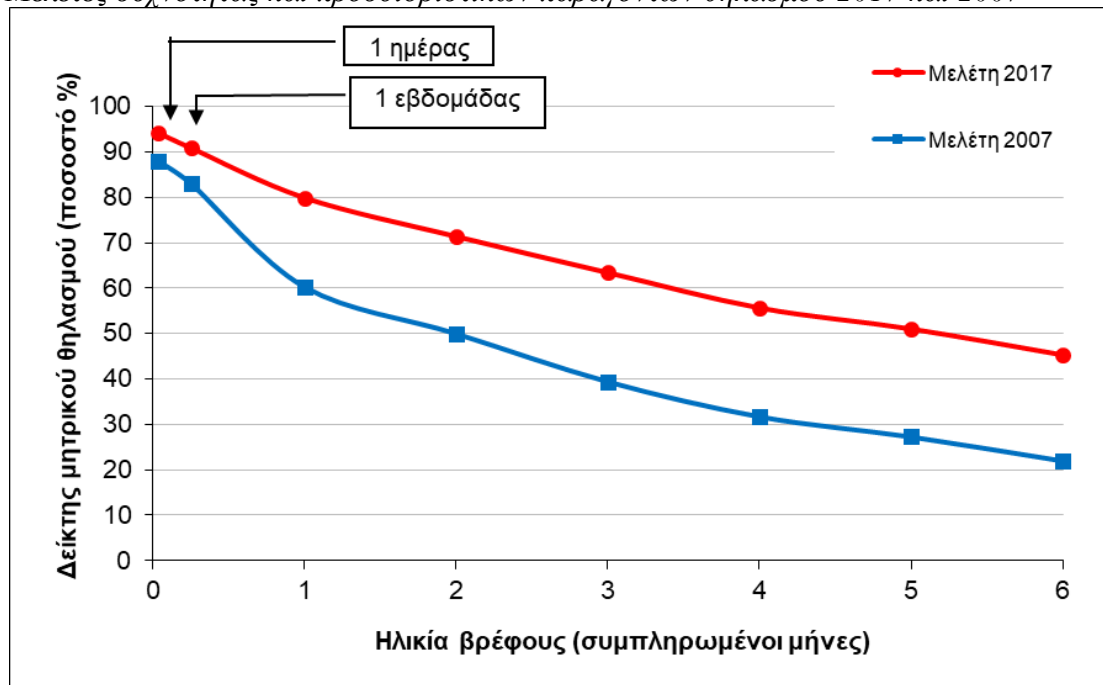


Πηγή: Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού, ΙΥΠ, 2017

Τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού γενικά, βρέθηκαν υψηλότερα από τα αντίστοιχα της μελέτης του 2007 σε όλη τη διάρκεια του πρώτου εξαμήνου καταλήγοντας σε διπλάσιο ποσοστό με την ολοκλήρωση του έκτου μήνα από τον τοκετό (45% έναντι

22%). Σε αντίθεση με την προηγούμενη μελέτη, κατά τον πρώτο μήνα παρατηρήθηκε μικρότερη πτώση του ποσοστού θηλασμού το οποίο διαμορφώθηκε στο 80% στο τέλος του μήνα.

Γράφημα 5: Μητρικός θηλασμός κατά ηλικία σε συμπληρωμένους μήνες στις Εθνικές Μελέτες συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού 2017 και 2007



Πηγή: Εθνική Μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων θηλασμού, ΙΥΠ, 2017

Μετά την καταγραφή και την παρουσίαση των επιδημιολογικών δεδομένων που αναφέρονται στον μητρικό θηλασμό στην Ελλάδα, πρέπει να σημειωθεί ότι καταγράφεται αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού κατά τα τελευταία έτη στην χώρα μας. Ωστόσο, από την μελέτη της θεωρίας που παρουσιάστηκε στα προηγούμενα κεφάλαια και τα επιδημιολογικά δεδομένα άλλων χωρών, είναι προφανές ότι τα ποσοστά αυτά μπορούν και πρέπει να αυξηθούν περισσότερο. Για τον λόγο αυτό, προκύπτει η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν την πρόθεση για θηλασμό και την πορεία του. Αυτός είναι και ο βασικός σκοπός της παρούσας μελέτης. Συνεπώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά οι στόχοι και η μεθοδολογία της έρευνας.

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία Έρευνας

Το παρόν κεφάλαιο, παρουσιάζει τα βασικά συστατικά της έρευνας που διενεργήθηκε. Αρχικά, τον σκοπό και τους επί μέρους στόχους της έρευνας, στην συνέχεια την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, αναφέρει τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας καθώς και τέλος ορισμένες πληροφορίες για την στατιστική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε.

5.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικές υποθέσεις

Κύριος σκοπός της έρευνας, είναι η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης του βαθμού της αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό πριν από τον τοκετό και της συμπεριφοράς της γυναίκας σε σχέση με το θηλασμό μετά το τοκετό. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας ψυχομετρικός παράγοντας που αφορά την πεποίθηση ενός ατόμου σχετικά με την δυνατότητά του να εκτελεστεί ένας δεδομένος στόχος ή μία συμπεριφορά, δηλαδή στην συγκεκριμένη περίπτωση των γυναικών να θηλάσουν τα νεογέννητα τέκνα τους. Επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως κοινωνικοί, ψυχολογικοί κ.α. όπως αυτοί καταγράφηκαν εκτενώς στην προηγούμενη ενότητα που περιλαμβάνει την θεωρητική προσέγγιση του θέματος. Θα πρέπει και πάλι να υπογραμμιστεί ωστόσο ότι η αυτοαποτελεσματικότητα δεν είναι ικανότητα της γυναίκας να θηλάσει -αν δηλαδή μπορεί να το κάνει- αλλά η πεποίθηση ή η πρόθεση που έχει προγεννητικά, αν πιστεύει δηλαδή ότι μπορεί να το κάνει. Για τον λόγο αυτό, η παρούσα μελέτη συγκέντρωσε δεδομένα από τον ίδιο πληθυσμό γυναικών (επαναλαμβανόμενες μετρήσεις), σχετικά με την πρόθεσή για θηλασμό προγεννητικά καθώς και σε σχέση με το αποτέλεσμα έναν και τρεις μήνες μετά.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι η διερεύνηση της πρόθεσης της γυναίκας για θηλασμό προγεννητικά, το χρονικό διάστημα που σκοπεύει να θηλάσει καθώς και τις μεταβλητές που επηρεάζουν την πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει, και αν τελικά η πρόθεση σχετίζεται με την αυτοαποτελεσματικότητα. Ένας επιπλέον στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της έκβασης του θηλασμού, των παραγόντων που την επηρεάζουν κατά τον 1^ο και 3^ο μήνα μετά το τοκετό καθώς και η διερεύνηση της σύνδεσης της αυτοαποτελεσματικότητας με την τελική έκβαση του θηλασμού.

5.2 Μεθοδολογία

Η παρούσα αποτελεί μια προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που βρίσκονταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης και προσήλθαν στο Γενικό Νοσοκομείο Άργους καθώς και σε ιδιωτικό ιατρείο της περιοχής κατά την έναρξη της έρευνας.

Η δειγματοληψία πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο του δείγματος ευκολίας και το μέγεθος του δείγματος ανήλθε στ 150 γυναίκες , οι οποίες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της έρευνας σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους: Πριν τον τοκετό, κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό και κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό.

Η χρονική διάρκεια που απαιτήθηκε προκειμένου να συλλεχθούν τα δεδομένα λόγω της ιδιομορφίας της έρευνας, ανήλθε σε 11 μήνες συνολικά και πιο συγκεκριμένα από τις 01/07/20 έως τις 30/05/21.

5.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας σχεδιάστηκαν 3 ερωτηματολόγια προκειμένου να καταγραφούν τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος καθώς και πληροφορίες σχετικά με τον τοκετό και τον θηλασμό κατά τον πρώτο και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό. Επιπλέον χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS), σε τρεις διαφορετικές στιγμές: πριν τον τοκετό, ένα μήνα και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Αυτό δίνει την δυνατότητα στους ερευνητές για άμεση ανίχνευση των μεταβολών που σημειώθηκαν ως προς το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο στο δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα. Τέλος, χορηγήθηκε και το ερωτηματολόγιο που μετράει την κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale) Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις συμμετέχουσες σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Το γεγονός αυτό δίνει την δυνατότητα στην έρευνα να ανιχνεύσει τις μεταβολές που συντελέστηκαν στο συγκεκριμένο δείγμα κατά την διάρκεια του θηλασμού. Στην συνέχεια παρουσιάζονται λεπτομέρειες σχετικά με τα 5 ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στην έρευνα.

Ερευνητικά χαρακτηριστικά: Αποτελείται από 22 στοιχεία τα οποία αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς επίσης, την πρόθεση για θηλασμό και την ενημέρωση για αυτόν και τα οφέλη του.(παράρτημα 1)

Ερωτηματολόγιο για τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό: Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τις ερευνήτριες για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, καταγράφει δεδομένα σχετικά με τον τοκετό και τον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό. Αποτελείται από 14 στοιχεία κλειστού και ανοιχτού τύπου τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για την διερεύνηση πιθανόν συσχετίσεων με τα αποτελέσματα της επιλόχειας κατάθλιψης και της αυτοαποτελεσματικότητας στον θηλασμό. (παράρτημα 2)

Ερωτηματολόγιο για τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό: Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τις ερευνήτριες για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, καταγράφει δεδομένα σχετικά με τον θηλασμό, τα εμπόδια που συνάντησαν οι γυναίκες και τα συναισθήματα που βίωσαν από αυτόν κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό. Αποτελείται από 10 στοιχεία κλειστού και ανοιχτού τύπου τα οποία επίσης θα χρησιμοποιηθούν για την διερεύνηση πιθανόν συσχετίσεων με τα αποτελέσματα της επιλόχειας κατάθλιψης και της αυτοαποτελεσματικότητας στον θηλασμό. (παράρτημα 3)

Ερωτηματολόγιο για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS): Πρόκειται για την μετάφραση και στάθμιση της κλίμακας Edinburgh Postnatal Depression Scale –EPDS από τους Cox et al (1987), όπως διαμορφώθηκε από τους Leonardou et al. (2009). Αποτελείται από 10 στοιχεία κλειστού τύπου τα οποία αφορούν τα συναισθήματα των γυναικών, κάθε ένα από τα οποία μπορεί να λάβει 4 πιθανές απαντήσεις (κλίμακα τύπου Likert). Από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου υπολογίζεται ένα συνολικό σκορ το εύρος του οποίου λαμβάνει τιμές από 0 έως 30. Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα να εμφανισθεί επιλόχεια κατάθλιψη. Όταν το σκορ μιας γυναίκας ξεπεράσει τους 12 βαθμούς στο ερωτηματολόγιο αναγνωρίζεται ως άτομο υψηλού κινδύνου κατάθλιψης σύμφωνα με τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου. Οι Vivilaki et al. (2009) στην μελέτη τους θέτουν το όριο αυτό στους 8 βαθμούς. Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στην βιβλιογραφία και παρουσιάζει πολύ υψηλή αξιοπιστία. (παράρτημα 4)

Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale): Το ερωτηματολόγιο αυτό αναπτύχθηκε από τους Dennis & Faux

(1999) προκειμένου να αξιολογήσει την αυτοαποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό. Αρχικά αποτελούνταν από 33 στοιχεία ωστόσο μια νέα σύντομη εκδοχή 14 στοιχείων δημιουργήθηκε από τον Dennis (2003). Οι απαντήσεις δίνονται σε μια κλίμακα Likert η οποία λαμβάνει τιμές από το 1 (καθόλου σίγουρη) έως το 5 (πολύ σίγουρη). Από το ερωτηματολόγιο μπορεί να υπολογιστεί το συνολικό σκορ κάθε συμμετέχοντα το οποίο βρίσκεται στο εύρος από 14 έως 70, όπου η μεγαλύτερη βαθμολογία αντικατοπτρίζει υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας. Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η έκδοση του ερωτηματολογίου όπως διαμορφώθηκε και σταθμίστηκε από τους Iliadou et al. (2020). Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τις συμμετέχουσες σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές, έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Το γεγονός αυτό δίνει την δυνατότητα για ανίχνευση των μεταβολών που συντελέστηκαν στο συγκεκριμένο δείγμα κατά την διάρκεια του θηλασμού.(παράρτημα 5)

5.4 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Για την χρήση των ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ζητήθηκε ειδική άδεια από τους ερευνητές που μετέφρασαν και προσάρμοσαν στην ελληνική πραγματικότητα τα συγκεκριμένα εργαλεία.(παράρτημα 6) (παράρτημα 7). Επιπλέον ζητήθηκε άδεια από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας στο νοσοκομείο στο οποίο διεξήχθη η έρευνα.(παράρτημα 8)

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ανώνυμα από τις ίδιες τις συμμετέχουσες, έπειτα από προφορικές οδηγίες που έλαβαν από τις ερευνήτριες.

Τηρήθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για την διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας σύμφωνα με την δεοντολογία των ερευνών καθώς και η αρχή της ελεύθερης και οικειοθελούς αποχώρησης. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προορίζονται για χρήση μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, την υλοποίηση της διπλωματικής εργασίας των ερευνητριών καθώς και όποιας πιθανής δημοσίευσης προκύψει στα πλαίσια αυτής.

5.5 Στατιστική ανάλυση

Η ψηφιακή καταγραφή από τα ερωτηματολόγια που συγκεντρώθηκαν και η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν πραγματοποιήθηκε με την χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics Version 25. Με την χρήση του SPSS έλαβε χώρα η

κατάλληλη κωδικοποίηση των απαντήσεων, ο υπολογισμός των συνολικών σκορ των ερωτηματολογίων όπου αυτό απαιτούνταν και η εξαγωγή των πινάκων και των γραφημάτων που χρησιμοποιούνται στην παρούσα ενότητα για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

Για την καλύτερη και πιο εύρυθμη αποτύπωση των αποτελεσμάτων, αρχικά παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού καθώς επίσης και τα δημογραφικά στοιχεία που τον αποτελούν. Στην συνέχεια, γίνεται χρήση μέτρων περιγραφικής στατιστικής για να παρουσιασθούν οι υπό διερεύνηση μεταβλητές. Τέλος, γίνεται χρήση μεθόδων επαγωγικής στατιστικής για την διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν, ώστε να οδηγηθεί η έρευνα σε όσο το δυνατόν πιο ασφαλή και ταυτόχρονα έγκυρα συμπεράσματα. Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0,05$. Με άλλα λόγια η πιθανότητα σφάλματος των αποτελεσμάτων από την ανάλυση του συγκεκριμένου δείγματος είναι 5% (επίπεδο εμπιστοσύνης 95%).

Κεφάλαιο 6: Αποτελέσματα

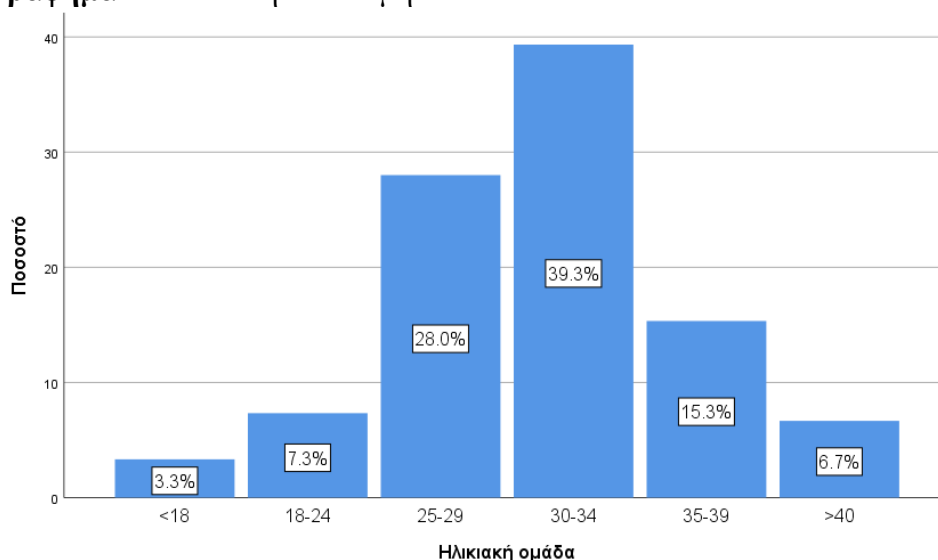
Το Κεφάλαιο των αποτελεσμάτων αποτελείται από τις ενότητες της περιγραφικής στατιστικής όπου παρουσιάζονται τα περιγραφικά δεδομένα της έρευνας μέσω πινάκων και γραφημάτων, της επαγωγικής στατιστικής όπου παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των ελέγχων συσχετίσεων και άλλων στατιστικών τεχνικών με σκοπό την εύρεση τεκμηριωμένων απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα και τέλος από την σύνοψη των αποτελεσμάτων.

6.1. Περιγραφική στατιστική

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιασθούν τα αποτελέσματα από την περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Λόγω του μεγάλου όγκου των δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί και προκειμένου να καταστεί ευκολότερη για τον αναγνώστη η ανάγνωση των αποτελεσμάτων, η ενότητα έχει την εξής δομή: Αρχικά παρουσιάζεται το δείγμα και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του, στην συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τα δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί για κάθε στιγμή με βάση τον χρόνο συλλογής, δηλαδή πριν τον τοκετό (στοιχεία της κλίμακας EPDS), έναν μήνα μετά (Στοιχεία του δείγματος, Στοιχεία της κλίμακας EPDS και Στοιχεία της κλίμακας BSE) και τρεις μήνες μετά (Στοιχεία του δείγματος, Στοιχεία της κλίμακας EPDS και Στοιχεία της κλίμακας BSE).

6.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην παρούσα μελέτη, συμμετείχαν συνολικά 150 γυναίκες οι οποίες κατά την έναρξη της έρευνας βρίσκονταν σε προχωρημένη εγκυμοσύνη. Από αυτές, το 38,6% είχε ηλικία μικρότερη των 30 ετών, το 39,3% άνηκε στις ηλικίες 30-34 ετών ενώ το 22% βρισκόταν σε ηλικίες μεγαλύτερες των 35 ετών. Η αναλυτική κατανομή των ηλικιών ανά ηλικιακή ομάδα, αποτυπώνεται στο γράφημα 1 που ακολουθεί.

Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότερες γυναίκες είναι είτε απόφοιτες λυκείου (46,7%) είτε πτυχιούχοι ΑΕΙ-ΤΕΙ (40%). Αναλυτικά η κατανομή τους με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζεται στον πίνακα 1 που ακολουθεί.

Πίνακας 1: Επίπεδο εκπαίδευσης

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέχρι απόφοιτος δημοτικού	5	3.3
	Απόφοιτος γυμνασίου	7	4.7
	Απόφοιτος λυκείου	70	46.7
	Πτυχιούχος ΑΕΙ – ΤΕΙ	60	40.0
	Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό	8	5.3
	Σύνολο	150	100.0

Από την εργασιακή κατάσταση των γυναικών, προκύπτει ότι το 40% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 21,3% ασχολούνται με τα οικιακά, το 16,7% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 10,7% είναι δημόσιοι υπάλληλοι και το 10,7% άνεργες, ενώ υπάρχει και μια γυναίκα που δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση. Αναλυτικά η κατανομή ανά εργασιακή κατάσταση αποτυπώνεται στον πίνακα 2.

Πίνακας 2: Εργασιακή κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό
Εργασιακή κατάσταση	Ιδιωτικός υπάλληλος	60	40.0
	Δημόσιος υπάλληλος	16	10.7
	Ελεύθερος επαγγελματίας	25	16.7
	Οικιακά	32	21.3
	Άνεργη	16	10.7
	Χωρίς απάντηση	1	.7
	Σύνολο	150	100.0

Από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, ζητήθηκε να απαντήσουν σχετικά με τον αναμενόμενο χρόνο για την επιστροφή στην εργασία τους από την στιγμή του τοκετού. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε μήνες και από αυτές προκύπτει ο πίνακας 3 που περιλαμβάνει τα πιο σημαντικά περιγραφικά μέτρα για την συγκεκριμένη μεταβλητή. Πιο συγκεκριμένα, απάντηση έδωσαν 77 γυναίκες (εξάλλου στις 48 γυναίκες από τις 73 που δεν απάντησαν περιλαμβάνονται και όσες δήλωσαν οικιακά ή άνεργες) και ο μέσος χρόνος επιστροφής στην εργασία καταγράφεται σε 7,4 μήνες (mean=7.4). Οι μισές από τις γυναίκες που απάντησαν δήλωσαν ότι θα επιστρέψουν στην εργασία τους έως 7 μήνες από την γέννα ενώ οι άλλες μισές μετά τους 7 μήνες από την γέννα (median=7). Η πιο συχνή απάντηση που δόθηκε από 17 γυναίκες ήταν οι 6 μήνες (mode=6). Ο ελάχιστος χρόνος επιστροφής ήταν ο 1 μήνας (min=1) ενώ ο μέγιστος οι 24 μήνες (max=24). Τέλος η τυπική απόκλιση είναι 4,8 (Std. Deviation=4.764), η διακύμανση 22,7 (Variance=22.697) και το τυπικό σφάλμα του μέσου 0,54 (Std. Error of Mean=0.543).

Πίνακας 3: Χρόνος επιστροφής στην εργασία μετά τον τοκετό (σε μήνες)

N	Απαντήσεις	77
	Χωρίς απάντηση	73
Μέσος (Mean)		7.44
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		.543
Διάμεσος (Median)		7.00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		6
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		4.764
Διακύμανση (Variance)		22.697
Εύρος (Range)		23
Ελάχιστο (Minimum)		1
Μέγιστο (Maximum)		24

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα αποτελούνταν κατά 90% από Ελληνίδες πολίτες, το 7,3% είναι άλλων εθνικοτήτων ενώ το 2,7% αυτών δήλωσαν Ρομά.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των εγκύων, η μεγάλη πλειοψηφία ήταν το 92% δήλωσαν έγγαμες ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αποτελείται από άγαμες (4,7%), συμβιούσες (2%) και διαζευγμένες (1,3%), όπως φαίνεται και από τον πίνακα 4.

Πίνακας 4: Οικογενειακής κατάσταση

		Συχνότητα	Ποσοστό
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	7	4.7
	Έγγαμη	138	92.0

Διαζευγμένη	2	1.3
Συμβίωση	3	2.0
Σύνολο	150	100.0

Το ετήσιο εισόδημα των γυναικών παρουσιάζεται στον πίνακα 5. Από εκεί φαίνεται ότι στην χαμηλότερη εισοδηματική ομάδα (εισόδημα έως 5.000 € τον χρόνο) ανήκει το 33.3%, στην επόμενη (εισόδημα από 5.001 – 10.000 € τον χρόνο) ανήκει το 45.3%, ενώ από εκεί και πάνω λαμβάνει το 20.6% των γυναικών. Μια από τις συμμετέχουσες δεν έδωσε απάντηση στην συγκεκριμένη ενότητα.

Πίνακας 5: Ετήσιο εισόδημα

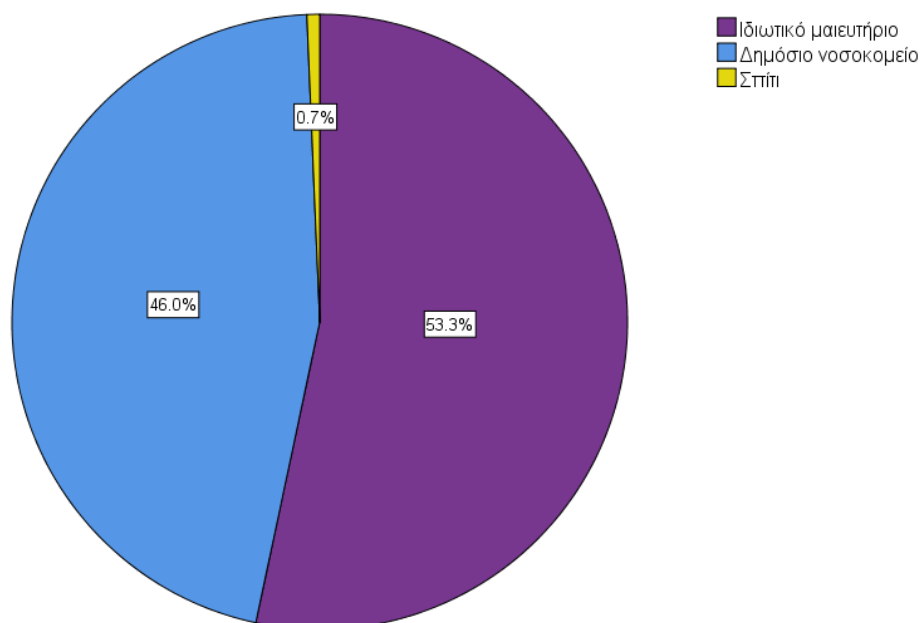
		Συχνότητα	Ποσοστό
Ετήσιο εισόδημα	Έως 5000	50	33.3
	5001-15000	68	45.3
	15001-25000	23	15.3
	>25000	8	5.3
	Χωρίς απάντηση	1	.7
Σύνολο		150	100.0

6.1.2. Μαιευτικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Από το σύνολο των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα, το 87,3% δήλωσε ότι δεν κάπνισε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε αντίθεση με το 12,7% που κάπνιζε.

Σχετικά με τον τόπο που θα λάβει χώρα η γέννα, το 46% των γυναικών δήλωσε ότι θα γεννήσει σε δημόσιο νοσοκομείο ή μαιευτήριο, το 53,3% σε ιδιωτικό μαιευτήριο ενώ το 0,7% που αντιστοιχεί σε μια γυναίκα δήλωσε πως θα γεννήσει στο σπίτι (γράφημα 2).

Γράφημα 2: Που έγινε ο τοκετός



Από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα, το 60% δεν έχει άλλα τέκνα ενώ οι υπόλοιπες έχουν τουλάχιστον ένα τέκνο ακόμα. Από τις γυναίκες που έχουν και άλλα τέκνα, υπολογίσθηκε ότι ο μέσος αριθμός τέκνων είναι 1,5 με μέγιστο τα 3 τέκνα. Τα περιγραφικά μέτρα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

Πίνακας 6: Περιγραφικά μέτρα για αριθμό τέκνων (από εκείνες που έχουν)

Άλλα τέκνα	Ναι	59
	Όχι	91
Μέσος (Mean)		1.46
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		0.088
Διάμεσος (Median)		1.00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		1
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		0.678
Διακύμανση (Variance)		0.459
Εύρος (Range)		2
Ελάχιστο (Minimum)		1
Μέγιστο (Maximum)		3

Οι γυναίκες που έχουν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού ανέρχονται σε ποσοστό 33,3% επί του συνόλου. Από αυτές, το μέσο διάστημα θηλασμού ήταν οι 10.5 μήνες, με τις μισές να δηλώνουν ότι θήλασαν περισσότερο από 8 μήνες (median=8) ενώ το ελάχιστο διάστημα θηλασμού είναι 1 μήνας ενώ το μέγιστο 39 μήνες. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα για το διάστημα θηλασμού από την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού που έχουν οι γυναίκες.

Πίνακας 7: Περιγραφικά μέτρα για το διάστημα θηλασμού (σε μήνες) από προηγούμενη εμπειρία (από εκείνες που έχουν)

Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (σε μήνες)	Ναι	49
	Όχι	101
Μέσος (Mean)		10.47
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		1.339
Διάμεσος (Median)		8.00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		2 & 13 (διπλή επικρατούσα τιμή)
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		9.370
Διακύμανση (Variance)		87.796
Εύρος (Range)		38
Ελάχιστο (Minimum)		1
Μέγιστο (Maximum)		39

Από τις γυναίκες που έχουν άλλα τέκνα αλλά δεν έχουν θηλάσει (9 γυναίκες συνολικά), οι λόγοι όπως τους υπέδειξαν οι ίδιες ήταν αδυναμία για θηλασμό (3 γυναίκες), προβλήματα με τον μαστό (2 γυναίκες), ανεπάρκεια γάλακτος (2 γυναίκες), άρνηση για θηλασμό και λήψη φαρμάκων.

Επίσης, όπως δήλωσαν οι έγκυες γυναίκες κατά 80% είχαν κάποιο άτομο στο άμεσο περιβάλλον τους που έχει θηλάσει ενώ το 20% δήλωσε πως δεν έχει. Οι γυναίκες οι οποίες απάντησαν πως έχουν άτομο στο περιβάλλον τους που έχει θηλάσει, ανέφεραν ως συχνότερες απαντήσεις ότι το άτομο αυτό ήταν αδερφή (34%), μητέρα (31.5%), φίλη (28%) και ξαδέρφη (11%).

6.1.3. Πρόθεση για θηλασμό

Σε αυτή την ενότητα περιλαμβάνονται ορισμένες ερωτήσεις που έγιναν στις γυναίκες πριν τον τοκετό και αφορούν την πρόθεση για θηλασμό καθώς και την ενημέρωσή τους σχετικά με τα οφέλη του καθώς και τα στοιχεία της κλίμακας EPDS.

Πρόθεση θηλασμού

Οι έγκυες ερωτήθηκαν σχετικά με την πρόθεσή τους για την σίτιση του τέκνου τους όταν αυτό γεννηθεί. Από τις απαντήσεις οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 8, προκύπτει ότι το 78% των γυναικών είχε την πρόθεση να θηλάσει αποκλειστικά το

νεογέννητο, το 18% να θηλάσει και παράλληλα να δώσει ξένο γάλα ενώ μόλις το 4% είχε την πρόθεση να δώσει αποκλειστικά ξένο γάλα στο νεογέννητο.

Πίνακας 8: Πρόθεση θηλασμού

		Συχνότητα	Ποσοστό
Πρόθεση για σίτιση νεογέννητου	Αποκλειστικός θηλασμός	117	78.0
	Μόνο ξένο γάλα	6	4.0
	Θηλασμός και παράλληλα ξένο γάλα	27	18.0
	Σύνολο	150	100.0

Ακολουθώντας, οι συμμετέχουσες στην έρευνα απάντησαν σχετικά με την πρόθεση που είχαν για την διάρκεια του θηλασμού συνολικά (όχι αποκλειστικού θηλασμού). Από τις απαντήσεις οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 9, προκύπτει ότι η μέση διάρκεια πρόθεσης θηλασμού είναι οι 9,4 μήνες ενώ το 50% των γυναικών απάντησε ότι σκοπεύει να θηλάσει για περισσότερους από 8 μήνες με την ελάχιστη διάρκεια να είναι οι 2 μήνες ενώ η μέγιστη διάρκεια να είναι οι 24 μήνες.

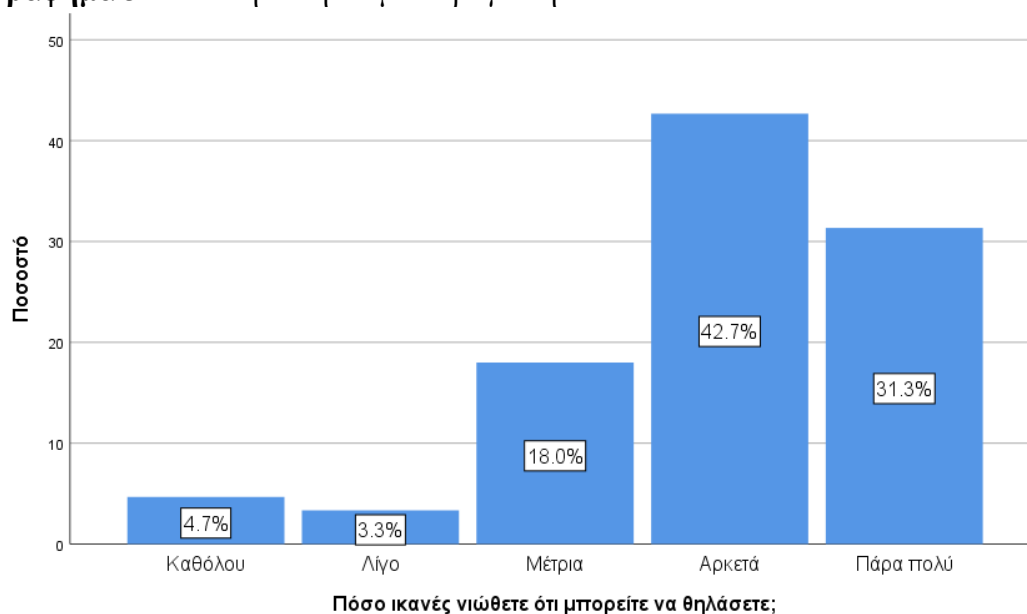
Επιπλέον, από την ομαδοποίηση των απαντήσεων, προκύπτει ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκεντρώνονται στα διαστήματα 4 έως 6 μήνες και 10 έως 12 μήνες όπου καταγράφονται από 37,7% των απαντήσεων σε κάθε ομάδα, ενώ ποσοστό μικρότερο του 8% απάντησε ότι έχει την πρόθεση να θηλάσει για περισσότερο από ένα έτος.

Πίνακας 9: Περιγραφικά μέτρα και κατηγορίες για πρόθεση διάρκειας θηλασμού

Μέσος (Mean)	9.41	Πρόθεση διάρκειας θηλασμού (κατηγορίες σε μήνες)	Ποσοστό (%)
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)	0.460	Έως 1 έως 3 μήνες	7
Διάμεσος (Median)	8.00	Από 4 έως 6 μήνες	37,7
Επικρατούσα τιμή (Mode)	6	Από 7 έως 9 μήνες	9,6
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	4.909	Από 10 έως 12 μήνες	37,7
Διακύμανση (Variance)	24.103	Από 13 μήνες και πάνω	7,9
Εύρος (Range)	22		
Ελάχιστο (Minimum)	2		
Μέγιστο (Maximum)	24		

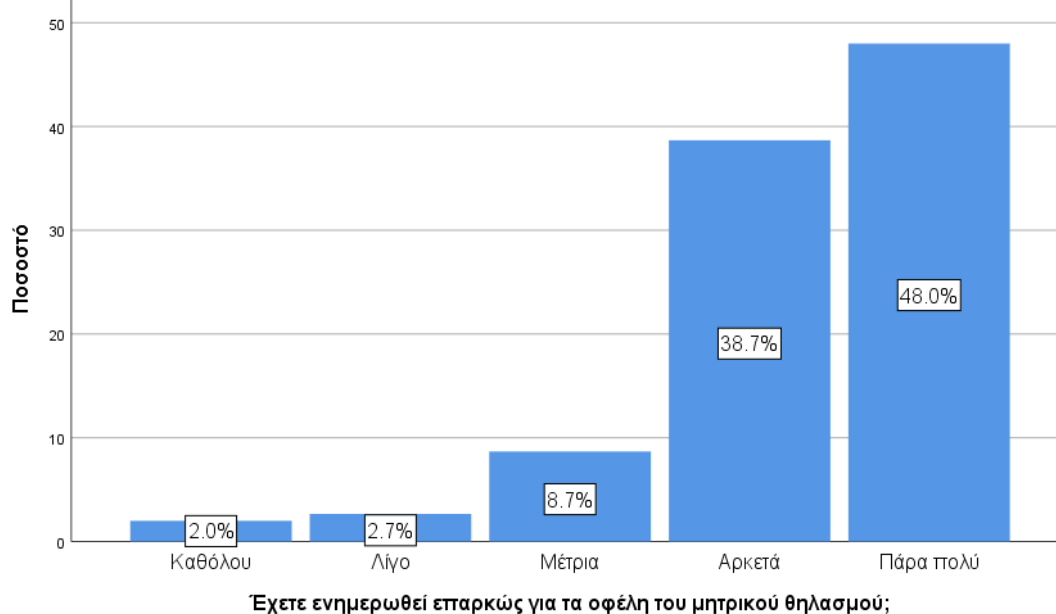
Σχετικά με το πόσο ικανές νιώθουν ότι μπορούν να θηλάσουν, οι γυναίκες απάντησαν καθόλου ή λίγο ικανές σε ποσοστό 8%, μέτρια ικανές σε ποσοστό 18% και αρκετά ή πάρα πολύ ικανές σε ποσοστό 74%. Αναλυτικά η κατανομή με βάση τις απαντήσεις τους παρουσιάζεται στο γράφημα 3 που ακολουθεί.

Γράφημα 3: Ικανότητα θηλασμού προγεννητικά



Στην συνέχεια οι γυναίκες απάντησα στο αν κατά την γνώμη τους έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Από τις απαντήσεις οι οποίες παρουσιάζονται και στο γράφημα 4, φαίνεται ότι το 4,7% έχει ενημερωθεί λίγο ή καθόλου, το 8,7% έχει μέτρια ενημέρωση ενώ το 86,7% δηλώνει ότι έχει ενημερωθεί αρκετά ή πάρα πολύ για το οφέλη του μητρικού θηλασμού.

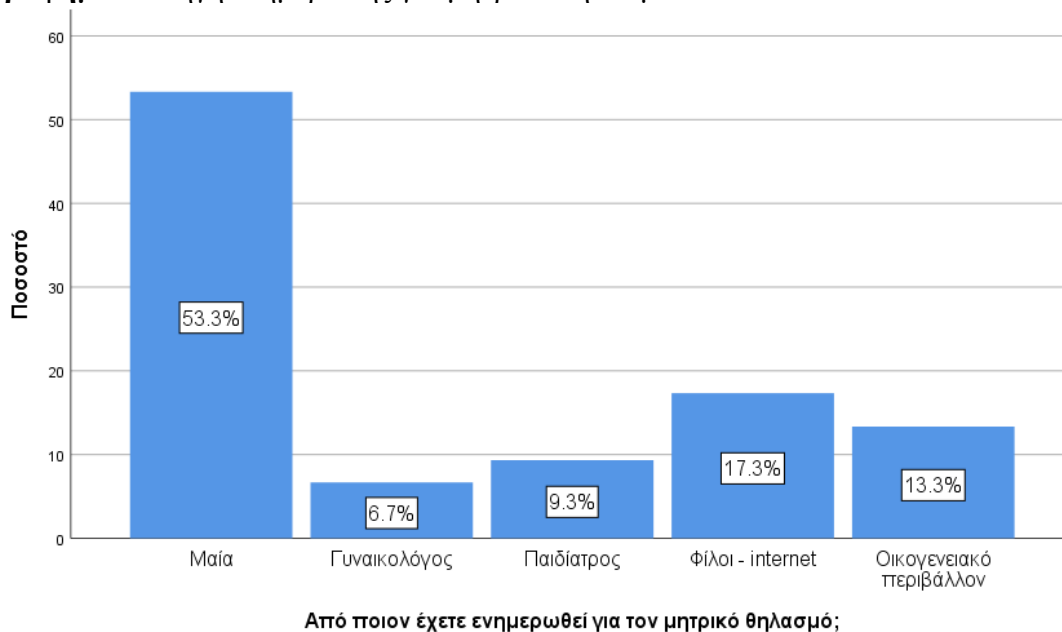
Γράφημα 4: Ενημέρωση (προγεννητικά) για οφέλη μητρικού θηλασμού



Η πηγή ενημέρωσης των γυναικών σχετικά με τον θηλασμό (γράφημα 5) προέρχεται στην πλειοψηφία της από τις μαίες (53,3%), ακολουθούν οι φίλοι και το διαδίκτυο

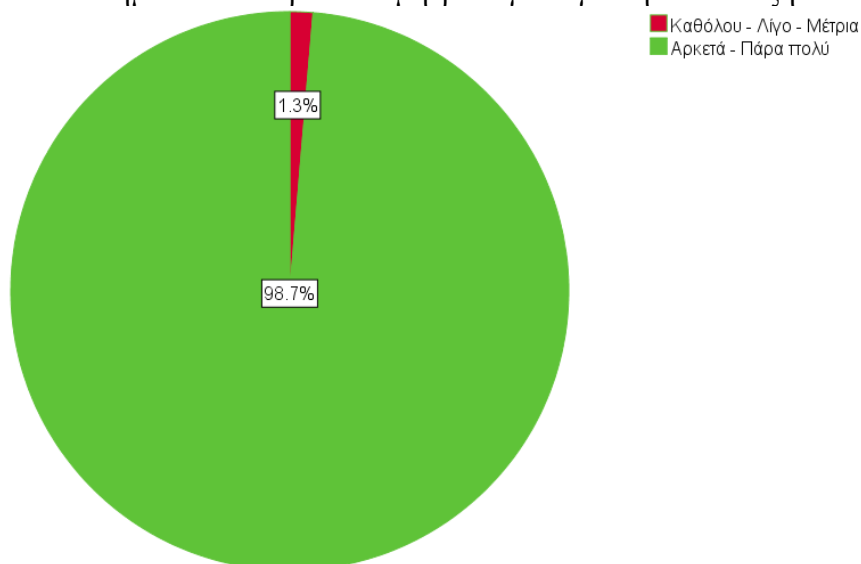
(17,3%), το οικογενειακό περιβάλλον (13,3%), ο παιδίατρος (9,3%) και ο γυναικολόγος (6,7%).

Γράφημα 5: Πηγή ενημέρωσης για μητρικό θηλασμό



Τέλος, στην ερώτηση που έγινε στις γυναίκες σχετικά με το πόσο σημαντικό θεωρούν το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού, αρκετά ή πάρα πολύ σημαντικό απάντησε το 98,7% ενώ μόλις το 1,3% απάντησε μέτρια, λίγο ή καθόλου σημαντικό (γράφημα 6).

Γράφημα 6: Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;



Το ερωτηματολόγιο για την επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS), στην παρούσα έρευνα – όπως έχει συμβεί και σε άλλες αντίστοιχες έρευνες στην βιβλιογραφία- να χρησιμοποιηθεί όχι μόνο μετά τον τοκετό για να μετρήσει το βαθμό ή την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης αλλά και λίγο πριν τον τοκετό προκειμένου να καταγράψει την ψυχολογική κατάσταση που βρίσκονταν οι γυναίκες σε εκείνη ακριβώς την στιγμή. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς είναι σημαντικό να καταγραφεί κατά πόσο η παρουσία κατάθλιψης προϋπήρχε ή εμφανίσθηκε αμέσως μετά τον τοκετό. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 10 στοιχεία και η κατανομή των απαντήσεων του δείγματος της έρευνας σε αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10: Στοιχεία ερωτηματολογίου EPDS πριν από τον τοκετό

Στοιχείο ερωτηματολογίου	Κατανομή απαντήσεων (%)				Μ.Ο. (κλίμακα 0-3)
	Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου	
1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	76	20	4	0	0,28
2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	76,7	14,7	6,7	2	0,34
3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	6,7	36,7	30	26,7	1,23
4. Ήμουν λίγο αγχωμένη ή στεναχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	14,7	30,7	46,7	8	1,48
5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	17,3	20	43,3	19,3	1,35
6. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω	Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως	Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά	Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα	1,13

	2	28	50,7	19,3	
7. Ήμουν τόσο λυπημένη που είχα δυσκολία να κοιμηθώ	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,57
	3,3	15,3	16,7	64,7	
8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,64
	1,3	15,3	29,3	54	
9. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη που έκλαιγα	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Μόνο περιστασιακά	Όχι, καθόλου	0,71
	3,3	8,7	44	44	
10. Είχε περάσει από τη σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	Ναι, αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ	0,08
	0,7	2	2	95,3	

Στον πίνακα 10, παρουσιάζεται επίσης και ο μέσος όρος των απαντήσεων για κάθε στοιχείο στην κλίμακα από 0 έως 3, όπου το 0 ισούται με το χαμηλότερο σκορ του στοιχείου ως προς την κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης ενώ το 3 το υψηλότερο σκορ στην ίδια κλίμακα.

Στην συνέχεια και με βάση τις οδηγίες των κατασκευαστών του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ που σημείωσε στο EPDS πριν τον τοκετό κάθε γυναίκα που συμμετείχε στην έρευνα. Ο συγκεντρωτικός πίνακας με τα περιγραφικά μέτρα των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται στον πίνακα 11. Από αυτόν φαίνεται ότι ο μέσος όρος σκορ στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται στις 7.82 μονάδες (mean), με το 50% των συμμετεχόντων να σημειώνουν σκορ μεγαλύτερο από 6.81 μονάδες (median). Η ελάχιστη τιμή που σημειώνεται είναι 0 (minimum) ενώ η μέγιστη τιμή είναι 24 (maximum) σε σύνολο 30 μονάδων.

Πίνακας 11: Περιγραφικά μέτρα, συνολικό σκορ ερωτηματολογίου EPDS

Σκορ	Έγκυρα	150
ερωτηματολογίου	Ελλείποντα	0
EPDS		
Μέσος (Mean)		7,82

Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)	0,406
Διάμεσος (Median)	6,81
Επικρατούσα τιμή (Mode)	5
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	4,978
Διακύμανση (Variance)	24,779
Ασυμμετρία (Skewness)	0.739
Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας (Std. Error of Skewness)	0,198
Κύρτωση (Kurtosis)	0.320
Τυπικό σφάλμα κύρτωσης (Std. Error of Kurtosis)	0.394
Εύρος (Range)	24
Ελάχιστο (Minimum)	0
Μέγιστο (Maximum)	24

Στον πίνακα 12, παρουσιάζεται η συχνότητα και η ποσοστιαία κατανομή για 3 διαφορετικά εύρη τιμών: από 0-8 μονάδες όπου δεν προκύπτει καμία ανησυχία για ύπαρξη κατάθλιψης, για 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με τους Vivilaki et al (2009) τίθεται το όριο της πιθανής ύπαρξης κατάθλιψης και τέλος για 12 μονάδες και πάνω όπου είναι το όριο για την παρουσία κατάθλιψης τόσο από τους κατασκευαστές του Edinburgh Postnatal Depression Scale –EPDS (Cox et al., 1987) όσο και από τους Leonardou et al. (2009) που προσάρμοσαν πρώτοι το ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά.

Από την κατανομή εξάγεται το συμπέρασμα ότι 93 γυναίκες ή το 62% των συμμετεχόντων βρίσκονται κάτω από τις 8 μονάδες στο ερωτηματολόγιο EPDS, 32 γυναίκες ή το 21,3% βρίσκεται στο όριο ανάμεσα στις 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με κάποιους ερευνητές χρίζουν παρακολούθησης σχετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης ενώ 25 γυναίκες ή το 16,7% σημείωσαν από 13 μονάδες και πάνω στο ερωτηματολόγιο γεγονός που υποδεικνύει την σοβαρή πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης. Αυτό το εύρημα είναι ιδιαίτερα σημαντικό καθώς σε ελάχιστες έρευνες που συμμετέχουν έγκυες ή λεχώνες υπάρχει η πολυτέλεια της εκ των προτέρων γνώσης σχετικά με την ύπαρξη κατάθλιψης, γεγονός που θα αναθεωρηθεί και θα εκτιμηθεί στην συνέχεια. Συνεπώς η συχνότητα εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε αυτές τις γυναίκες θα ερμηνευθεί και με όρους της προϋπάρχουσας κατάστασης τους.

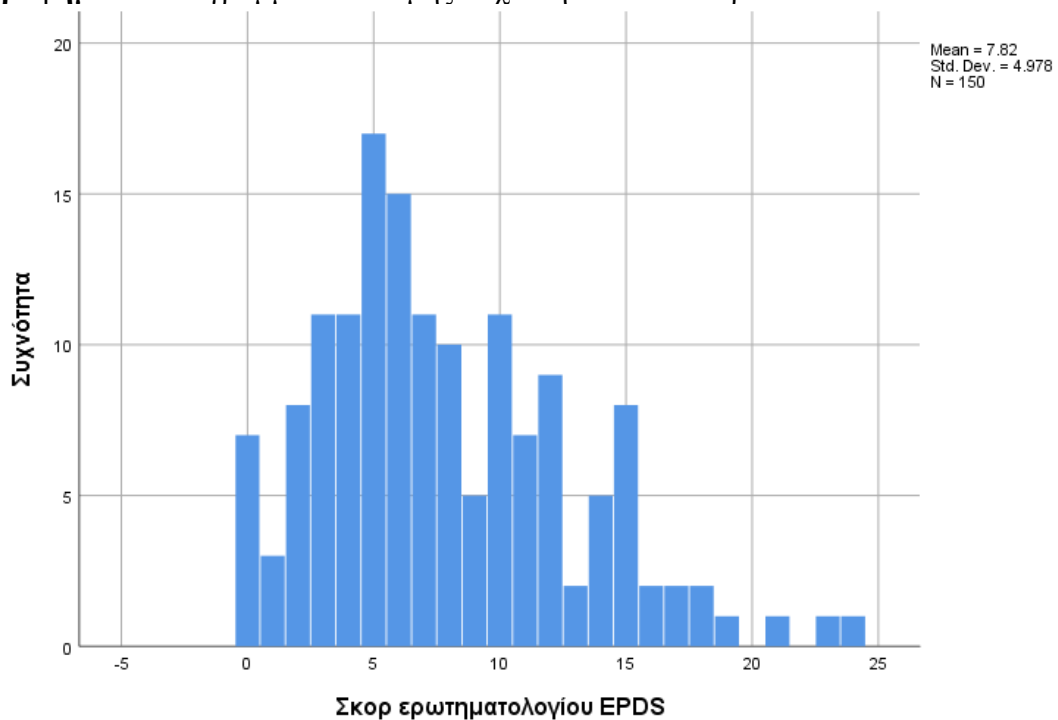
Πίνακας 12: Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή για το σκορ στο EPDS

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
0-8	93	62

Συνολικό Σκορ σε	9-12	32	21,3
ερωτηματολόγιο	13-30	25	16,7
EPDS	Σύνολο	150	100.0

Τέλος στο γράφημα 7, παρουσιάζεται η συχνότητα κατανομής των απαντήσεων με βάση το συνολικό σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS πριν από τον τοκετό.

Γράφημα 7: Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων των σκορ στο EPDS



6.1.4. Ένα μήνα μετά τον τοκετό

Στην παρούσα ενότητα περιλαμβάνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα έναν μήνα μετά τον τοκετό. Όπως αναφέρθηκε και κατά την παρουσίαση των εργαλείων, σε αυτή την φάση της έρευνας, οι ερωτώμενες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν τον τοκετό και τον θηλασμό της πρώτης περιόδου καθώς επίσης και τα ερωτηματολόγια EPDS για την επιλόχεια κατάθλιψη και BSE για την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Πρέπει να αναφερθεί εδώ, ότι το δείγμα των 150 γυναικών που συμμετείχε στην έρευνα κατά την έναρξη της, μειώθηκε σε αυτό το στάδιο κατά 11 συμμετέχουσες, υπάρχουν δηλαδή 139 γυναίκες που συνέχισαν να λαμβάνουν μέρος στην έρευνα.

Στοιχεία του δείγματος κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό

Σε αυτό το σημείο, ζητήθηκε από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα να απαντήσουν σε μια σειρά ερωτήσεων σχετικές με την διαδικασία του τοκετού, την κατάσταση του νεογνού και φυσικά τον θηλασμό κατά τις πρώτες ώρες και μέρες ζωής του βρέφους.

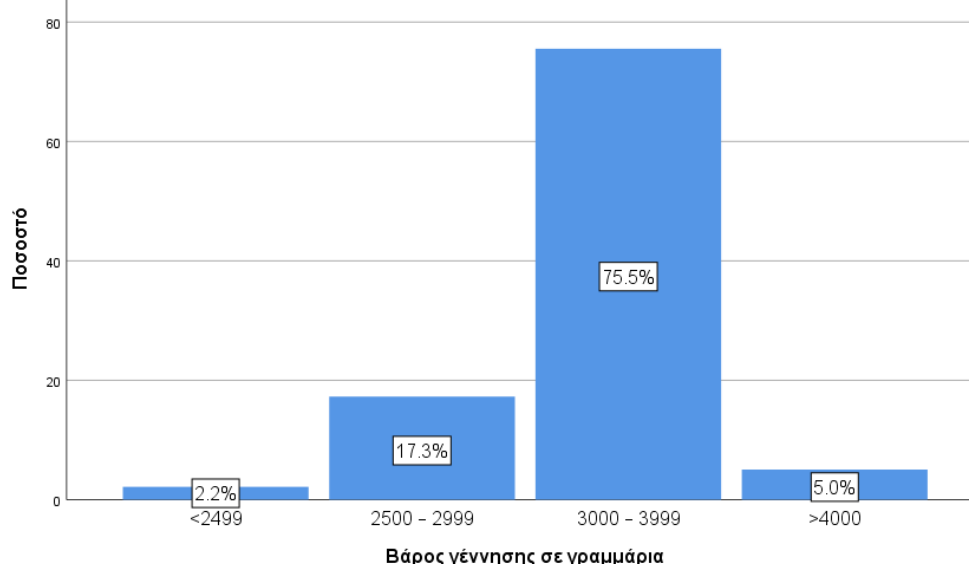
Η πρώτη ερώτηση αφορούσε το είδος του τοκετού. Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 13, με φυσιολογικό τοκετό γέννησε το 42,5% των γυναικών του δείγματος (το 28,8% με αυτόματη έναρξη ενώ το 13,7% με πρόκληση) ενώ με καισαρική τομή το 57,5% (οι μισές με προγραμματισμένη καισαρική ενώ οι άλλες μισές με επείγουσα). Δεν υπολογίστηκαν ως έγκυρες απαντήσεις για 11 γυναίκες οι οποίες δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 13: Είδος τοκετού

	Συχνότητα	Έγκυρο ποσοστό (%)
Φυσιολογικός τοκετός (αυτόματη έναρξη)	40	28.8
Φυσιολογικός τοκετός (με πρόκληση)	19	13.7
Καισαρική τομή (προγραμματισμένη)	40	28.8
Καισαρική τομή (επείγουσα)	40	28.8
Σύνολο	139	100.0
Χωρίς απάντηση	11	
Γενικό σύνολο	150	

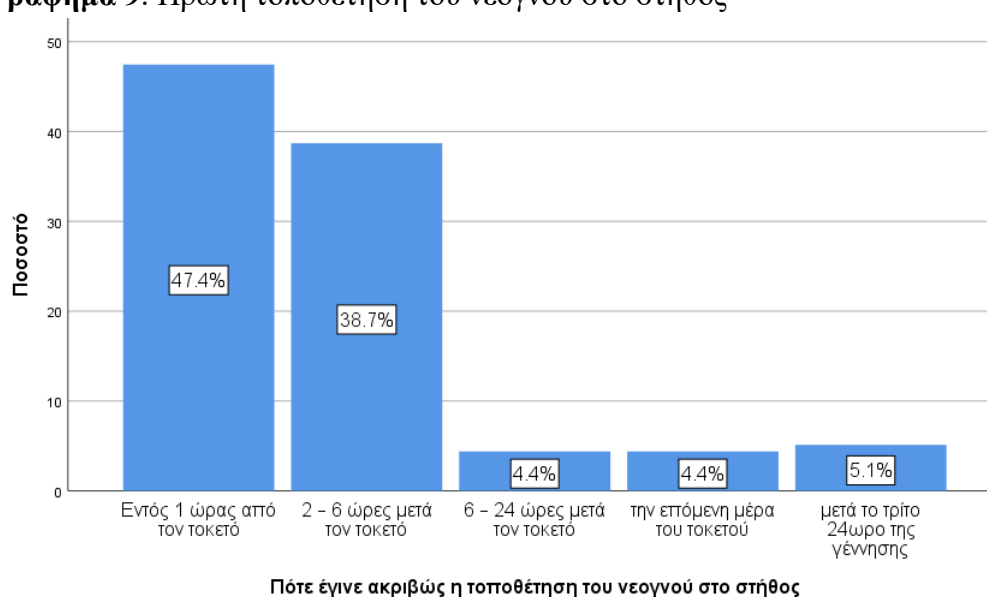
Στην συνέχεια καταγράφηκε το βάρος γέννησης του νεογνού χωρισμένο σε τέσσερις κατηγορίες όπως παρουσιάζεται και από το γράφημα 8. Το 75,5% των νεογνών γεννήθηκαν με βάρος 3-4 κιλά, το 17,3% με βάρος 2,5-3 κιλά, το 5% με βάρος μεγαλύτερο από 4 κιλά και το 2,2% με βάρος μικρότερο από 2,5 κιλά.

Γράφημα 8: Βάρος γέννησης νεογνού



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας για πρώτη φορά μετά τον τοκετό. Στο 47,4% των γυναικών έγινε τοποθέτηση στο στήθος εντός 1 ώρας από τον τοκετό, στο 38,7% έγινε τοποθέτηση 2-6 ώρες μετά τον τοκετό, ενώ για το υπόλοιπο 13,9% η τοποθέτηση έγινε από 6 ώρες μέχρι και μετά το τρίτο 24ωρο από την γέννηση του νεογνού (γράφημα 9).

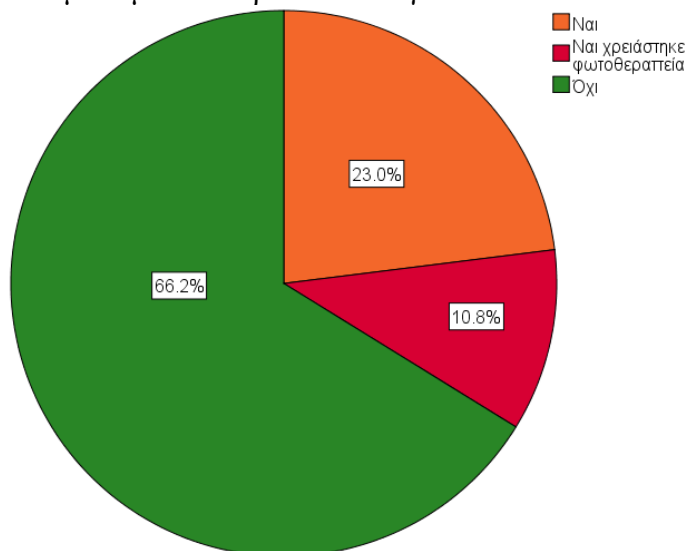
Γράφημα 9: Πρώτη τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος



Οι γυναίκες ερωτήθηκαν αν το νεογνό εμφάνισε συμπτώματα ίκτερου και εάν χρειάστηκε φωτοθεραπεία για τον λόγο αυτόν. Το 66,2% των νεογνών δεν εμφάνισε

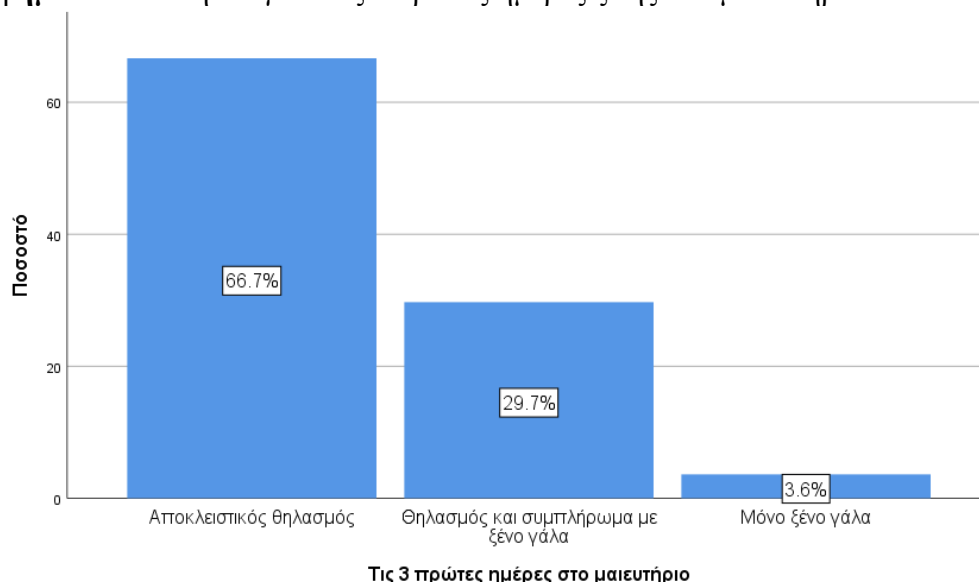
σημάδια ίκτερου σε αντίθεση με το 33,8% το οποίο εμφάνισε, το 10,8% μάλιστα χρειάστηκε φωτοθεραπεία (γράφημα 10).

Γράφημα 10: Συμπτώματα ίκτερου στο νεογνό



Στην συνέχεια, οι συμμετέχουσες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σχετικά με την σίτιση του νεογνού τόσο κατά τις 3 πρώτες ημέρες που βρίσκονταν στο μαιευτήριο όσο και κατά την συμπλήρωση του πρώτου μήνα ζωής. Κατά τις πρώτες ημέρες ζωής του νεογνού, το 66,7% των γυναικών έκανε αποκλειστικό θηλασμό, το 29,7% θήλαζε και έδινε και συμπλήρωμα ξένου γάλατος ενώ το 3,6% έδινε μόνο ξένο γάλα (γράφημα 11).

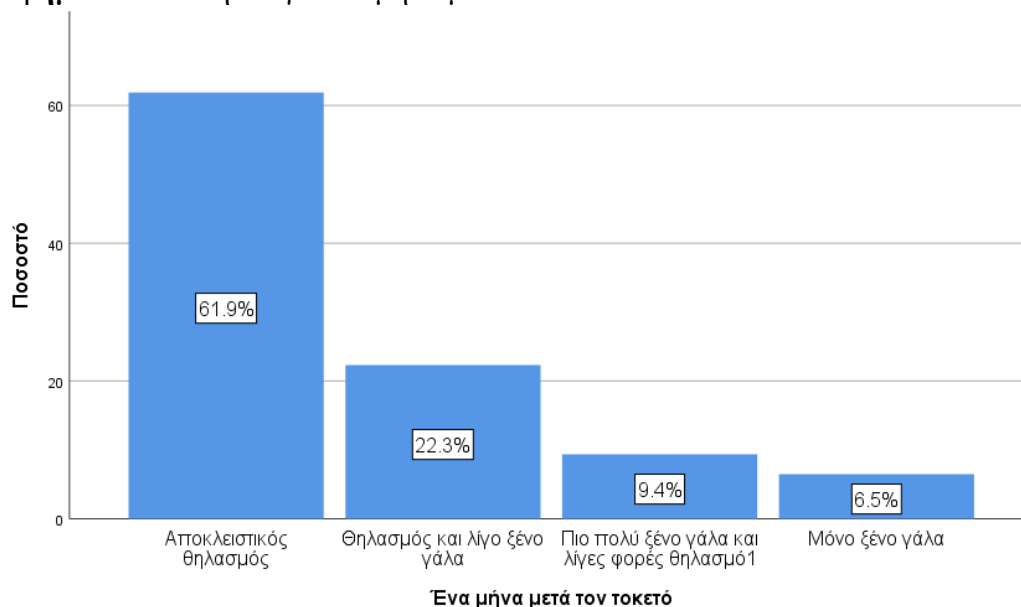
Γράφημα 11: Σίτιση νεογνού τις 3 πρώτες ημέρες ζωής στο μαιευτήριο



Στον ένα μήνα περίπου ζωής του νεογνού, το 61,9% των γυναικών θήλαζε αποκλειστικά, το 31,7% θήλαζε και έδινε και ξένο γάλα (το 22,3% έκανε κυρίως

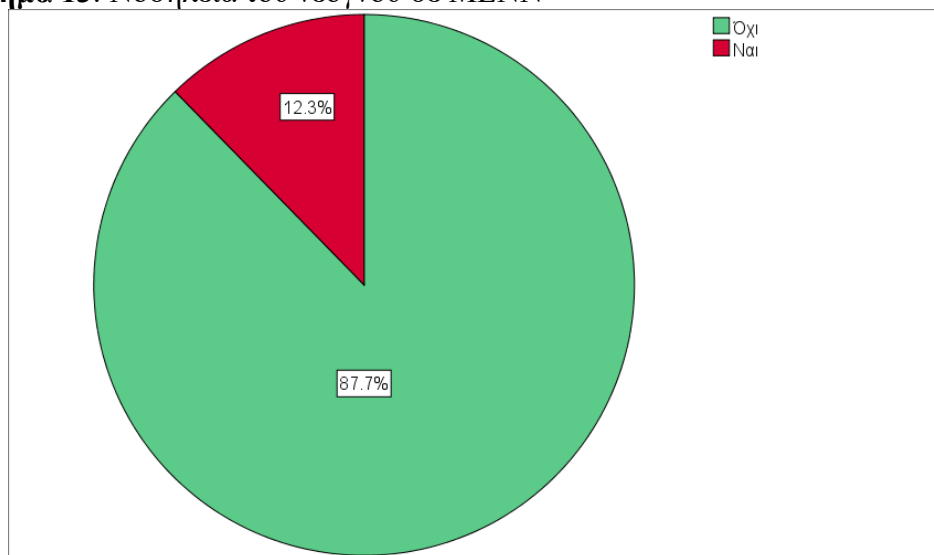
θηλασμό και λίγο ξένο γάλα ενώ το 9,4% έδινε περισσότερο ξένο γάλα αλλά συνέχισε να θηλάζει μερικές φορές) ενώ το 6% έδινε μόνο ξένο γάλα (γράφημα 12).

Γράφημα 12: Σίτιση νεογνού 1 μήνα μετά το τοκετό



Η επόμενη ερώτηση αφορούσε κατά πόσο προέκυψε η ανάγκη να γίνει εισαγωγή του νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN). Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι το 12,3% των νεογνών χρειάστηκε νοσηλεία σε MENN ενώ αντίθετα δεν χρειάστηκε για το 87,7% (γράφημα 13).

Γράφημα 13: Νοσηλεία του νεογνού σε MENN



Επίσης, στις περιπτώσεις που απαιτήθηκε νοσηλεία σε MENN, καταγράφηκε το διάστημα νοσηλείας των νεογνών σε ημέρες. Όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 14, από τα νεογνά που χρειάστηκαν νοσηλεία σε MENN, το 31,3% έμεινε για 1 ημέρα, το 12,5% για 2 ημέρες και το 12,5% για 3 ημέρες. Επίσης, το 18,8% νοσηλεύτηκε σε

MENN για 7 ημέρες, το 12,5% για 10 ημέρες ενώ υπήρξε ακόμα ένα νεογνό που νοσηλεύτηκε για 50 ημέρες.

Πίνακας 14: Νοσηλεία σε MENN (για τα νεογνά που νοσηλεύτηκαν)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ημέρες νοσηλείας	1	5	31.3
	2	2	12.5
	3	2	12.5
	4	1	6.3
	7	3	18.8
	10	2	12.5
	50	1	6.3
	Σύνολο	16	100.0

Ακολούθως, ζητήθηκε από τις γυναίκες που έχουν διακόψει τον θηλασμό, να αναφέρουν τον σημαντικότερο λόγο της διακοπής από μια προεπιλεγμένη λίστα απαντήσεων. Στον πίνακα 15, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτά, όπου φαίνεται ως κυριότεροι λόγοι να είναι η επιστροφή στην εργασία (29,2), προσωπικοί λόγοι (29,2%) ή κάποιος άλλος λόγος (29,2%). Η ιατρική σύσταση (8,3%) και η νοσηλεία του νεογνού (4,2%) αποτελούν μικρό μόνο ποσοστό στο σύνολο των διακοπών.

Πίνακας 15: Κύριος λόγος διακοπής του θηλασμού (για τις γυναίκες που διέκοψαν)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Λόγος διακοπής	Ιατρική σύσταση	2	8.3
	Νοσηλεία νεογνού	1	4.2
	Επιστροφή στην εργασία	7	29.2
	Προσωπικοί λόγοι	7	29.2
	Άλλος	7	29.2
	Σύνολο	24	100.0

Στους επιπλέον λόγους που αναφέρθηκαν από τις ίδιες τις γυναίκες ήταν η ανεπάρκεια γάλατος (4 γυναίκες), η ελάττωση της ποσότητας του γάλατος (2 γυναίκες), το άγχος, η αδυναμία του νεογνού να πιάσει το στήθος, η απώλεια βάρους λόγω παθολογίας των νεφρών και η μαστίτιδα (1 γυναίκα).

Οι γυναίκες οι οποίες συνέχιζαν τον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, ερωτήθηκαν σχετικά με το διάστημα που σκοπεύουν να θηλάσουν. Οι περισσότερες απαντήσεις ήταν 6 μήνες (36,3%) και 12 μήνες (38,2%). Ο μέσος όρος των απαντήσεων φθάνει στους 9,5 μήνες (mean), ενώ οι μισές γυναίκες σκοπεύουν να θηλάσουν για περισσότερους από 7 μήνες ενώ οι άλλες μισές για λιγότερους (median=7). Η

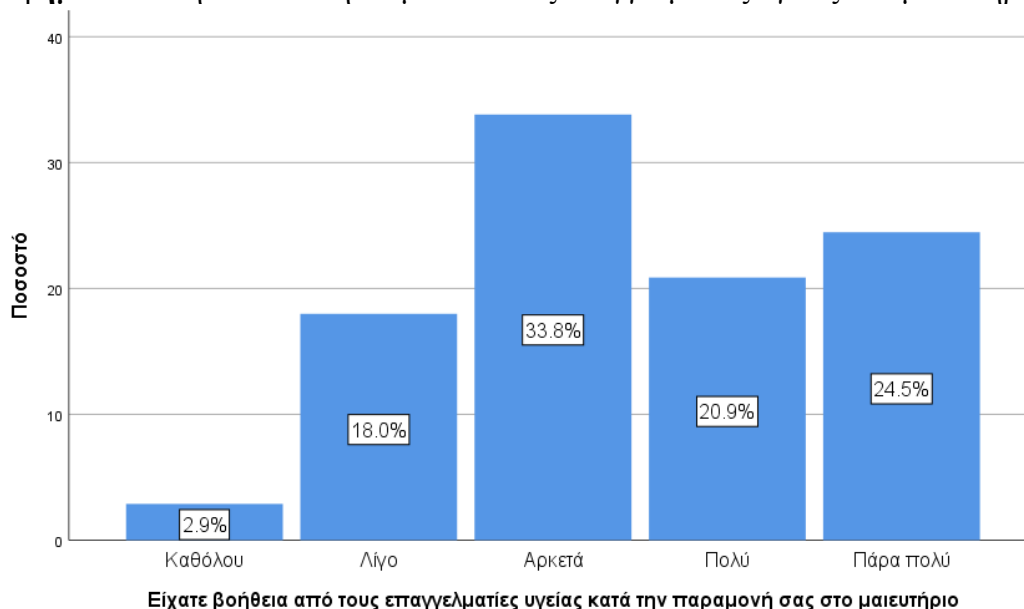
μικρότερη διάρκεια θηλασμού που αναφέρθηκε ήταν οι 2 μήνες ενώ η μεγαλύτερη οι 24 μήνες. Οι απαντήσεις ομαδοποιημένες παρουσιάζονται στον πίνακα 16 που ακολουθεί.

Πίνακας 16: Διάστημα για το οποίο υπάρχει πρόθεση για θηλασμό (για τις γυναίκες που θηλάζουν κατά τον 1 μήνα μετά τον τοκετό)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μήνες	1 - 3	8	7,9
	4-6	39	38,2
	7-9	7	6,9
	10-12	39	38,2
	13 και πάνω	9	8,8
	Σύνολο	102	100.0

Ότι ίσχυε για την πρόθεση των γυναικών προγεννητικά, φαίνεται να βρίσκει εφαρμογή και κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, καθώς οι γυναίκες που ήδη θηλάζουν δηλώνουν κατά πλειοψηφία ότι έχουν την πρόθεση να θηλάσουν για διάστημα 4-6 μηνών (38,2%) και 10-12 μηνών (38,2%). Επιπλέον, το ποσοστό που προτίθεται να θηλάσει για περισσότερο από ένα έτος εμφανίζεται ανεπαίσθητα ανεβασμένο σε σύγκριση με την πρόθεση προγεννητικά καθώς φθάνει το 8,8% (το αντίστοιχο ποσοστό προγεννητικά ήταν 7,9%).

Γράφημα 14: Βοήθεια στο θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας στο μαιευτήριο



Οι γυναίκες ερωτήθηκαν επίσης εάν δέχθηκαν βοήθεια σχετικά με τον θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο. Λίγο ή καθόλου βοήθεια απάντησε ότι είχε το 20,9%, αρκετή βοήθεια απάντησε ότι είχε το 33,8% ενώ πολύ ή πάρα πολύ βοήθεια είχε το 45,4%. Αναλυτικά οι απαντήσεις στο γράφημα 14.

Επίσης, οι συμμετέχουσες απάντησαν για την στήριξη που είχαν σχετικά με τον θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και μέχρι τον πρώτο μήνα ζωής του νεογνού. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι η κύρια πηγή στήριξης της γυναίκας για τον θηλασμό κατά την πρώτη περίοδο επιστροφής στο σπίτι από το μαιευτήριο προέρχεται από τον σύζυγο (26,6%) ενώ ακολουθεί το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον (17,3%) και οι επαγγελματίες υγείας (8,6%). Αρνητική εντύπωση προκαλεί το ποσοστό 17,3% των γυναικών που απάντησε ότι δεν είχε στήριξη από κανέναν (πίνακας 17).

Πίνακας 17: Άτομο που στηρίζει τον θηλασμό μετά το εξιτήριο από το μαιευτήριο

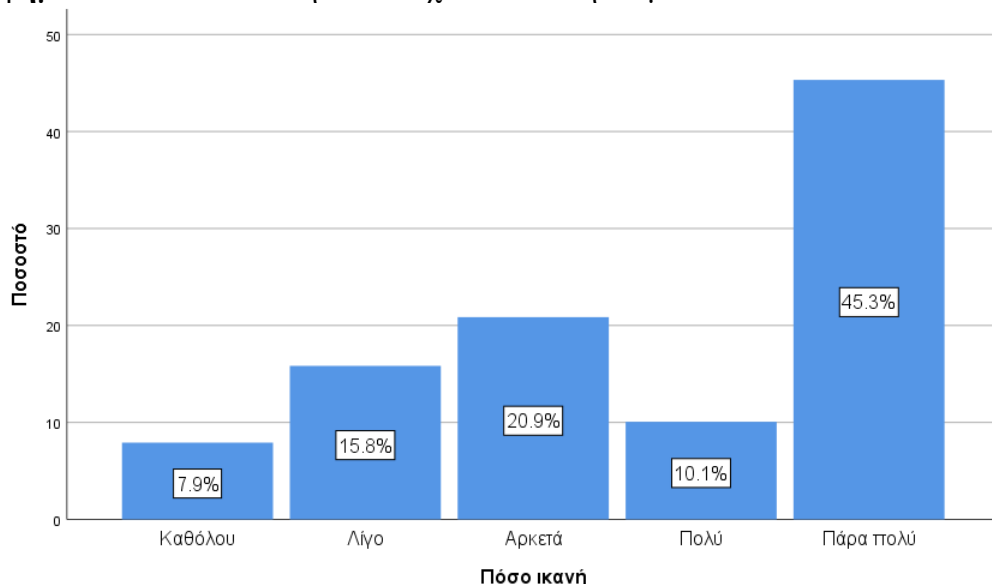
		Συχνότητα	Ποσοστό
Ποιος στηρίζει τον θηλασμό στο σπίτι	Σύζυγος	37	26.6
	Επαγγελματίας υγείας	12	8.6
	Οικογενειακό – Φιλικό περιβάλλον	24	17.3
	Όλα τα παραπάνω	42	30.2
	Κανέναν	24	17.3
	Σύνολο	139	100.0

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι γυναίκες μέχρι την στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, δηλαδή έναν μήνα περίπου μετά τον τοκετό. Στον πίνακα 18 που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι απαντήσεις σχετικά με τα προβλήματα αυτά. Από εκεί προκύπτει ότι η πλειοψηφία των γυναικών αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα (πρόβλημα δεν αντιμετώπισε μόνο το 23,7%) – ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις αντιμετώπισαν περισσότερα του ενός προβλήματα- με σημαντικότερα τον πόνο στο στήθος (35,3%), την δυσκολία του νεογνού να θηλάσει (18,7%), την ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος (19,4%) και την υπερφόρτωση των μαστών ή σε ορισμένες περιπτώσεις την μαστίτιδα (17,%). Επιπλέον προβλήματα που αναφέρθηκαν ήταν το άγχος γενικά, το άγχος σχετικά με την επάρκεια του μητρικού γάλακτος, η αδυναμία ύπνου του νεογνού, η ανεπάρκεια γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό, η απώλεια βάρους του νεογνού, η διακοπή του θηλασμού κατόπιν ιατρικής οδηγίας, οι εισέχουσες ή ανεστραμμένες θηλές, οι κολικοί του νεογνού, το μη σταθερό ωράριο σίτισης, η νοσηλεία του νεογνού, το προσωπικά προβλήματα και τέλος η ψυχολογική πίεση.

Πίνακας 18: Προβλήματα που αντιμετώπισαν έως έναν μήνα μετά από τον τοκετό

	Όχι		Ναι	
	Συχνότητα	Ποσοστό	Συχνότητα	Ποσοστό
Κανένα πρόβλημα	106	76,3	33	23,7
Πόνος στο στήθος (ερεθισμένες θηλές, ραγάδες)	90	64,7	49	35,3
Δυσκολία του νεογνού να θηλάσει	113	81,3	26	18,7
Ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος	112	80,6	27	19,4
Υπερφόρτωση μαστών μαστίπια	115	82,7	24	17,3
Άλλο πρόβλημα (όπως αυτό αναφέρθηκε από τις συμμετέχουσες στην έρευνα)	Άγχος (γενικά), Άγχος για το αν αρκεί το μητρικό γάλα, Αδυναμία ύπνου του μωρού, Ανεπάρκεια γνώσεων περί θηλασμού, Απώλεια βάρους, Ιατρική οδηγία για διακοπή θηλασμού, Εισέχουσες θηλές, Κολικοί νεογνού, Μη σταθερό ωράριο σίτισης, Νοσηλεία νεογνού, Προσωπικά προβλήματα, Ψυχολογική πίεση			

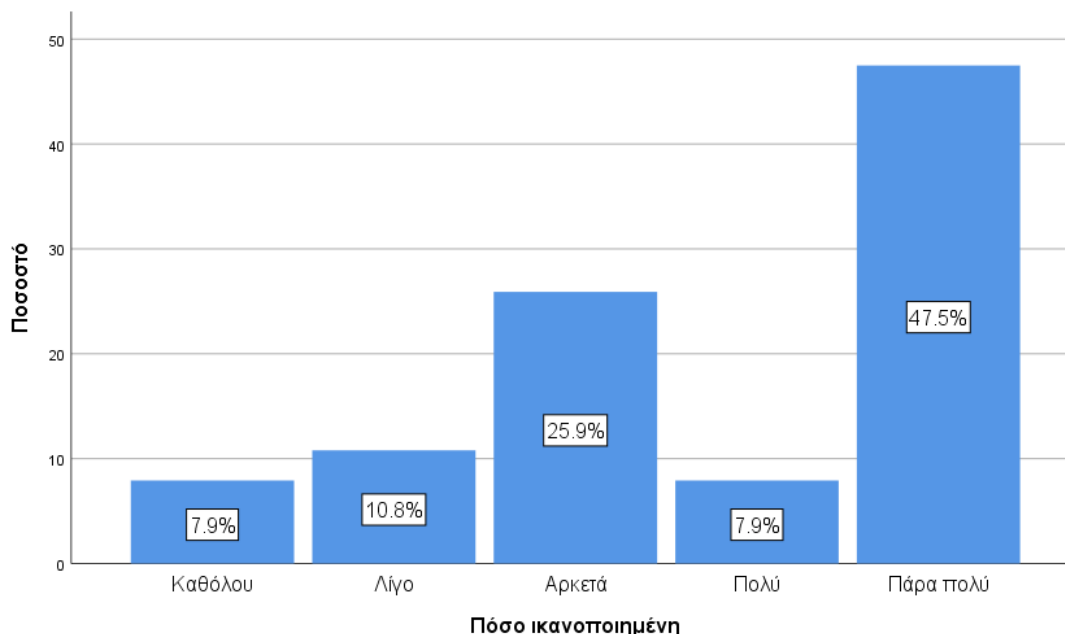
Κλείνοντας την σχετική ενότητα του ερωτηματολογίου, οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν σε δύο τελευταίες ερωτήσεις για την δική τους ικανότητα και ικανοποίηση σχετικά με τον θηλασμό. Έτσι στην ερώτηση για το αν νιώθουν ικανές να συνεχίσουν τον θηλασμό, καθόλου ή λίγο ικανή απαντάει το 23,7%, αρκετά ικανή το 20,9% και πολύ ή πάρα πολύ ικανή το 55,4% (γράφημα 15).

Γράφημα 15: Νιώθετε ικανή να συνεχίσετε τον θηλασμό

Η τελευταία ερώτηση των στοιχείων που συλλέχθηκαν σχετικά με τον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, αφορά την ικανοποίηση των γυναικών από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι την συγκεκριμένη στιγμή. Από τις απαντήσεις

προκύπτει ότι το 18,7% είναι καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο από την προσπάθεια, το 25,9% είναι αρκετά ικανοποιημένο ενώ το 55,4% είναι πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένο (γράφημα 16).

Γράφημα 16: Ικανοποίηση από την προσπάθεια για θηλασμό έως έναν μήνα μετά από τον τοκετό



Στοιχεία της κλίμακας EPDS

Ταυτόχρονα με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν έναν μήνα μετά τον τοκετό, σχετικά με τον τοκετό και τον θηλασμό κατά τις πρώτες ημέρες ζωής του νεογνού, χορηγήθηκε στις συμμετέχουσες εκ νέου το ερωτηματολόγιο EPDS που μετράει την επιλόχεια κατάθλιψη. Με αυτόν τον τρόπο, θα είναι εφικτή η αντιπαραβολή των απαντήσεων τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό (μάλιστα σε δύο φάσεις, έναν και τρεις μήνες μετά), ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσο μεταβάλλονται οι απαντήσεις των γυναικών στις επιμέρους ενότητες και κυρίως την μεταβολή του συνολικού σκορ που σημειώνουν στο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι δείκτης πιθανής ύπαρξης κατάθλιψης. Προκειμένου να γίνει ευκολότερη η χρήση των αποτελεσμάτων για τον αναγνώστη, στην παρούσα υπό-ενότητα θα ακολουθηθεί η ίδια ακριβώς δομή όπως έγινε και στην παρουσίαση της κλίμακας πριν από τον τοκετό. Η κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης του δείγματος της έρευνας έναν μήνα μετά από τον τοκετό παρουσιάζεται στον πίνακα 19.

Πίνακας 19: Στοιχεία ερωτηματολογίου EPDS έναν μήνα μετά από τον τοκετό

Στοιχείο ερωτηματολογίου	Κατανομή απαντήσεων (%)				Μ.Ο. (κλίμακα 0-3)
1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου	0,39
	68,3	25,9	4,3	1,4	
2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου	0,47
	67,6	18,7	12,9	0,7	
3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ	1,23
	7,2	33,8	33,8	25,2	
4. Ήμουν λίγο αγχωμένη ή στεναχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	Όχι, καθόλου	Πολύ σπάνια	Ναι, μερικές φορές	Ναι, πολύ συχνά	1,40
	15,8	36	41	7,2	
5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	Ναι, αρκετά συχνά	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ	1,22
	9,4	29,5	35,3	25,9	
6. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω	Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως	Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά	Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα	1,06
	2,9	24,5	48,2	24,5	
7. Ήμουν τόσο λυπημένη που είχα δυσκολία να κοιμηθώ	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,57
	2,2	16,5	17,3	64	
8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,65
	2,9	15,8	25,2	56,1	

9. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη που έκλαιγα	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Μόνο περιστασιακά	Όχι, καθόλου	0,81
	5,8	12,9	37,4	43,9	
10. Είχε περάσει από τη σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	Ναι, αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ	0,10
	0	2,9	4,3	92,8	

Στον πίνακα 19, παρουσιάζεται επίσης και ο μέσος όρος των απαντήσεων για κάθε στοιχείο στην κλίμακα από 0 έως 3, όπου το 0 ισούται με το χαμηλότερο σκορ του στοιχείου ως προς την κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης ενώ το 3 το υψηλότερο σκορ στην ίδια κλίμακα.

Όπως συνέβη και στην πρώτη ενότητα της έρευνας για το ερωτηματολόγιο πριν από τον τοκετό, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ που σημείωσε στο EPDS ένα μήνα μετά τον τοκετό κάθε γυναίκα που συμμετείχε στην έρευνα. Ο συγκεντρωτικός πίνακας με τα περιγραφικά μέτρα των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται στον πίνακα 20. Από αυτόν φαίνεται ότι ο μέσος όρος σκορ στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται στις 7.89 μονάδες (mean), με το 50% των συμμετεχόντων να σημειώνουν σκορ μεγαλύτερο από 7 μονάδες (median). Η ελάχιστη τιμή που σημειώνεται είναι 0 (minimum) ενώ η μέγιστη τιμή είναι 25 (maximum) σε σύνολο 30 μονάδων.

Αν και η σύγκριση των αποτελεσμάτων θα γίνει συγκεντρωτικά στο τέλος του κεφαλαίου, σε αυτό το σημείο μπορεί να ειπωθεί ότι το σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό βρίσκεται σε γενικές γραμμές στα ίδια επίπεδα με το σκορ πριν από τον τοκετό, με μια ανεπαίσθητη αύξηση σε όρους μέσου (από 7,82 πριν σε 7,89 έναν μήνα μετά). Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί το γεγονός ότι από το σύνολο των 150 γυναικών που συμμετείχαν στην αρχική φάση της έρευνας, συνεχίζουν οι 139 σε αυτό το στάδιο, γεγονός που είναι ικανό να ερμηνεύσει οριακές μεταβολές στην κλίμακα. Παρόλα αυτά οι μεταβολές θα ελεγχθούν με επαγωγικές στατιστικές τεχνικές στην συνέχεια ώστε να αποδειχθεί με σχετική βεβαιότητα κατά πόσο η ύπαρξη ή η υπόνοια κατάθλιψης οφείλεται στον τοκετό και την περίοδο μετά από αυτόν.

Πίνακας 20: Περιγραφικά μέτρα, συνολικό σκορ ερωτηματολογίου EPDS (1 μήνα μετά τον τοκετό)

Σκορ	Έγκυρα	139
ερωτηματολογίου	Ελλείποντα	11
EPDS		
Μέσος (Mean)		7,89
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		0,495
Διάμεσος (Median)		7,00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		5
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		5,839
Διακύμανση (Variance)		34,097
Ασυμμετρία (Skewness)		0,688
Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας (Std. Error of Skewness)		0,206
Κύρτωση (Kurtosis)		-0,385
Τυπικό σφάλμα κύρτωσης (Std. Error of Kurtosis)		0,408
Εύρος (Range)		25
Ελάχιστο (Minimum)		0
Μέγιστο (Maximum)		25

Στον πίνακα 21, παρουσιάζεται η συχνότητα και η ποσοστιαία κατανομή για 3 διαφορετικά εύρη τιμών: από 0-8 μονάδες όπου δεν προκύπτει καμία ανησυχία για ύπαρξη κατάθλιψης, για 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με τους Vivilaki et al (2009) τίθεται το όριο της πιθανής ύπαρξης κατάθλιψης και τέλος για 12 μονάδες και πάνω όπου είναι το όριο για την παρουσία κατάθλιψης τόσο από τους κατασκευαστές του Edinburgh Postnatal Depression Scale –EPDS (Cox et al., 1987) όσο και από τους Leonardou et al. (2009) που προσάρμοσαν πρώτοι το ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά.

Από την κατανομή εξάγεται το συμπέρασμα ότι 88 γυναίκες ή το 63,3% των συμμετεχόντων βρίσκονται κάτω από τις 8 μονάδες στο ερωτηματολόγιο EPDS, 22 γυναίκες ή το 15,8% βρίσκεται στο όριο ανάμεσα στις 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με κάποιους ερευνητές χρίζουν παρακολούθησης σχετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης ενώ 29 γυναίκες ή το 20,9% σημείωσαν από 13 μονάδες και πάνω στο ερωτηματολόγιο γεγονός που υποδεικνύει την σοβαρή πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης. Από τα ευρήματα προκύπτει μια μικρή μεν αλλά σημαντική αύξηση στις γυναίκες που σημείωσαν σκορ μεγαλύτερο του 12, τόσο αριθμητικά (από 25 πριν τον τοκετό σε 29 έναν μήνα μετά τον τοκετό) όσο και ποσοστιαία (από 16,7% σε 20,9% αντίστοιχα). Το

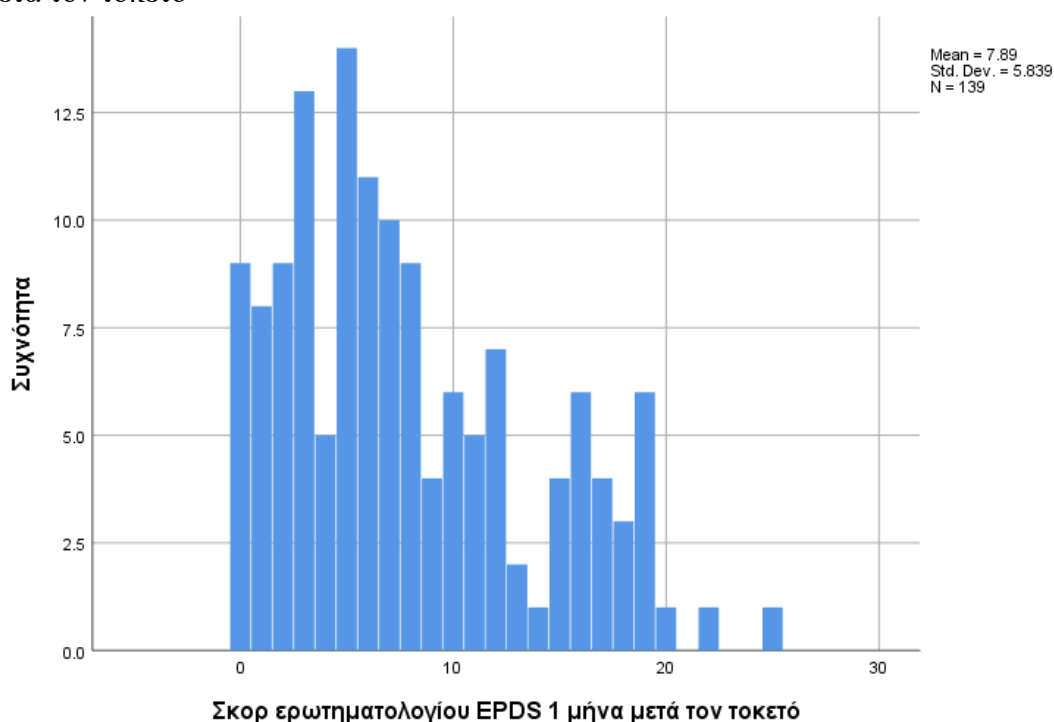
γεγονός αυτό θα εκτιμηθεί και θα ερμηνευθεί περαιτέρω σε επόμενες ενότητες της έρευνας.

Πίνακας 21: Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή για το σκορ στο EPDS

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συνολικό Σκορ σε ερωτηματολόγιο EPDS	0-8	88	63,3
	9-12	22	15,8
	13-30	29	20,9
	Σύνολο	139	100.0

Τέλος στο γράφημα 17, παρουσιάζεται η συχνότητα κατανομής των απαντήσεων με βάση το συνολικό σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS έναν μήνα μετά από τον τοκετό.

Γράφημα 17: Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων των σκορ στο EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό



Στοιχεία της κλίμακας BSE

Σε αυτήν την ενότητα, έγινε χρήση ενός ιδιαίτερα διαδομένου εργαλείου (Κλίμακα Αυτό-Αποτελεσματικότητας στον Θηλασμό / Breastfeeding Self-Efficacy Scale) που μετράει την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον μητρικό θηλασμό. Το ερωτηματολόγιο -όπως ήδη έχει αναφερθεί- αποτελείται από 14 στοιχεία τα οποία

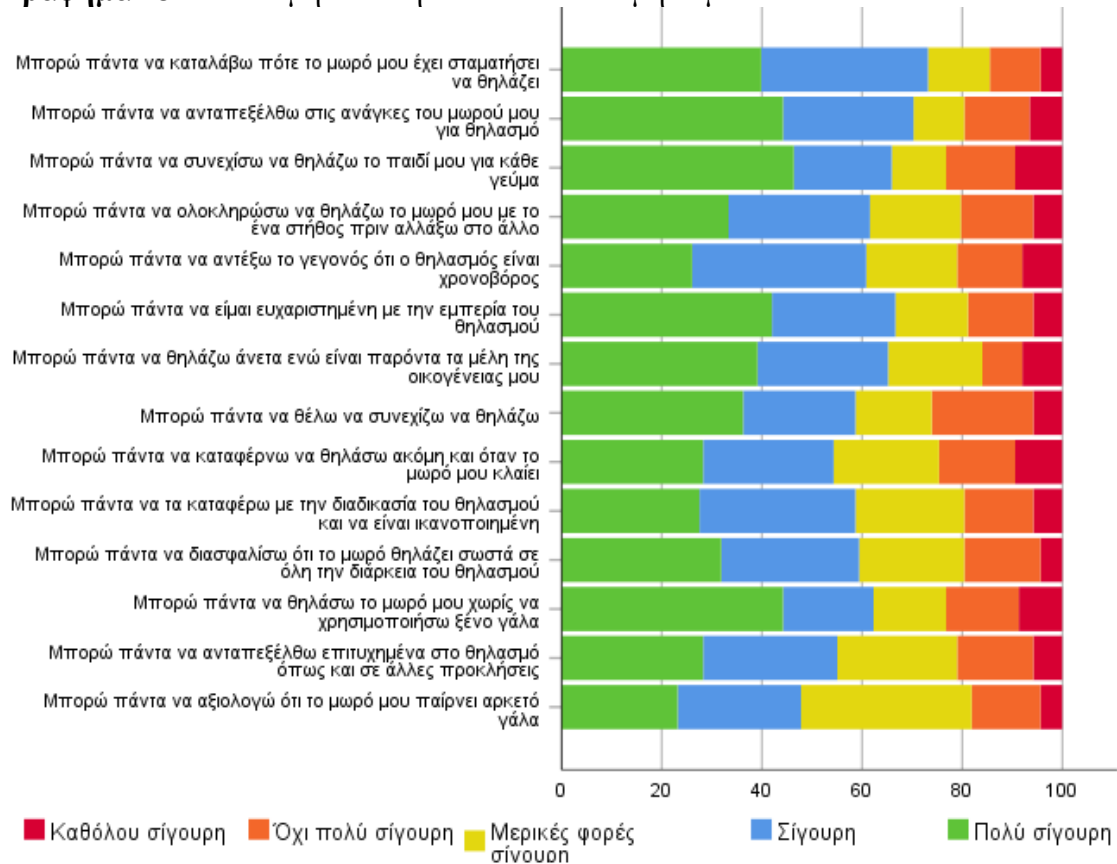
απαντώνται σε μια κλίμακα Likert από 1 (καθόλου σίγουρη) έως 5 (πολύ σίγουρη). Στον πίνακα 22, παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο για κάθε στοιχείο χωριστά, καθώς επίσης η μέση (σε κλίμακα 1-5) και η διάμεσος τιμή ενώ η γραφική απεικόνιση των απαντήσεων φαίνεται στο γράφημα 18.

Πίνακας 22: Στοιχεία ερωτηματολογίου BSE έναν μήνα μετά από τον τοκετό

	Καθόλου σίγουρη	Όχι πολύ σίγουρη	Μερικές φορές σίγουρη	Σίγουρη	Πολύ σίγουρη	Διάμεσος τιμή	Μέσος όρος (από 1 έως 5)
Μπορώ πάντα να αξιολογώ ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα	4.3%	13.8%	34.1%	24.6%	23.2%	Μερικές φορές σίγουρη	3,49
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις	5.8%	15.2%	23.9%	26.8%	28.3%	Σίγουρη	3,57
Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα	8.7%	14.5%	14.5%	18.1%	44.2%	Σίγουρη	3,75
Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό θηλάζει σωστά σε όλη την διάρκεια του θηλασμού	4.3%	15.2%	21.0%	27.5%	31.9%	Σίγουρη	3,67
Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με την διαδικασία του θηλασμού και να είναι ικανοποιημένη	5.8%	13.8%	21.7%	31.2%	27.5%	Σίγουρη	3,61
Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει	9.4%	15.2%	21.0%	26.1%	28.3%	Σίγουρη	3,49
Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω	5.8%	20.3%	15.2%	22.5%	36.2%	Σίγουρη	3,63
Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειας μου	8.0%	8.0%	18.8%	26.1%	39.1%	Σίγουρη	3,80
Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού	5.8%	13.0%	14.5%	24.6%	42.0%	Σίγουρη	3,84
Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος	8.0%	13.0%	18.1%	34.8%	26.1%	Σίγουρη	3,58
Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο	5.8%	14.5%	18.1%	28.3%	33.3%	Σίγουρη	3,69
Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα	9.4%	13.8%	10.9%	19.6%	46.4%	Σίγουρη	3,80

Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό	6.5%	13.0%	10.1%	26.1%	44.2%	Σίγουρη	3,88
Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει	4.3%	10.1%	12.3%	33.3%	39.9%	Σίγουρη	3,94

Γράφημα 18: Κατανομή απαντήσεων BSE έναν μήνα μετά από τον τοκετό



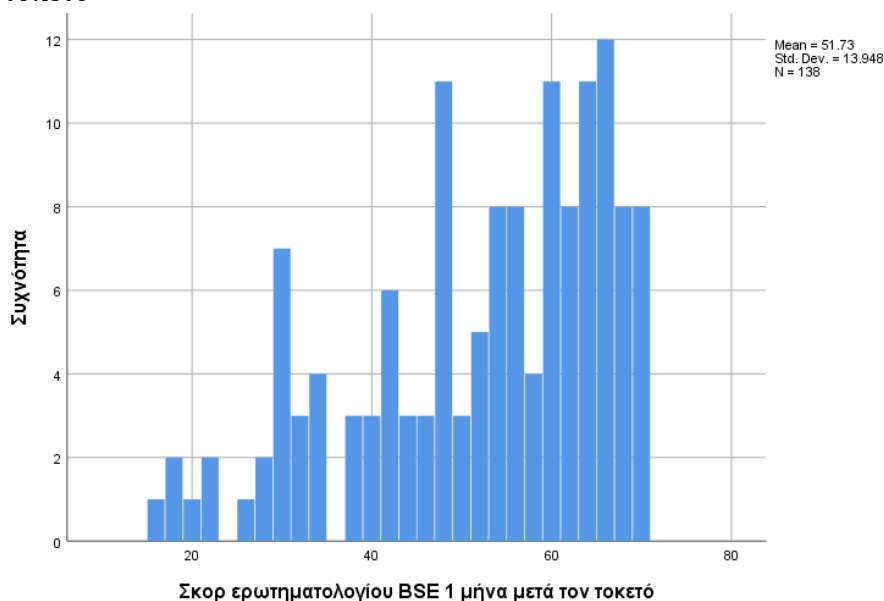
Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα του συνολικού σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα στο ερωτηματολόγιο BSE έναν μήνα μετά από τον τοκετό. Υπενθυμίζεται ότι το συνολικό σκορ λαμβάνει τιμές 14-70 και όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Η μέση τιμή στο συνολικό σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο BSE είναι 51,7 ενώ το 50% αυτών σημείωσε σκορ μεγαλύτερο του 55. Η ελάχιστη τιμή ήταν το 16 (χαμηλότερη τιμή BSE το 14) ενώ η μέγιστη τιμή το 70 (μέγιστη τιμή BSE το 70). Επιπλέον στο γράφημα 19 παρουσιάζεται η κατανομή των συχνοτήτων στις απαντήσεις των γυναικών στο ερωτηματολόγιο BSE.

Πίνακας 23: Περιγραφικά μέτρα, Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό

Σκορ	Έγκυρα	138
ερωτηματολογίου	Ελλείποντα	12
BSE		

Μέσος (Mean)	51.73
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)	1.187
Διάμεσος (Median)	55.00
Επικρατούσα τιμή (Mode)	64
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	13.948
Διακύμανση (Variance)	194.548
Ασυμμετρία (Skewness)	-0.734
Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας (Std. Error of Skewness)	0,206
Κύρτωση (Kurtosis)	-0.407
Τυπικό σφάλμα κύρτωσης (Std. Error of Kurtosis)	0.410
Εύρος (Range)	54
Ελάχιστο (Minimum)	16
Μέγιστο (Maximum)	70

Γράφημα 19: Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων των σκορ στο BSE έναν μήνα μετά τον τοκετό



6.1.5. Τρεις μήνες μετά από τον τοκετό

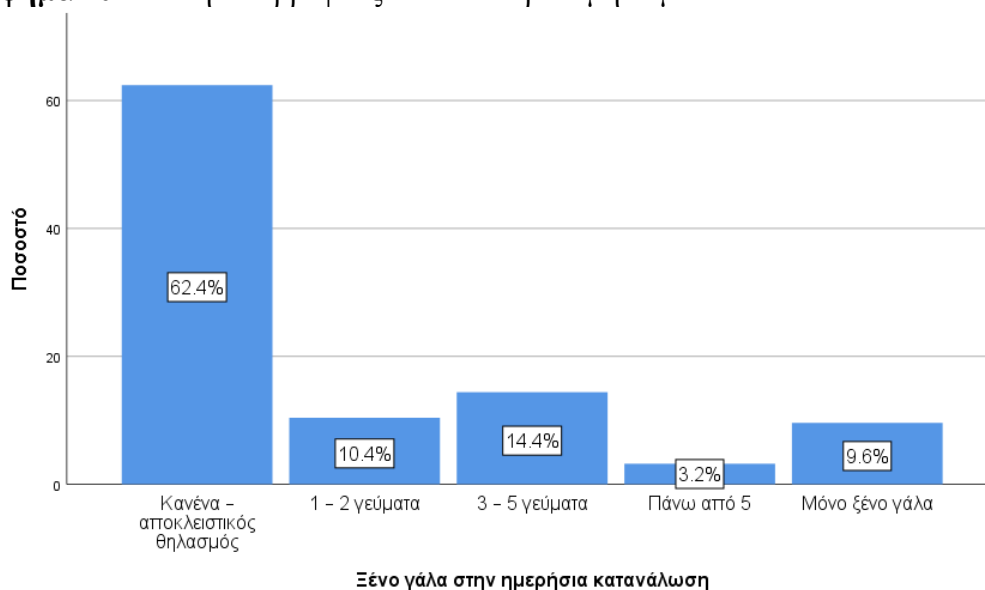
Στην παρούσα Τρίτη και τελευταία ενότητα των ερωτηματολογίων, περιλαμβάνονται οι απαντήσεις που δόθηκαν από τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Όπως έχει ήδη αναφερθεί -σε αυτή την φάση της έρευνας- οι ερωτώμενες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν τον θηλασμό και την σίτιση αυτής της περιόδου καθώς και πληροφορίες για τυχόν επιστροφή στην εργασία τους. Επιπλέον, κλήθηκαν εκ νέου να συμπληρώσουν τα

ερωτηματολόγια EPDS για την επιλόχεια κατάθλιψη και BSE για την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Πρέπει να αναφερθεί εδώ, ότι και σε αυτό το στάδιο υπήρξε ορισμένος αριθμός γυναικών που δεν συνέχισε την συμμετοχή του στην έρευνα, με αποτέλεσμα ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων να είναι 127.

Στοιχεία του δείγματος κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό

Κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό, οι γυναίκες που συνέχισαν να συμμετέχουν στην έρευνα αρχικά ρωτήθηκαν σχετικά με την σίτιση του νεογνού και πιο συγκεκριμένα εάν συνεχίζεται ο αποκλειστικός θηλασμός ή εάν δίνεται και ξένο γάλα και σε ποια αντιστοιχία. Από τις απαντήσεις οι οποίες παρουσιάζονται και στο γράφημα 20, φαίνεται ότι το 62,4% των γυναικών συνεχίζει με αποκλειστικό θηλασμό κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό, το 10,4% δίνει 1-2 γεύματα ξένο γάλα, το 14,4% δίνει 3-5 γεύματα ξένο γάλα, το 3,2% δίνει πάνω από 5 γεύματα ξένο γάλα ενώ το 9,6% δίνει αποκλειστικά ξένο γάλα στο βρέφος.

Γράφημα 20: Σίτιση του βρέφους κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό



Ακολούθως οι γυναίκες κλήθηκαν να δηλώσουν τον βαθμό ικανοποίησης τους από τη προσπάθεια που είχαν καταβάλει σχετικά με τον θηλασμό ως εκείνη την στιγμή (3 μήνες μετά από τον τοκετό). Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο ήταν το 20,1% των γυναικών, αρκετά ικανοποιημένο ήταν το 15,3% των γυναικών ενώ πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένο ήταν το 64,5% των γυναικών (πίνακας 24).

Πίνακας 24: Βαθμός ικανοποίησης από την προσπάθεια θηλασμού

		Συχνότητα	Ποσοστό (%) επί των εγκύρων
Βαθμός ικανοποίησης	Καθόλου	5	4.0
	Λίγο	20	16.1
	Αρκετά	19	15.3
	Πολύ	12	9.7
	Πάρα πολύ	68	54.8
	Σύνολο	124	100.0

Στην συνέχεια και σε συνέχεια της αντίστοιχης ερώτησης που έγινε στις γυναίκες έναν μήνα μετά τον τοκετό, ερωτήθηκαν σχετικά με τα προβλήματα ή τις δυσκολίες που έχουν αντιμετωπίσει στον θηλασμό κατά το διάστημα των τριών μηνών μετά από τον τοκετό.

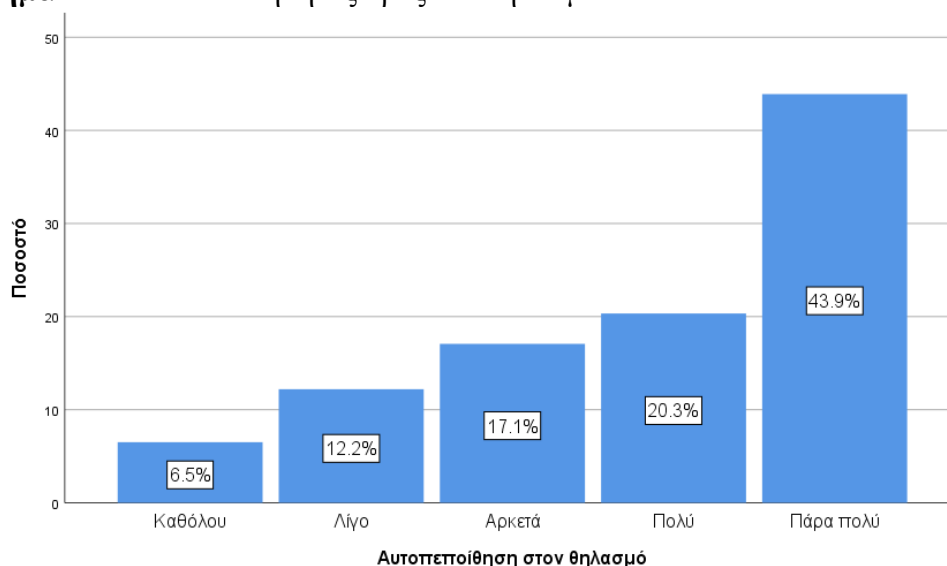
Πίνακας 25: Δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι γυναίκες με τον θηλασμό μέχρι 3 μήνες μετά από τον τοκετό

	Όχι		Ναι	
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καμία δυσκολία	63	52	59	48
Δεν λαμβάνει αρκετό βάρος το μωρό	112	91,1	11	8,9
Δεν έχει σταθερό ωράριο σίτισης	99	80,5	23	18,7
Μαστίτιδα	111	90,2	12	9,8
Ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος	102	82,9	21	17,1

Όπως φαίνεται και από τον πίνακα 25, καμία δυσκολία στον θηλασμό δεν συνάντησε το 48% των γυναικών ενώ αντίθετα το 52% συνάντησε κάποια δυσκολία. Πιο συγκεκριμένα το πιο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα είναι το μη σταθερό ωράριο σίτισης (18,7%), η ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος (17,1%), η μαστίτιδα (9,8%) και τέλος το γεγονός ότι δεν λαμβάνει αρκετό βάρος το μωρό (8,9%).

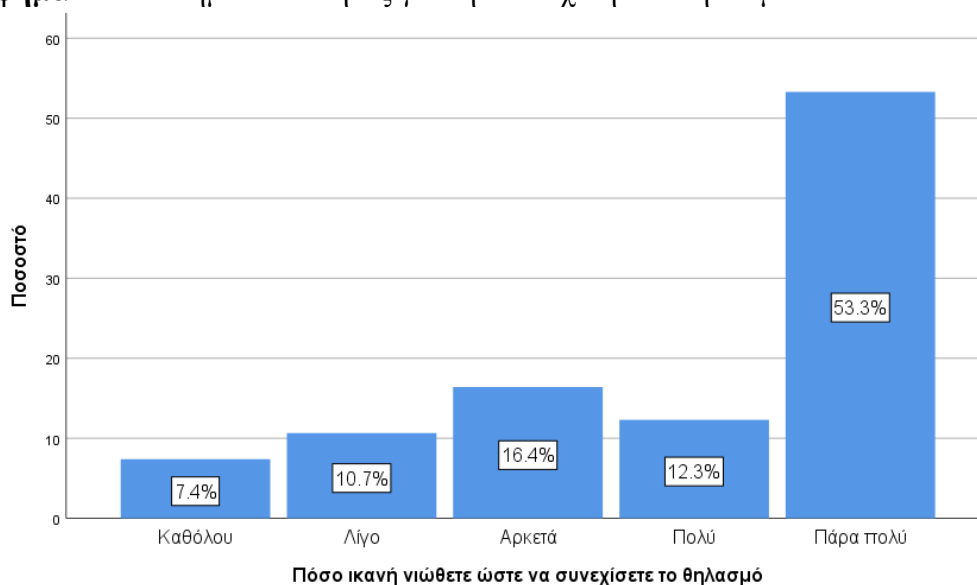
Ζητήθηκε από τις γυναίκες να απαντήσουν σχετικά με την αυτοπεποίθηση που έχουν αναπτύξει ως προς το θέμα του θηλασμού. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι καθόλου ή λίγη αυτοπεποίθηση έχει το 18,7% των γυναικών, αρκετή αυτοπεποίθηση έχει το 17,1% ενώ πολύ ή πάρα πολύ αυτοπεποίθηση έχει το 64,2% των γυναικών (γράφημα 21).

Γράφημα 21: Αυτοπεποίθηση ως προς τον θηλασμό



Αντιστοίχως, οι γυναίκες ρωτήθηκαν για το πόσο ικανές νιώθουν για την συνέχιση του θηλασμού. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι καθόλου ή λίγο ικανό νιώθει το 18,1%, αρκετά ικανό νιώθει το 16,4% και πολύ ή πάρα πολύ ικανό νιώθει το 65,6% (γράφημα 22).

Γράφημα 22: Αίσθημα ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού



Εν συνεχεία, οι γυναίκες που θηλάζαν κατά τον τρίτο μήνα μετά από το τοκετό, απάντησαν σχετικά με το διάστημα που επιθυμούν να συνεχίσουν να θηλάζουν. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι οι γυναίκες θέλουν να συνεχίσουν να θηλάζουν κατά μέσο όρο για άλλους 10,18 μήνες (mean) ενώ το 50% των γυναικών που θηλάζουν κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό σκοπεύει να θηλάσει για 9 (median) ή περισσότερους ακόμα μήνες (δηλαδή να φθάσει τουλάχιστον τον 1 χρόνο θηλασμού). Επίσης, το ελάχιστο διάστημα που θέλει κάποια γυναίκα να θηλάσει είναι οι 3 επιπλέον μήνες

(minimum) ενώ το μέγιστο διάστημα είναι οι 36 επιπλέον μήνες (maximum). Τέλος, οι περισσότερες απαντήσεις (mode) σημειώνονται στους 12 επιπλέον μήνες. Στον πίνακα 26, παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα περιγραφικά μέτρα της διάρκειας που επιθυμούν οι γυναίκες να συνεχίσουν τον θηλασμό μετά τον τρίτο μήνα από τον τοκετό.

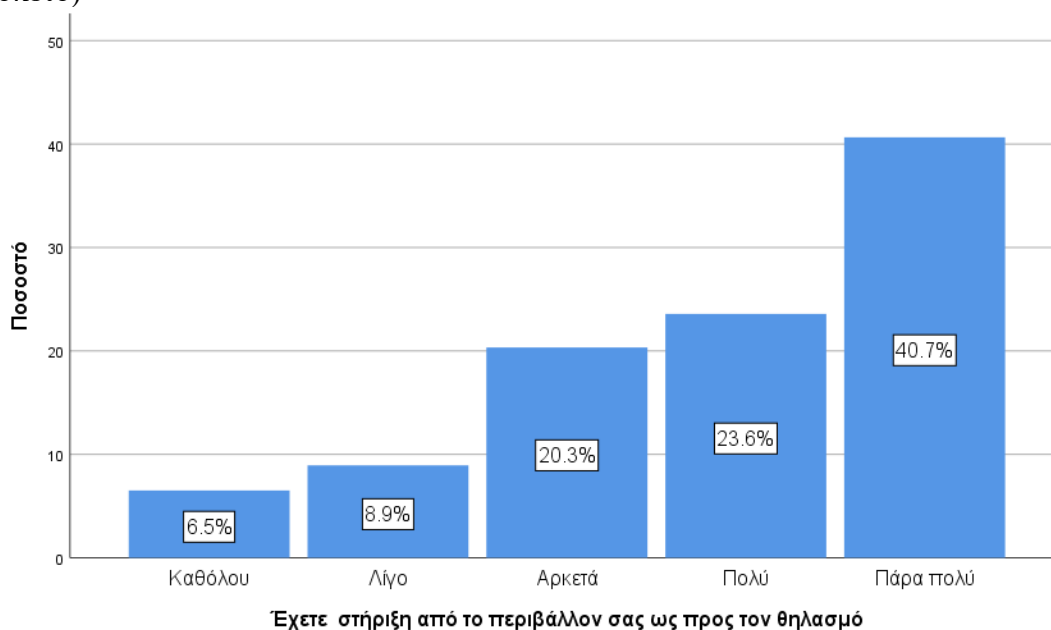
Πίνακας 26: Περιγραφικά μέτρα για πρόθεση διάρκειας θηλασμού (μετά τους 3 μήνες από τον τοκετό)

Έγκυρες απαντήσεις	103	Πρόθεση διάρκειας θηλασμού (κατηγορίες σε μήνες)	Ποσοστό (%)
Μέσος (Mean)	10.18	Έως 3 μήνες	8,7
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)	0.597	Από 4 έως 6 μήνες	30
Διάμεσος (Median)	9.00	Από 7 έως 9 μήνες	11,7
Επικρατούσα τιμή (Mode)	12	Από 10 έως 12 μήνες	35,9
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)	6.061	Από 13 μήνες και πάνω	12,7
Διακύμανση (Variance)	36.740		
Εύρος (Range)	33		
Ελάχιστο (Minimum)	3		
Μέγιστο (Maximum)	36		

Σε μια πρώτη παρατήρηση σε σχέση με τα αντίστοιχα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο πριν και μετά τον πρώτο μήνα από τον θηλασμό, φαίνεται ότι οι γυναίκες που συνεχίζουν να θηλάζουν σε αυτό το στάδιο έχουν αυξήσει τις προσδοκίες τους και την επιθυμία τους για την συνέχιση του θηλασμού και αυτό διαπιστώνεται αφενός από την αύξηση του μέσου όρου της προτιθέμενης διάρκειας (9,41 μήνες πριν τον τοκετό σε σύγκριση με τους 10,18 μήνες κατά το πρώτο τρίμηνο μετά τον τοκετό) όσο και από την αύξηση του ποσοστού για όσες προτίθενται να θηλάσουν για περισσότερο από ένα έτος (12,7% σε σύγκριση με το 7,9% και το 8,8 προγεννητικά και κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό αντίστοιχα).

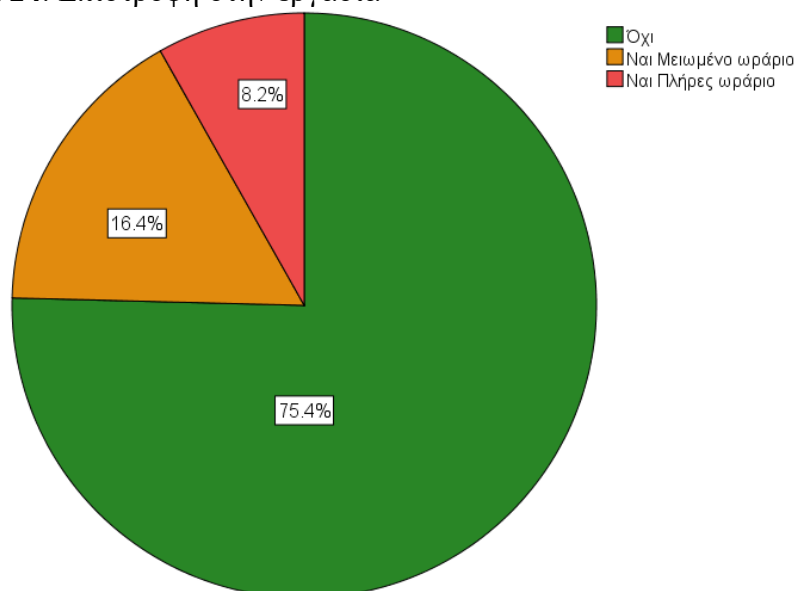
Οι συμμετέχουσες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν στήριξη από το περιβάλλον τους ως προς τον θηλασμό. Από τα αποτελέσματα τα οποία παρουσιάζονται και στο γράφημα 23 προκύπτει ότι καθόλου ή λίγο στήριξη έχει το 15,4% των γυναικών, αρκετή στήριξη έχει το 20,3% των γυναικών ενώ πολύ ή πάρα πολύ στήριξη από το περιβάλλον της έχει το 64,3% των γυναικών.

Γράφημα 23: Στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό (3 μήνες μετά από τον τοκετό)



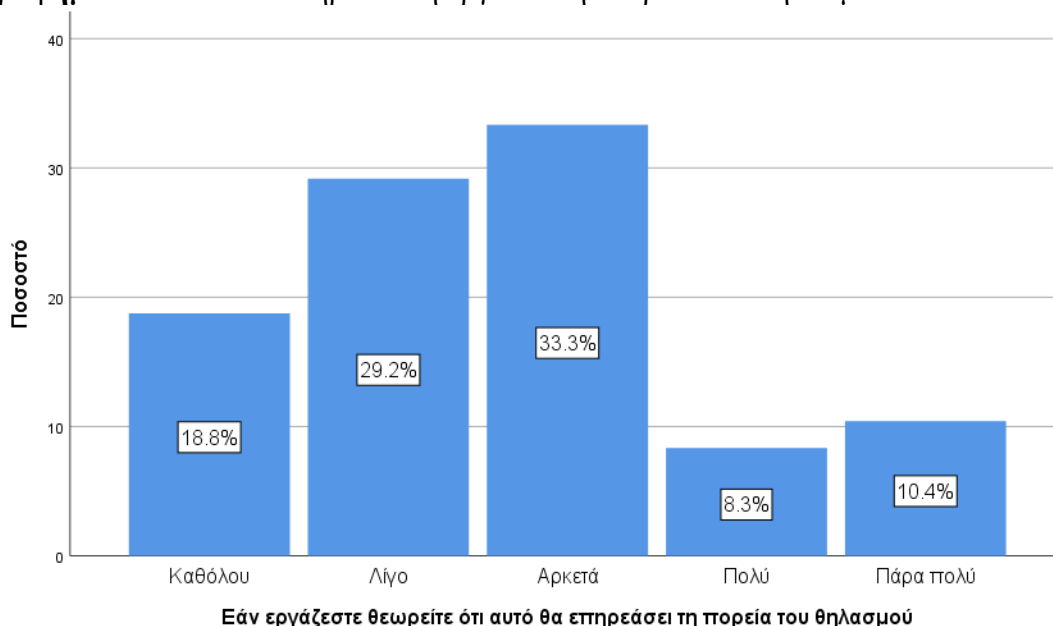
Επιπλέον οι γυναίκες ρωτήθηκαν για το αν κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό έχει χρειαστεί να επιστρέψουν στην εργασία τους. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι το 75,4% δεν έχει χρειαστεί να επιστρέψει, ενώ το 24,6% έχει επιστρέψει με το 8,2% μάλιστα να εργάζεται ήδη κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό με πλήρες ωράριο (γράφημα 24).

Γράφημα 24: Επιστροφή στην εργασία



Ένα ακόμα ερώτημα που τέθηκε στις γυναίκες που εργάζονται είναι το κατά πόσο θεωρούν ότι αυτό θα επηρεάσει την πορεία του θηλασμού. Από τις απαντήσεις φαίνεται ότι καθόλου ή λίγο θεωρούν ότι θα επηρεάσει το 48%, αρκετά θεωρούν ότι θα επηρεάσει το 33,3% ενώ πολύ ή πάρα πολύ θεωρούν ότι θα επηρεάσει το 18,7% (γράφημα 25).

Γράφημα 25: Πόσο θα επηρεάσει η εργασία την πορεία του θηλασμού



Το τελευταίο ερώτημα στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό, αφορούσε τα συναισθήματα όπως τα βίωσαν οι γυναίκες για τον θηλασμό. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 27, τα κυρίαρχα συναισθήματα ήταν η χαρά (53,7%), η ικανοποίηση (60,2%) και η ασφάλεια (28,5%) ενώ στα αρνητικά καταγράφηκαν η κόπωση (28,5%), το άγχος ή στρες (12,2%) και η δυσαρέσκεια (2,4%).

Πίνακας 27: Συναισθήματα θηλασμού (3 μήνες μετά από τον τοκετό)

	Όχι		Ναι	
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Χαρά	57	46,3	66	53,7
Ικανοποίηση	49	39,8	74	60,2
Ασφάλεια	88	71,5	35	28,8
Δυσαρέσκεια	120	97,6	3	2,4
Άγχος – στρες	108	87,8	15	12,2
Κόπωση	88	71,5	35	28,5

Στοιχεία της κλίμακας EPDS κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό

Ομοίως με την προηγούμενη ενότητα, μαζί με τα στοιχεία που συλλέχθηκαν κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό, χορηγήθηκε στις συμμετέχουσες εκ νέου το ερωτηματολόγιο EPDS που μετράει την επιλόχεια κατάθλιψη. Για μια ακόμη φορά θα πρέπει να αναφερθεί ότι για την πιο εύκολη ανάγνωση των αποτελεσμάτων, στην

παρούσα υπό-ενότητα θα ακολουθηθεί η ίδια ακριβώς δομή όπως έγινε και στην παρουσίαση της κλίμακας πριν και έναν μήνα μετά από τον τοκετό. Η κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης του δείγματος της έρευνας κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό παρουσιάζεται στον πίνακα 28.

Πίνακας 28: Στοιχεία ερωτηματολογίου EPDS τρεις μήνες μετά από τον τοκετό

Στοιχείο ερωτηματολογίου	Κατανομή απαντήσεων (%)				M.O. (κλίμακα 0-3)
1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων	Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου	0,24
	79,5	16,7	3,8	0	
2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα	Όπως πάντα	Όχι τόσο πολύ πλέον	Σίγουρα όχι τόσο τώρα	Καθόλου	0,24
	80,3	15,9	3	0,8	
3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ	0,93
	0,8	28,8	33,3	37,1	
4. Ήμουν λίγο αγχωμένη ή στεναχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο	Όχι, καθόλου	Πολύ σπάνια	Ναι, μερικές φορές	Ναι, πολύ συχνά	1,08
	30,3	33,3	34,1	2,3	
5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο	Ναι, αρκετά συχνά	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, ποτέ	0,87
	0,8	25	34,8	39,4	
6. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις	Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω	Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως	Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά	Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα	0,82
	1,5	19,7	37,9	40,9	
7. Ήμουν τόσο λυπημένη που	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, μερικές φορές	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,40

είχα δυσκολία να κοιμηθώ	1,5	8,3	18,9	71,2	
8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Όχι τόσο συχνά	Όχι, καθόλου	0,46
	0,8	11,4	21,2	66,7	
9. Ήμουν τόσο στεναχωρημένη που έκλαιγα	Ναι, τις περισσότερες φορές	Ναι, αρκετά συχνά	Μόνο περιστασιακά	Όχι, καθόλου	0,54
	2,3	6,8	33,3	57,3	
10. Είχε περάσει από τη σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου	Ναι, αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σχεδόν ποτέ	Ποτέ	0,08
	0	3	1,5	95,5	

Στον πίνακα 28, παρουσιάζεται επίσης και ο μέσος όρος των απαντήσεων για κάθε στοιχείο στην κλίμακα από 0 έως 3, όπου το 0 ισούται με το χαμηλότερο σκορ του στοιχείου ως προς την κλίμακα αξιολόγησης της κατάθλιψης ενώ το 3 το υψηλότερο σκορ στην ίδια κλίμακα.

Όπως συνέβη στην πρώτη και την δεύτερη ενότητα της έρευνας για το ερωτηματολόγιο πριν και έναν μήνα μετά από τον τοκετό, υπολογίστηκε το συνολικό σκορ που σημείωσε στο EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό κάθε γυναίκα που συμμετείχε στην έρευνα. Ο συγκεντρωτικός πίνακας με τα περιγραφικά μέτρα των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται στον πίνακα 29. Από αυτόν φαίνεται ότι ο μέσος όρος σκορ στο ερωτηματολόγιο κυμαίνεται στις 5.67 μονάδες (mean), με το 50% των συμμετεχόντων να σημειώνουν σκορ μεγαλύτερο από 4 μονάδες (median). Η ελάχιστη τιμή που σημειώνεται είναι 0 (minimum) ενώ η μέγιστη τιμή είναι 19 (maximum) σε σύνολο 30 μονάδων.

Σε ένα πρώτο σχόλιο σχετικά με τα συγκριτικά αποτελέσματα των απαντήσεων που είχαν δοθεί στο ερωτηματολόγιο EPDS πριν και έναν μήνα μετά από τον τοκετό, μπορεί να ειπωθεί ότι τα αποτελέσματα κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό εμφανίζονται σημαντικά βελτιωμένα στο σύνολο τους. Αν και η σύγκριση των αποτελεσμάτων θα γίνει συγκεντρωτικά στο τέλος του κεφαλαίου, σε αυτό το σημείο μπορεί να ειπωθεί ότι το σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό κατά μέσο όρο (5,67) είναι σαφώς χαμηλότερο από τις δύο προηγούμενες μετρήσεις (πριν τον τοκετό 7,82 και 7,89 έναν μήνα μετά τον τοκετό). Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί εκ νέου το γεγονός ότι από το σύνολο των 150 γυναικών που

συμμετείχαν στην αρχική φάση της έρευνας, συνέχισαν οι 139 στο δεύτερο στάδιο, ενώ στο τρίτο στάδιο συμμετείχαν 132 γυναίκες. Οι μεταβολές θα ελεγχθούν με επαγωγικές στατιστικές τεχνικές στην συνέχεια ώστε να αποδειχθεί με σχετική βεβαιότητα κατά πόσο η ύπαρξη ή η υπόνοια κατάθλιψης οφείλεται στον τοκετό και την περίοδο μετά από αυτόν ή είναι μια κατάσταση που προϋπάρχει.

Πίνακας 29: Περιγραφικά μέτρα, συνολικό σκορ ερωτηματολογίου EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό)

Σκορ	Έγκυρα	132
ερωτηματολογίου	Ελλείποντα	18
EPDS		
Μέσος (Mean)		5,67
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		0,439
Διάμεσος (Median)		4,00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		0
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		5,044
Διακύμανση (Variance)		25,445
Ασυμμετρία (Skewness)		0,912
Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας (Std. Error of Skewness)		0,211
Κύρτωση (Kurtosis)		0,055
Τυπικό σφάλμα κύρτωσης (Std. Error of Kurtosis)		0,419
Εύρος (Range)		19
Ελάχιστο (Minimum)		0
Μέγιστο (Maximum)		19

Στον πίνακα 30, παρουσιάζεται η συχνότητα και η ποσοστιαία κατανομή για 3 διαφορετικά εύρη τιμών: από 0-8 μονάδες όπου δεν προκύπτει καμία ανησυχία για ύπαρξη κατάθλιψης, για 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με τους Vivilaki et al (2009) τίθεται το όριο της πιθανής ύπαρξης κατάθλιψης και τέλος για 12 μονάδες και πάνω όπου είναι το όριο για την παρουσία κατάθλιψης τόσο από τους κατασκευαστές του Edinburgh Postnatal Depression Scale –EPDS (Cox et al., 1987) όσο και από τους Leonardou et al. (2009) που προσάρμοσαν πρώτοι το ερωτηματολόγιο στα Ελληνικά.

Από την κατανομή εξάγεται το συμπέρασμα ότι 100 γυναίκες ή το 75,8% των συμμετεχόντων βρίσκονται κάτω από τις 8 μονάδες στο ερωτηματολόγιο EPDS, 16 γυναίκες ή το 12,1% βρίσκεται στο όριο ανάμεσα στις 9-12 μονάδες όπου σύμφωνα με κάποιους ερευνητές χρίζουν παρακολούθησης σχετικά με την εμφάνιση κατάθλιψης ενώ 16 γυναίκες ή το 12,1% σημείωσαν από 13 μονάδες και πάνω στο ερωτηματολόγιο

γεγονός που υποδεικνύει την σοβαρή πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης. Από τα ευρήματα προκύπτει σαφής μείωση των γυναικών που σημείωσαν σκορ μεγαλύτερο του 12 στο ερωτηματολόγιο EPDS, τόσο αριθμητικά (από 25 πριν τον τοκετό και 29 έναν μήνα μετά τον τοκετό σε 16 τρεις μήνες μετά τον τοκετό) όσο και ποσοστιαία (από 16,7% και 20,9% σε 12,1% αντίστοιχα).

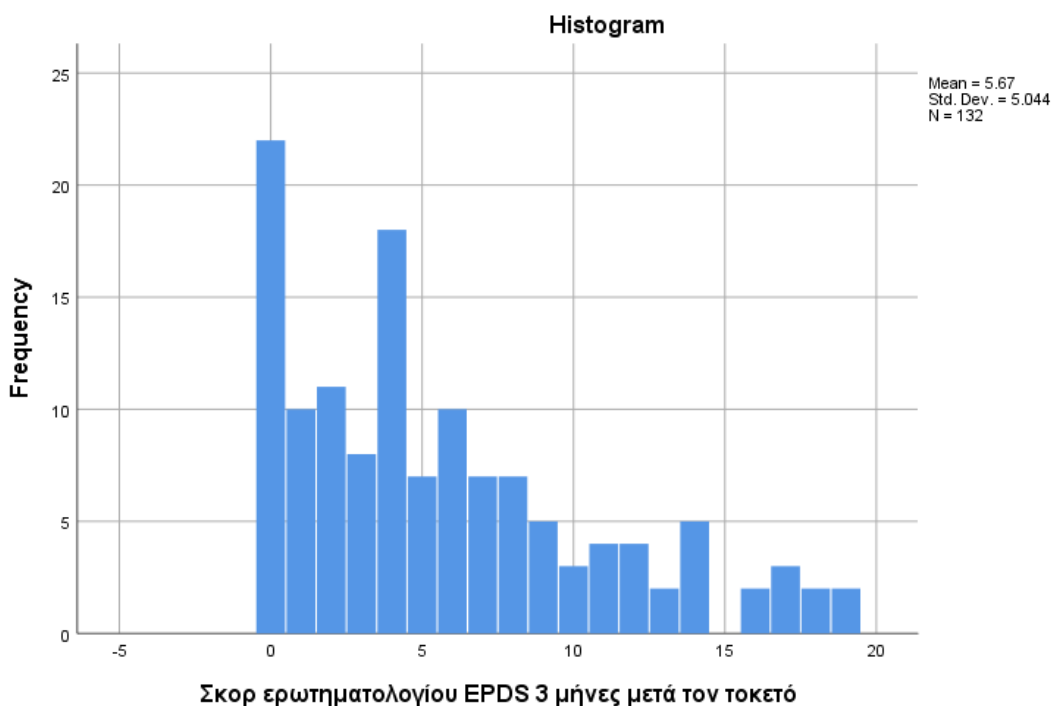
Πίνακας 30: Συχνότητα και ποσοστιαία κατανομή για το σκορ στο EPDS (3 μήνες μετά από τον τοκετό)

		Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Συνολικό Σκορ σε	0-8	100	75,8
ερωτηματολόγιο	9-12	16	12,1
EPDS	13-30	16	12,1
	Σύνολο	132	100.0

Ένα αρχικό σχόλιο που μπορεί να καταγραφεί είναι μικρές αυξητικές μεταβολές που σημειώθηκαν στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου EPDS από το στάδιο πριν τον τοκετό στο στάδιο κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, αλλάζουν άρδην κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό όπου και καταγράφεται μια ιδιαίτερα σημαντική μείωση κατά μέσο όρο στο σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχουσες.

Τέλος στο γράφημα 26, παρουσιάζεται η συχνότητα κατανομής των απαντήσεων με βάση το συνολικό σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS τρεις μήνες μετά από τον τοκετό.

Γράφημα 26: Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων των σκορ στο EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό



Στοιχεία της κλίμακας BSE

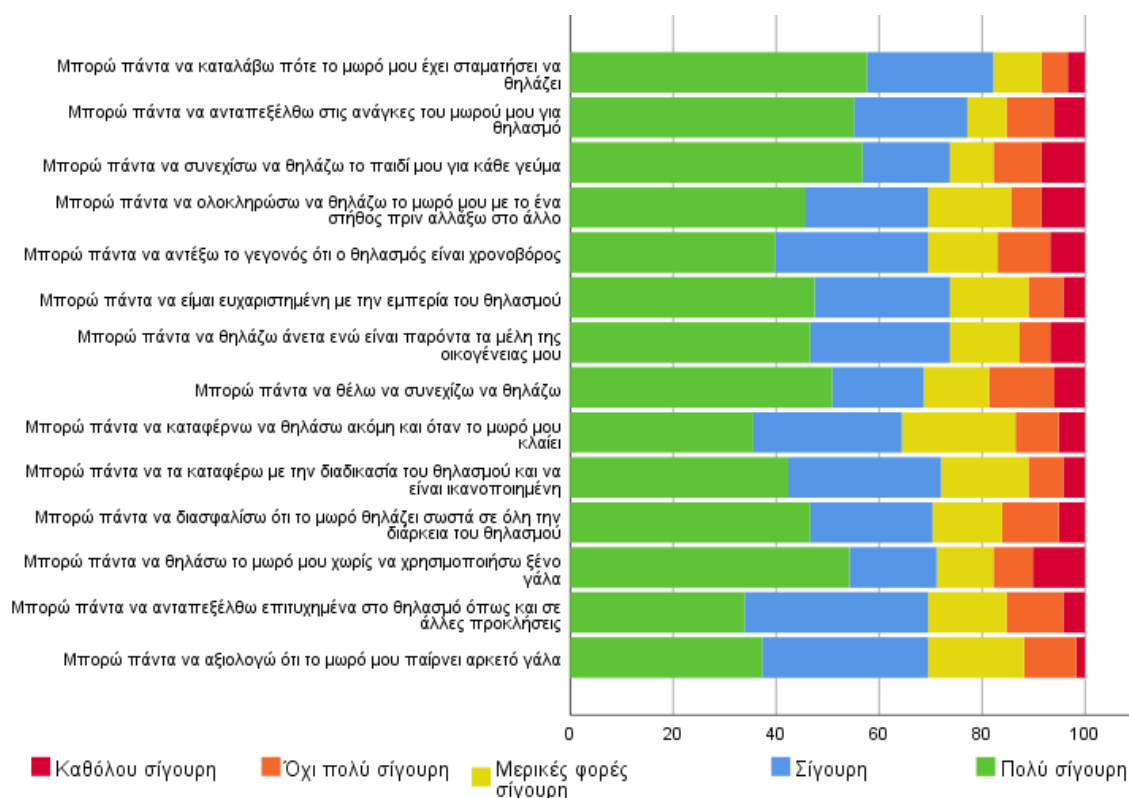
Όπως και στην προηγούμενη ενότητα (έναν μήνα μετά από τον τοκετό), έτσι και στην παρούσα ενότητα (τρεις μήνες μετά από τον τοκετό) έγινε χρήση του εργαλείου για την μέτρηση της Κλίμακας Αυτό-Αποτελεσματικότητας στον Θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale). Το ερωτηματολόγιο -όπως ήδη έχει αναφερθεί- αποτελείται από 14 στοιχεία τα οποία απαντώνται σε μια κλίμακα Likert από 1 (καθόλου σίγουρη) έως 5 (πολύ σίγουρη). Η επαναληπτική συμπλήρωση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου έχει ως σκοπό να καταγράψει τις μεταβολές που οι ίδιες γυναίκες που θηλάζουν θεωρούν ότι επήλθαν 2 περίπου μήνες μετά την αρχική του συμπλήρωση. Τα αποτελέσματα θα παρουσιασθούν με τον ίδιο τρόπο όπως και στην προηγούμενη ενότητα προκειμένου να είναι ευκολότερη η σύγκριση των αποτελεσμάτων. Στον πίνακα 31, παρουσιάζεται η κατανομή των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο για κάθε στοιχείο χωριστά, καθώς επίσης η μέση (σε κλίμακα 1-5) και η διάμεσος τιμή ενώ η γραφική απεικόνιση των απαντήσεων φαίνεται στο γράφημα 27

Πίνακας 31: Στοιχεία ερωτηματολογίου BSE τρεις μήνες μετά από τον τοκετό

	Καθόλου σίγουρη	Όχι πολύ σίγουρη	Μερικές φορές σίγουρη	Σίγουρη	Πολύ σίγουρη	Διάμεσος τιμή	Μέσος όρος (από 1 έως 5)
Μπορώ πάντα να αξιολογώ ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα	1,7%	10,2%	18,6%	32,2%	37,3%	Σίγουρη	3,93
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις	4,2%	11%	15,3%	35,6%	33,9%	Σίγουρη	3,84

Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα	10,2%	7,6%	11%	16,9%	54,2%	Πολύ σίγουρη	3,97
Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό θηλάζει σωστά σε όλη την διάρκεια του θηλασμού	5,1%	11%	13,6%	23,7%	46,6%	Σίγουρη	3,96
Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με την διαδικασία του θηλασμού και να είναι ικανοποιημένη	4,2%	6,8%	16,9%	29,7%	42,4%	Σίγουρη	3,99
Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει	5,1%	8,5%	22%	28,8%	35,6%	Σίγουρη	3,81
Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω	5,9%	12,7%	12,7%	17,8%	50,8%	Πολύ σίγουρη	3,95
Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειας μου	6,8%	5,9%	13,6%	27,1%	46,6%	Σίγουρη	4,01
Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού	4,2%	6,8%	15,3%	26,3%	47,5%	Σίγουρη	4,06
Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος	6,8%	10,2%	13,6%	29,7%	39,8%	Σίγουρη	3,86
Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο	8,5%	5,9%	16,1%	23,7%	45,8%	Σίγουρη	3,92
Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα	8,5%	9,3%	8,5%	16,9%	56,8%	Πολύ σίγουρη	4,04
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό	5,9%	9,3%	7,6%	22%	55,1%	Πολύ σίγουρη	4,11
Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει	3,4%	5,1%	9,3%	24,6%	57,6%	Πολύ σίγουρη	4,28

Γράφημα 27: Κατανομή απαντήσεων BSE τρεις μήνες μετά από τον τοκετό



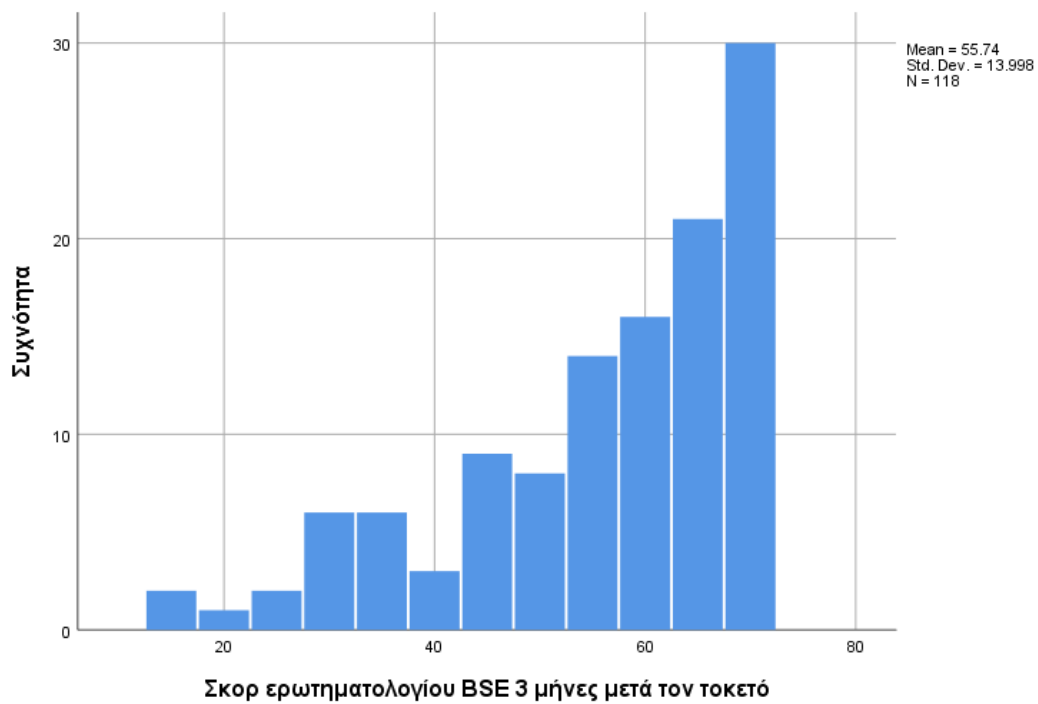
Στον πίνακα 32 παρουσιάζονται τα περιγραφικά μέτρα του συνολικού σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα στο ερωτηματολόγιο τρεις μήνες μετά από τον τοκετό. Υπενθυμίζεται ότι το συνολικό σκορ λαμβάνει τιμές 14-70 και όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Η μέση τιμή στο συνολικό σκορ που σημείωσαν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο BSE είναι 55,74 ενώ το 50% αυτών σημείωσε σκορ μεγαλύτερο του 60. Η ελάχιστη τιμή ήταν το 15 (χαμηλότερη τιμή BSE το 14) ενώ η μέγιστη τιμή το 70 (μέγιστη τιμή BSE το 70). Επιπλέον στο γράφημα 28 παρουσιάζεται η κατανομή των συχνοτήτων στις απαντήσεις των γυναικών στο ερωτηματολόγιο BSE.

Αν και αναλυτική σύγκριση των αποτελεσμάτων θα γίνει στο τέλος του κεφαλαίου, σε γενικές γραμμές μπορεί να τονισθεί το γεγονός ότι οι γυναίκες σημειώνουν κατά μέσο όρο σημαντικά υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας τρεις μήνες μετά από τον τοκετό (55,74) σε σχέση με το σκορ που σημείωσαν έναν μήνα μετά από τον τοκετό (51,73). Επιπλέον τα υπόλοιπα περιγραφικά μέτρα καθώς και τα 14 επιμέρους στοιχεία του ερωτηματολογίου υποδεικνύουν μια σαφή αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, γεγονός που μένει να επιβεβαιωθεί με τις επαγωγικές μεθόδους που θα εφαρμοσθούν στην επόμενη ενότητα.

Πίνακας 32: Περιγραφικά μέτρα, Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό

Σκορ	Ελλείποντα	32
ερωτηματολογίου BSE		
Μέσος (Mean)		55,74
Τυπικό σφάλμα του μέσου (Std. Error of Mean)		1,289
Διάμεσος (Median)		60,00
Επικρατούσα τιμή (Mode)		68
Τυπική απόκλιση (Std. Deviation)		13,998
Διακύμανση (Variance)		195,939
Ασυμμετρία (Skewness)		-1,077
Τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας (Std. Error of Skewness)		0,223
Κύρτωση (Kurtosis)		0,292
Τυπικό σφάλμα κύρτωσης (Std. Error of Kurtosis)		0,442
Εύρος (Range)		55
Ελάχιστο (Minimum)		15
Μέγιστο (Maximum)		70

Γράφημα 28: Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων των σκορ στο BSE τρεις μήνες μετά τον τοκετό



6.2. Επαγωγική στατιστική

Στην παρούσα ενότητα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή τεχνικών στατιστικής ανάλυσης. Με άλλα λόγια, διερευνάται η ύπαρξη πιθανών συσχετίσεων και η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν ώστε να εξαχθούν όσο το δυνατόν πιο ασφαλή συμπεράσματα και να απαντηθούν με την μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια τα ερευνητικά ερωτήματα. Λόγω της φύσης της έρευνας και του ιδιαίτερα εκτεταμένου όγκου δεδομένων που έχουν συλλεχθεί για αυτήν, δεν θα ήταν εύχρηστη η παρουσίαση του συνόλου των ελέγχων συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν. Συνεπώς, προκειμένου να καταστεί η παρούσα εργασία περισσότερο ευανάγνωστη και χρηστική για τον αναγνώστη θα παρουσιασθούν μόνο οι στατιστικά σημαντικοί έλεγχοι.

Όλοι οι έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0.05$, δηλαδή η πιθανότητα σφάλματος που εμπεριέχεται στα αποτελέσματα από την ανάλυση του συγκεκριμένου δείγματος είναι έως 5% (επίπεδο εμπιστοσύνης 95%).

6.2.1. Συσχετίσεις κλίμακας EPDS

Αρχικά ελέγχθηκε η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου EPDS με την μέτρηση του δείκτη Cronbach A και για τα τρία σετ απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου προκύπτει ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας για την κλίμακα στο συγκεκριμένο δείγμα καθώς για το EPDS πριν τον τοκετό ο Cronbach A=0.844, ένα μήνα μετά τον τοκετό Cronbach A=0,904 και τρεις μήνες μετά τον τοκετό Cronbach A=0,894.

Ακολούθως, διενεργήθηκε έλεγχος κανονικότητας για το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο του EPDS κατά τα τρία στάδια της συλλογής του (πριν, έναν μήνα μετά και τρεις μήνες μετά τον τοκετό). Αυτό είναι απαραίτητο βήμα καθώς θα καθορίσει το είδος των ελέγχων που θα λάβουν χώρα στην συνέχεια (παραμετρικοί ή μη παραμετρικοί έλεγχοι).

Πίνακας 33: Έλεγχος κανονικότητας για το συνολικό σκορ ερωτηματολογίου EPDS

Σκορ ερωτηματολογίου EPDS	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Πριν τον τοκετό	.123	132	.000	.948	132	.000
1 μήνα μετά τον τοκετό	.130	132	.000	.929	132	.000
3 μήνες μετά τον τοκετό	.152	132	.000	.900	132	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Όπως φαίνεται από την διενέργεια του ελέγχου που παρουσιάζεται στον πίνακα 34, για τα 3 διαφορετικά συνολικά σκορ –πριν τον τοκετό, 1 μήνα μετά και 3 μήνες μετά τον τοκετό- η συνεχής μεταβλητή συνολικό σκορ EPDS δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή. Αυτό διαπιστώνεται καθώς στον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov το Sig<0.05, συνεπώς τα δεδομένα διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από την κανονικότητα. Αυτό συνεπάγεται ότι όλοι οι έλεγχοι υποθέσεων που θα ακολουθήσουν και θα συμπεριλαμβάνουν την μεταβλητή του συνολικού σκορ EPDS θα είναι μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Πριν από τον τοκετό

Πίνακας 34: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ EPDS πριν από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	DF	P_value
Ηλικία	<18	5	112.50	14,831	5	0,011
	18-24	11	93.36			
	25-29	42	77.46			
	30-34	59	73.40			
	35-39	23	51.83			
	>40	10	95.95			
	Σύνολο	150				
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	7	104.36	8,739	3	0,033
	Έγγαμη	138	74.14			
	Διαζευγμένη	2	128.25			
	Συμβίωση	3	35.67			
	Σύνολο	150				

Πίνακας 35: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ EPDS πριν από τον τοκετό (Mann-Whitney test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	P_value
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	30	92.50	2775.00	1290	-2.402	0,016
	Ναι	120	71.25	8550.00			
	Σύνολο	150					

Πίνακας 36: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ EPDS πριν από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε;	150	-0,218	0,007
Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;	150	-0,169	0,039
Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;	150	-0,172	0,035

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS πριν τον τοκετό με τους εξής δημογραφικούς παράγοντες:

Ηλικία: Οι γυναίκες μικρότερης (< 18 και 18-24) και μεγαλύτερης ηλικίας (>40) είναι πιο πιθανό να σημειώσουν υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 34).

Οικογενειακή κατάσταση: Οι διαζευγμένες και οι άγαμες είναι πιθανότερο να σημειώσουν υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 34).

Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει: Οι γυναίκες που δεν έχουν κάποιο άτομο στο περιβάλλον τους που να έχει θηλάσει είναι πιθανότερο να σημειώσουν μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 35).

Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που νιώθουν λιγότερο ικανές να θηλάσουν είναι πιθανότερο να σημειώσουν μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 36) και αντίστροφα.

Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του θηλασμού είναι πιθανότερο να σημειώσουν μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 36) και αντίστροφα.

Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που θεωρούν το μητρικό γάλα πολύ σημαντικό για την ανάπτυξη του παιδιού είναι πιθανότερο να σημειώσουν μικρότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 36) και αντίστροφα.

Έναν μήνα μετά από τον τοκετό

Πίνακας 37: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ EPDS 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε;	139	-0,219	0,010
Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;	139	-0,193	0,023
Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;	139	-0,202	0,017

Πίνακας 38: Έλεγχοι Στοιχεία του δείγματος 1 μήνα μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής		Mean Rank	Kruskal-Wallis H	DF	P_value
	N					
Πότε έγινε ακριβώς η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	65	62.61	13,804	4	0,008
	2 – 6 ώρες μετά τον τοκετό	53	73.27			
	6 – 24 ώρες μετά τον τοκετό	6	115.25			
	την επόμενη μέρα του τοκετού	6	82.50			
	μετά το τρίτο 24ωρο της γέννησης	7	44.79			
	Σύνολο	137				
Τις 3 πρώτες ημέρες στο νοσοκομείο	Κάνετε αποκλειστικό θηλασμό	92	65.52	7,716	2	0,021
	Θηλάζετε και δίνετε συμπλήρωμα με ξένο γάλα	41	82.04			
	Δίνετε μόνο ξένο γάλα	5	39.90			
	Σύνολο	138				
Τώρα (ένα μήνα μετά από τον τοκετό) κάνετε	Αποκλειστικό θηλασμό	86	59.55	17,526	3	0,001
	Θηλασμό και λίγο ξένο	31	87.03			
	Πιο πολύ ξένο και λίγες φορές θηλασμό	13	76.08			
	Μόνο ξένο γάλα	9	102.39			
	Σύνολο	139				

Πίνακας 39: Έλεγχος Στοιχεία του δείγματος 1 μήνα μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Mann-Whitney test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	P_value
Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα με τον θηλασμό έως σήμερα ;	Όχι	106	79,22	8397,50	771,500	-4,849	0,000
	Ναι	33	40,38	1332,50			
	Σύνολο	139					

Πίνακας 40: Έλεγχος Στοιχεία του δείγματος 1 μήνα μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Νιώθετε ικανή ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό	139	-0,455	0,000
Είστε ικανοποιημένη με την προσπάθειά του θηλασμού έως σήμερα	139	-0,365	0,000

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS ένα μήνα μετά από τον τοκετό με τους εξής παράγοντες:

Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που αισθάνονται περισσότερο ικανές στον θηλασμό είναι πιθανότερο να σημειώσουν μικρότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 37) και αντίστροφα.

Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που δεν έχουν ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του θηλασμού είναι πιθανότερο να σημειώσουν μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 37) και αντίστροφα.

Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Υπάρχει στατιστικά σημαντική και αρνητική συσχέτιση. Οι γυναίκες που θεωρούν περισσότερο σημαντικό το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού είναι πιθανότερο να σημειώσουν μικρότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 37).

Πότε έγινε ακριβώς η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος: Οι γυναίκες στις οποίες έγινε άμεσα τοποθέτηση νεογνού στο στήθος είναι πιθανότερο να σημειώσουν μικρότερο

σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS σε αντίθεση με τις γυναίκες που η τοποθέτηση στο στήθος γίνεται αργότερα από 6 ώρες από τον τοκετό που είναι πιο πιθανό να σημειώσουν μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο (πίνακας 38).

Τις 3 πρώτες ημέρες στο νοσοκομείο: Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS έναν μήνα μετά από τον τοκετό και στο αν το νεογνό κατά τις 3 πρώτες ημέρες ζωής (δηλαδή τις μέρες στο μαιευτήριο) και στο αν γίνεται αποκλειστικός θηλασμός ή όχι (πίνακας 38).

Τώρα (ένα μήνα μετά από τον τοκετό) κάνετε: Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS έναν μήνα μετά από τον τοκετό και στο αν έναν μήνα μετά τον τοκετό γίνεται αποκλειστικός θηλασμός ή όχι (πίνακας 38).

Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα με τον θηλασμό έως σήμερα: Οι γυναίκες οι οποίες δεν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό είναι πιο πιθανό να σημειώσουν χαμηλότερο σε σκορ στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης σε σχέση με εκείνες που αντιμετωπίζουν προβλήματα (πίνακας 39).

Νιώθετε ικανή ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό: Υπάρχει μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ του EPDS και στο αίσθημα ικανότητας της γυναίκας στον θηλασμό. Όσο πιο ικανή αισθάνεται μια γυναίκα τόσο πιο πιθανό να σημειώσει χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο του EPDS (πίνακας 40).

Είστε ικανοποιημένη με την προσπάθειά του θηλασμού έως σήμερα: Υπάρχει μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ του EPDS και στο αίσθημα ικανοποίησης της γυναίκας στον θηλασμό. Όσο πιο ικανοποιημένη αισθάνεται μια γυναίκα από τον θηλασμό τόσο πιο πιθανό να σημειώσει χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο του EPDS (πίνακας 40).

Τρεις μήνες μετά από τον τοκετό

Πίνακας 41: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ EPDS 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;	132	-0,194	0,026

Πίνακας 42: Έλεγχοι Στοιχεία του δείγματος 3 μήνες μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	DF	P_value
Εάν χορηγείτε ξένο γάλα ποια είναι η αντιστοιχία του στην ημερήσια κατανάλωση	Κανένα – αποκλειστικός θηλασμός	78	55.48	11,317	4	0,023
	1 – 2 γεύματα	13	72.69			
	3 – 5 γεύματα	18	73.61			
	Πάνω από 5	4	101.50			
	Μόνο ξένο γάλα	12	72.63			
	Σύνολο	125				

Πίνακας 43: Έλεγχοι Στοιχεία του δείγματος 3 μήνες μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Σας ικανοποιεί η προσπάθειά σας ως προς το θηλασμό	132	-0,412	0,000
Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό	132	-0,438	0,000
Πόσο ικανή νιώθετε ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό	132	-0,377	0,000
Πόσο επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό (σε μήνες)	132	-0,216	0,029
Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό	132	-0,383	0,000

Πίνακας 44: Έλεγχοι Στοιχεία του δείγματος 3 μήνες μετά από τον τοκετό - Συνολικό σκορ EPDS 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Mann-Whitney test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	P_value
Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα με τον θηλασμό έως σήμερα ;	Όχι	63	73,68	4642,00	1091,000	-3,953	0,000
	Ναι	59	48,49	2861			
	Σύνολο	122					

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS τρεις μήνες μετά από τον τοκετό με τους εξής παράγοντες:

Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Υπάρχει ασθενής αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο συνολικό σκορ του EPDS κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό και το πόσο σημαντικό θεωρεί η γυναίκα το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού. Όσο περισσότερο σημαντικό το θεωρεί τόσο πιο μικρή η πιθανότητα να σημειώσει υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο του EPDS (πίνακας 42).

Εάν χορηγείτε ξένο γάλα ποια είναι η αντιστοιχία του στην ημερήσια κατανάλωση: Οι γυναίκες που δεν χορηγούν ξένο γάλα αλλά κάνουν αποκλειστικό θηλασμό είναι πιο πιθανό να σημειώσουν χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο του EPDS κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό (πίνακας 43).

Σας ικανοποιεί η προσπάθειά σας ως προς το θηλασμό: Υπάρχει μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό σκορ EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό). Όσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση της γυναίκας από τον θηλασμό, τόσο μικρότερη πιθανότητα για υψηλό σκορ στην επιλόχεια κατάθλιψη (πίνακας 44).

Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό: Μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση με το συνολικό σκορ EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό). Όσο υψηλότερη η αυτοπεποίθηση της γυναίκας από τον θηλασμό, τόσο μικρότερη πιθανότητα για υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 44).

Πόσο ικανή νιώθετε ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό: Μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό σκορ EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό). Όσο υψηλότερη το αίσθημα ικανότητας της γυναίκας στον θηλασμό, τόσο μικρότερη πιθανότητα για υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 44).

Πόσο επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό: Ασθενής αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση με το συνολικό σκορ EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό). Όσο μεγαλύτερο το διάστημα το οποίο προτίθεται η γυναίκα να θηλάσει, τόσο μικρότερη πιθανότητα για υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 44).

Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό: Μέτρια αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το συνολικό σκορ EPDS (3 μήνες μετά τον τοκετό). Όσο περισσότερη στήριξη λαμβάνει η γυναίκα από το περιβάλλον της σχετικά

με τον θηλασμό, τόσο μικρότερη πιθανότητα να σημειώσει υψηλό σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS (πίνακας 44).

Έχετε αντιμετωπίσει προβλήματα με τον θηλασμό έως σήμερα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ του ερωτηματολογίου EPDS και το αν έχει αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα η γυναίκα μέχρι τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που δεν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα, σημειώνουν μικρότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS.

6.2.2. Συσχετίσεις κλίμακας BSE

Όπως και στην προηγούμενη ενότητα, ως πρώτο βήμα της ανάλυσης, ελέγχθηκε η εσωτερική συνέπεια του εργαλείου BSE με την μέτρηση του δείκτη Cronbach A και για τα δύο σετ απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου προκύπτει και εδώ ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας για την κλίμακα στο συγκεκριμένο δείγμα καθώς για το BSE ένα μήνα μετά τον τοκετό Cronbach A=0,955 και τρεις μήνες μετά τον τοκετό Cronbach A=0,964.

Έπειτα, διενεργήθηκε έλεγχος κανονικότητας για το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο του BSE στα δύο στάδια της συλλογής του (έναν μήνα και τρεις μήνες μετά τον τοκετό). Αυτό θα καθορίσει το είδος των ελέγχων που θα λάβουν χώρα στην συνέχεια (παραμετρικοί ή μη παραμετρικοί έλεγχοι).

Πίνακας 36: Έλεγχος κανονικότητας για το συνολικό σκορ ερωτηματολογίου BSE

Σκορ ερωτηματολογίου EPDS	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
1 μήνα μετά τον τοκετό	.122	118	.000	.926	118	.000
3 μήνες μετά τον τοκετό	.154	118	.000	.868	118	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Όπως φαίνεται από την διενέργεια του ελέγχου που παρουσιάζεται στον πίνακα 36, η συνεχής μεταβλητή συνολικό σκορ BSE δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή. Αυτό διαπιστώνεται καθώς στον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov το Sig<0.05, συνεπώς τα δεδομένα διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από την κανονικότητα. Αυτό συνεπάγεται ότι όλοι οι έλεγχοι υποθέσεων που θα ακολουθήσουν με την μεταβλητή του συνολικού σκορ BSE θα είναι μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Έναν μήνα μετά τον τοκετό

Πίνακας 37: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά- Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής		Mean Rank	Kruskal-Wallis H	DF	P_value
		N				
Ηλικία	<18	5	35,70	12,506	5	0,028
	18-24	7	35,57			
	25-29	38	67,12			
	30-34	57	73,29			
	35-39	21	84,90			
	>40	10	65,25			
	Σύνολο	138				
Πληθυσμιακή ομάδα	Έλληνας	126	69,10	10,544	2	0,005
	Αλλοδαπός	9	95,22			
	Ρομά	3	9,33			
	Σύνολο	138				
Πρόθεση θηλασμού	Αποκλειστικός θηλασμός	107	77,69	20,342	2	0,000
	Μόνο ξένο γάλα	5	31,90			
	Θηλασμός και παράλληλα ξένο γάλα	26	43,02			
	Σύνολο	138				

Πίνακας 38: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά- Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Mann-Whitney test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής		Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	P_value
		N					
Άλλα τέκνα	Όχι	84	63,42	5327,00	1757,000	-2,074	0,038
	Ναι	53	77,85	4125,00			
	Σύνολο	137					
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	89	61,47	5471,00	1466,000	-2,529	0,011
	Ναι	45	79,42	3574,00			
	Σύνολο	134					

Πίνακας 39: Έλεγχοι Δημογραφικά χαρακτηριστικά - Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
-------------------	---	-------------------------	---------

Πρόθεση διάρκειας θηλασμού	138	0,379	0,000
Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε;	138	0,422	0,000
Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;	138	0,376	0,000
Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;	138	0,489	0,000

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο BSE έναν μήνα μετά από τον τοκετό με τους εξής δημογραφικούς παράγοντες:

Ηλικία: Φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό και την ηλικιακή ομάδα της γυναίκας. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες που ανήκουν στις ηλικίες 35-39 πετυχαίνουν το μεγαλύτερο σκορ στο ερωτηματολόγιο του BSE ενώ ακολουθούν οι ηλικίες 30-34, 25-29 και άνω των 40. Πολύ χαμηλότερα στο σκορ της αυτό-αποτελεσματικότητας βρίσκονται οι ηλικίες κάτω των 18 και 18-24 (πίνακας 37). Έλεγχος cross tabulation επιβεβαίωσε την σημαντικότητα της σχέσης ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες όπως π.χ. η ύπαρξη άλλων τέκνων.

Πληθυσμιακή ομάδα: Οι αλλοδαπές γυναίκες φαίνεται να πετυχαίνουν μεγαλύτερο σκορ αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό σε σχέση με τις Ελληνίδες και τις γυναίκες που ανήκουν στην πληθυσμιακή ομάδα των Ρομά (πίνακας 37). Έλεγχος cross tabulation επιβεβαίωσε την σημαντικότητα της σχέσης ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες όπως π.χ. η ύπαρξη άλλων τέκνων.

Πρόθεση θηλασμού: Οι γυναίκες που προτίθενται εκ των προτέρων να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό σημειώνουν το μεγαλύτερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον θηλασμό σε σχέση με τις γυναίκες που σκέφτονται μεικτό θηλασμό ή σίτιση μόνο με ξένο γάλα (πίνακας 37).

Άλλα τέκνα: Οι γυναίκες που έχουν αποκτήσει ξανά κατά το παρελθόν τέκνα σημειώνουν μεγαλύτερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού έναν μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 38).

Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού: Οι γυναίκες που έχουν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού σημειώνουν μεγαλύτερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού έναν μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 38).

Πρόθεση διάρκειας θηλασμού: Υπάρχει μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην πρόθεση της διάρκειας θηλασμού και της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό. Όσο μεγαλύτερο είναι το διάστημα που προτίθενται να θηλάσουν οι γυναίκες εκ των προτέρων τόσο μεγαλύτερη η αυτό-αποτελεσματικότητα που σημειώνουν κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 39).

Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε: Υπάρχει μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο αίσθημα ικανότητα στον θηλασμό και της αυτό-αποτελεσματικότητας. Όσο περισσότερο ικανές αισθάνονται οι γυναίκες για θηλασμό εκ των προτέρων τόσο μεγαλύτερη η αυτό-αποτελεσματικότητα που σημειώνουν κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 39).

Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού: Υπάρχει μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην επαρκή ενημέρωση για τα οφέλη του θηλασμού και της αυτό-αποτελεσματικότητας. Όσο περισσότερο ενημερωμένες είναι οι γυναίκες για θηλασμό εκ των προτέρων τόσο μεγαλύτερη η αυτό-αποτελεσματικότητα που σημειώνουν κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 39).

Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Υπάρχει μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην σημαντικότητα που αποδίδουν οι γυναίκες στο μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού και της αυτό-αποτελεσματικότητας. Όσο πιο σημαντικό θεωρούν οι γυναίκες εκ των προτέρων το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού τόσο μεγαλύτερη η αυτό-αποτελεσματικότητα που σημειώνουν στον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 39).

Πίνακας 40: Έλεγχοι στοιχεία ερωτηματολογίου έναν μήνα μετά τον τοκετό - Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής			Kruskal-Wallis H	DF	P_value
		N	Mean Rank			
Πότε έγινε ακριβώς η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	65	79,58	14,527	4	0,006
	2 – 6 ώρες μετά τον τοκετό	53	64,80			
	6 – 24 ώρες μετά τον τοκετό	6	34,17			
	την επόμενη μέρα του τοκετού	6	34,83			
	μετά το τρίτο 24ωρο της γέννησης	7	61,71			
	Σύνολο	137				
Τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός θηλασμός	92	78,88	17,426	2	0,000
	Θηλασμός και συμπλήρωμα ξένου γάλακτος	41	49,30			
	Μόνο ξένο γάλα	4	43,75			
	Σύνολο	137				
Τώρα (έναν μήνα μετά από τον τοκετό) κάνετε	Αποκλειστικό θηλασμό	86	89,94	64,552	3	0,000
	Θηλασμό και λίγο ξένο	31	43,29			
	Πιο πολύ ξένο και λίγες φορές θηλασμό	13	34,38			
	Μόνο ξένο γάλα	8	8,44			
	Σύνολο	138				

Πίνακας 41: Έλεγχοι στοιχεία ερωτηματολογίου έναν μήνα μετά τον τοκετό - Συνολικό σκορ BSE 1 μήνα μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Για πόσο διάστημα σκοπεύετε να συνεχίσετε τον θηλασμό	138	0,460	0,000
Είχατε βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο;	138	0,202	0,017

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο BSE έναν μήνα μετά από τον τοκετό με τα εξής στοιχεία του ερωτηματολογίου έναν μήνα μετά τον τοκετό:

Πότε έγινε ακριβώς η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ που σημειώνουν οι γυναίκες στην αυτό-αποτελεσματικότητα και στον χρόνο που έγινε η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες στις οποίες η τοποθέτηση στο στήθος γίνεται εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό σημειώνουν το μεγαλύτερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα και ακολουθούν οι γυναίκες στις οποίες η τοποθέτηση έγινε 2-6 ώρες από τον τοκετό (πίνακας 40).

Τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο: Στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό και την σίτιση του νεογνού κατά τις πρώτες μέρες στο μαιευτήριο. Οι γυναίκες οι οποίες έκαναν αποκλειστικό θηλασμό κατά τις 3 πρώτες μέρες σημειώνουν υψηλότερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα έναν μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 40).

Τώρα (έναν μήνα μετά από τον τοκετό) κάνετε: Οι γυναίκες που κάνουν αποκλειστικό θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό σημειώνουν υψηλότερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό (πίνακας 40).

Για πόσο διάστημα σκοπεύετε να συνεχίσετε τον θηλασμό: Υπάρχει μέτρια θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο διάστημα που η γυναίκα σκοπεύει να θηλάσει και στην αυτό-αποτελεσματικότητά της στον θηλασμό. Όσο μεγαλύτερο το διάστημα που σκοπεύει να θηλάσει η γυναίκα τόσο υψηλότερη η αυτό-αποτελεσματικότητά στον θηλασμό (πίνακας 41).

Είχατε βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο: Υπάρχει χαμηλή θετική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην αυτό-αποτελεσματικότητά στον θηλασμό και την βοήθεια που έλαβε η γυναίκα από τους επαγγελματίες υγείας στο μαιευτήριο. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός που έλαβε η γυναίκα κατά τις 3 πρώτες ημέρες τόσο υψηλότερη η αυτό-αποτελεσματικότητά της στον θηλασμό έναν μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 41).

Τρεις μήνες μετά από τον τοκετό

Πίνακας 42: Έλεγχοι στοιχεία ερωτηματολογίου 3 μήνες μετά τον τοκετό - Συνολικό σκορ BSE 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Kruskal-Wallis test)

Μεταβλητή ελέγχου	Ομαδοποίηση μεταβλητής	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	DF	P_value
	Κανένα – αποκλειστικός θηλασμός	78	76.45	60,584	4	0,000

Αντιστοιχία ξένου γάλατος στην ημερήσια σίτιση του βρέφους	1 – 2 γεύματα	13	40.50			
	3 – 5 γεύματα	17	23.82			
	Πάνω από 5	4	10.38			
	Μόνο ξένο γάλα	6	14.17			
	Σύνολο	118				

Πίνακας 43: Έλεγχοι στοιχεία ερωτηματολογίου 3 μήνες μετά τον τοκετό - Συνολικό σκορ BSE 3 μήνες μετά από τον τοκετό (Spearman's rho)

Μεταβλητή ελέγχου	N	Correlation Coefficient	P_value
Σας ικανοποιεί η προσπάθεια σας ως προς τον θηλασμό;	118	0,710	0,000
Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό;	118	0,760	0,000
Πόσο ικανή νιώθετε ώστε να συνεχίσετε τον θηλασμό;	118	0,757	0,000
Πόσο καιρό επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό;	118	0,428	0,000
Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό;	118	0,509	0,000

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν, προκύπτουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του σκορ στο ερωτηματολόγιο BSE τρεις μήνες μετά από τον τοκετό με τα εξής στοιχεία του ερωτηματολογίου τρεις μήνες μετά τον τοκετό:

Αντιστοιχία ξένου γάλατος στην ημερήσια σίτιση του βρέφους: Υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο σκορ της αυτό-ικανοποίησης στον θηλασμό και την αντιστοιχία (εάν υπάρχει) ξένου γάλατος που δίνεται στο βρέφος. Ποιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά πετυχαίνουν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα BSE σε σχέση με εκείνες που δίνουν ξένο γάλα (πίνακας 42).

Σας ικανοποιεί η προσπάθεια σας ως προς τον θηλασμό: Υπάρχει υψηλή και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον βαθμό ικανοποίησης της γυναίκας από τον θηλασμό και το σκορ που πετυχαίνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός στον οποίο δηλώνει ικανοποιημένη η γυναίκα τόσο υψηλότερο

εμφανίζεται να είναι το σκορ που πετυχαίνει στην κλίμακα της αυτό-ικανοποίησης (πίνακας 43).

Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό: Υπάρχει υψηλή και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον βαθμό αυτοπεποίθησης της γυναίκας στον θηλασμό και το σκορ που πετυχαίνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός αυτοπεποίθησης τόσο υψηλότερο εμφανίζεται να είναι το σκορ που πετυχαίνει στην κλίμακα της αυτό-ικανοποίησης (πίνακας 43).

Πόσο ικανή νιώθετε ώστε να συνεχίσετε τον θηλασμό: Υπάρχει υψηλή και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα αίσθημα ικανότητας της γυναίκας στον θηλασμό και το σκορ που πετυχαίνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης. Όσο μεγαλύτερο το αίσθημα ικανότητας τόσο υψηλότερο εμφανίζεται να είναι το σκορ που πετυχαίνει στην κλίμακα της αυτό-ικανοποίησης (πίνακας 43).

Πόσο καιρό επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό: Υπάρχει μέτρια και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο διάστημα το οποίο επιθυμεί η γυναίκα να συνεχίσει τον θηλασμό και το σκορ που πετυχαίνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης. Όσο περισσότερο το διάστημα το οποίο επιθυμεί να θηλάσει τόσο υψηλότερο εμφανίζεται να είναι το σκορ που πετυχαίνει στην κλίμακα της αυτό-ικανοποίησης (πίνακας 43).

Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό: Υπάρχει υψηλή και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον βαθμό στήριξης που έχει η γυναίκα από το περιβάλλον σχετικά με τον θηλασμό και το σκορ που πετυχαίνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης. Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός στήριξης τόσο υψηλότερο εμφανίζεται να είναι το σκορ που πετυχαίνει στην κλίμακα της αυτό-ικανοποίησης (πίνακας 43).

6.2.3. Συσχέτιση ανάμεσα σε EPDS και BSE

Επιπλέον έλεγχοι πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στα συνολικά σκορ των ερωτηματολογίων EPDS και BSE. Οι έλεγχοι αυτοί, έχουν ως στόχο να αναδείξουν την σχέση ανάμεσα σε μια προϋπάρχουσα ή την μετέπειτα εμφάνιση μιας πιθανής επιλόχειας κατάθλιψης και την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό. Αρχικά έγινε έλεγχος μεταξύ του EPDS πριν από τον τοκετό και την συνολική αυτό-αποτελεσματικότητα έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου που παρουσιάζονται στον πίνακα 44, προκύπτει χαμηλή αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, τόσο έναν μήνα μετά τον

τοκετό όσο και τρεις μήνες μετά. Δηλαδή, τα άτομα που σημείωσαν υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης είναι πιο πιθανό να σημειώσουν χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό και το αντίστροφο.

Πίνακας 44: Συσχέτιση ανάμεσα σε EPDS (πριν τον τοκετό) και BSE (έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό) (Pearson Correlation)

		Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό	Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Pearson	-.234**	-.298**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	.005	.001
	N	138	118

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Αυτό το μοτίβο, φαίνεται να επαναλαμβάνεται στην μέτρηση της επιλόχειας κατάθλιψης έναν μήνα μετά τον τοκετό (πίνακας 45) όπου μάλιστα η συσχέτιση παραμένει αρνητική και γίνεται ακόμα πιο έντονη.

Πίνακας 45: Συσχέτιση ανάμεσα σε EPDS (έναν μήνα μετά τον τοκετό) και BSE (έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό) (Pearson Correlation)

		Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό	Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό	Pearson	-.387**	-.336**
	Correlation		
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	138	118

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Το ίδιο ισχύει και για την σχέση των EPDS και BSE κατά την μέτρηση τους 3 μήνες μετά τον τοκετό. Όπως φαίνεται στον πίνακα 46, επίσης υπάρχει αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση η οποία για μια ακόμα φορά εμφανίζεται πιο έντονη σε σύγκριση με τους προηγούμενους ελέγχους.

Πίνακας 46: Συσχέτιση ανάμεσα σε EPDS (τρεις μήνες μετά τον τοκετό) και BSE (τρεις μήνες μετά τον τοκετό) (Pearson Correlation)

		Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό	Pearson	-.462**
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	132

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι γυναίκες οι οποίες εμφανίζουν ενδείξεις κατάθλιψης πριν τον τοκετό ή στις οποίες εντοπίζονται αυξημένα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης μετά τον τοκετό, είναι πιθανότερο να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό τόσο κατά τον πρώτο όσο και κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό. Το γεγονός ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό επηρεάζεται αρνητικά από την ύπαρξη ενδείξεων κατάθλιψης αποτελεί σημαντική γνώση για την πορεία της εμπειρίας της γυναίκας στον θηλασμό. Θα πρέπει να τονισθεί ωστόσο ότι η αρνητική και στατιστικά σημαντική σχέση αυτή δεν συνεπάγεται απαραίτητα αιτιότητα.

6.2.4. Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις

Στην παρούσα ενότητα, θα παρουσιασθεί μια ιδιαίτερη περίπτωση συσχετίσεων η οποία λαμβάνει χώρα όταν στα δεδομένα εμφανίζονται επαναλαμβανόμενες μετρήσεις. Αυτό συμβαίνει όταν υπάρχουν μετρήσεις του ίδιου εργαλείου (ερωτηματολογίου) στις ίδιες δειγματικές μονάδες (άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα) σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Στην προκειμένη περίπτωση, η έρευνα συμπεριλαμβάνει επαναλαμβανόμενες μετρήσεις στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS) σε τρεις διαφορετικές χρονικές στιγμές (πριν τον τοκετό, έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό) καθώς επίσης και στο ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (BSE) σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (έναν και τρεις μήνες μετά τον τοκετό). Παρακάτω παρουσιάζονται οι έλεγχοι συσχέτισης των συνολικών σκορ των ερωτηματολογίων για τις επαναλαμβανόμενες μετρήσεις τους.

Ερωτηματολόγιο EPDS

Το ερώτημα που τίθεται, είναι κατά πόσο η προϋπάρχουσα κατάσταση όσον αφορά την κατάθλιψη επηρεάζει τις μετέπειτα μετρήσεις ή εάν η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό είναι ανεξάρτητη της ψυχολογικής κατάστασης της γυναίκας πριν τον τοκετό και η πιθανή εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης οφείλεται στον τοκετό καθαυτό και τις επιδράσεις του.

Οι επαναλαμβανόμενες μετρήσεις του ερωτηματολογίου EPDS, όπως αυτές παρουσιάσθηκαν στην αντίστοιχη ενότητα της περιγραφικής στατιστικής, έδωσαν συνολικό μέσο σκορ $\mu_1=7,82$ πριν από τον τοκετό, $\mu_2=7,89$ έναν μήνα μετά από τον τοκετό και $\mu_3=5,67$ τρεις μήνες μετά από τον τοκετό. Ωστόσο θα πρέπει να σημειωθεί

ότι αυτοί οι μέσοι όροι συμπεριλαμβάνουν τις απαντήσεις από όλες τις γυναίκες που απάντησαν σε κάθε στάδιο, γεγονός που δημιουργεί ανισότητα στα αποτελέσματα καθώς ενώ στο πρώτο στάδιο συμμετείχαν 150 συνολικά γυναίκες στα επόμενα δύο στάδια συμμετείχαν λιγότερες. Για τον λόγο αυτό, ο πίνακας 47 παρουσιάζει τους μέσους όρους και άλλα περιγραφικά μέτρα μόνο για τις 132 γυναίκες που συμμετείχαν και στα τρία στάδια της έρευνας. Από εκεί φαίνεται ότι ο μέσος όρος των γυναικών στο σκορ του ερωτηματολογίου EPDS σημειώνει μικρή πτώση από την μέτρηση πριν τον τοκετό στον έναν μήνα μετά τον τοκετό (από 7,71 σε 7,56 αντίστοιχα) ενώ κατά τον τρίτο μήνα από τον τοκετό το μέσο σκορ καταγράφεται σημαντικά χαμηλότερο (5,67).

Πίνακας 47: Μέσο σκορ ερωτηματολογίου EPDS ανά μέτρηση για τα υποκείμενα που συμμετείχαν και στα τρία στάδια της έρευνας

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median	Mean Rank (κλίμακα 1-4)
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	132	7.71	5.143	0	24	7.00	2.22
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό	132	7.56	5.711	0	25	6.00	2.14
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό	132	5.67	5.044	0	19	4.00	1.64

Ο μη παραμετρικός έλεγχος Friedman (πίνακας 48) επιβεβαιώνει ότι υπάρχουν στατιστικά σημαντικές αποκλίσεις μεταξύ των μέσων σκορ στο ερωτηματολόγιο EPDS ανάλογα με τον χρόνο στον οποίο έγινε η καταγραφή του ερωτηματολογίου. Είναι σημαντικό ωστόσο ότι ο έλεγχος Friedman δεν αρκεί για να υποδείξει ποια συγκεκριμένα ζεύγη του ελέγχου διαφέρουν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους.

Πίνακας 48: Μη παραμετρικός έλεγχος Friedman για τις εξαρτημένες παρατηρήσεις στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου EPDS

N	132
Chi-Square	34.058
df	2
Asymp. Sig.	.000

a. Friedman Test

Για να εξεταστεί που πραγματικά υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών ομαδοποιημένων παρατηρήσεων του ερωτηματολογίου EPDS πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστοί έλεγχοι Wilcoxon signed-rank tests ανάμεσα στους διαφορετικούς συνδυασμούς, δηλαδή:

- Σκορ EPDS πριν τον τοκετό – Σκορ EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό
- Σκορ EPDS πριν τον τοκετό – Σκορ EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό
- Σκορ EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό - Σκορ EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό

Στους πίνακες 49 και 50 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του Wilcoxon Signed Ranks Test. Ο πίνακας 49 περιλαμβάνει την σύγκριση μεταξύ των ελέγχων στις διαφορετικές χρονικές στιγμές συλλογής των δεδομένων και ο πίνακας 50 το αποτέλεσμα των ελέγχων ως προς την στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 49: Κατανομή των συγκριτικών τιμών μεταξύ των διαφορετικών μετρήσεων

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Negative Ranks	57 ^a	49.64	2829.50
	Positive Ranks	49 ^b	57.99	2841.50
	Ties	33 ^c		
	Total	139		
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Negative Ranks	77 ^d	56.92	4382.50
	Positive Ranks	29 ^e	44.43	1288.50
	Ties	26 ^f		
	Total	132		
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό	Negative Ranks	71 ^g	49.99	3549.00
	Positive Ranks	23 ^h	39.83	916.00
	Ties	38 ⁱ		
	Total	132		

a. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό < Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

b. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό > Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

c. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό = Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

d. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό < Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

e. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό > Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

f. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό = Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό

g. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό < Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό

h. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό > Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό

i. Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό = Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό

Πίνακας 50: Έλεγχοι υποθέσεων μεταξύ των διαφορετικών μετρήσεων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

	Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 3 μήνες μετά τον τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου EPDS 1 μήνα μετά τον τοκετό
Z	-.019 ^b	-4.887 ^c	-4.983 ^c
Asymp. Sig. (2-tailed)	.985	.000	.000

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου EPDS πριν από τον τοκετό και τρεις μήνες μετά τον τοκετό καθώς επίσης και του σκορ έναν μήνα μετά τον τοκετό και τρεις μήνες μετά. Συνεπώς δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο συνολικό σκορ που σημειώνουν οι γυναίκες στο ερωτηματολόγιο EPDS πριν από τον τοκετό και στο σκορ κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό. Αυτό επιβεβαιώνει την άποψη ότι η επιλόχεια κατάθλιψη δεν προκύπτει ως γεγονός συνυφασμένο με τον τοκετό αλλά περισσότερο αποτελεί μια συνέχεια της ψυχικής κατάστασης που βρίσκεται η γυναίκα πριν από τον τοκετό.

Ερωτηματολόγιο BSE

Σε μια πιο απλή εκδοχή της παραπάνω ανάλυσης, πραγματοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Wilcoxon Signed Ranks Test για το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο BSE που προκύπτει από τις δύο μετρήσεις στις διαφορετικές χρονικές στιγμές, έναν και τρεις μήνες μετά από τον τοκετό. Ο πίνακας 51 παρουσιάζει ορισμένα περιγραφικά μέτρα από τις δύο διαφορετικές μετρήσεις. Από εκεί προκύπτει ότι η απόδοξη αποτελεσματικότητα στον θηλασμό εμφανίζεται συνολικά αυξημένη κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό σε σύγκριση με τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό.

Πίνακας 51: Μέσο σκορ ερωτηματολογίου BSE ανά μέτρηση για τα υποκείμενα που συμμετείχαν και στα δύο στάδια της έρευνας

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό	138	51.73	13.948	16	70	55.00
Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό	118	55.74	13.998	15	70	60.00

Στους πίνακες 52 και 53 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του Wilcoxon Signed Ranks Test. Ο πίνακας 52 περιλαμβάνει την σύγκριση μεταξύ των ελέγχων στις διαφορετικές χρονικές στιγμές συλλογής των δεδομένων όπου φαίνεται ότι 62 γυναίκες από τις 118 που συμμετείχαν και στα δύο αυτά στάδια της έρευνας σημειώνουν υψηλότερο σκορ στην αυτό-αποτελεσματικότητα κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό σε σύγκριση με τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό ενώ οι 29 χαμηλότερο και οι 27 σημειώνουν το ίδιο σκορ.

Πίνακας 52: Κατανομή των συγκριτικών τιμών μεταξύ των διαφορετικών μετρήσεων

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Σκορ ερωτηματολογίου BSE	Negative Ranks	29 ^a	47.09	1365.50
3 μήνες μετά τον τοκετό -	Positive Ranks	62 ^b	45.49	2820.50
Σκορ ερωτηματολογίου BSE	Ties	27 ^c		
1 μήνα μετά τον τοκετό	Total	118		

a. Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό < Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό

b. Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό > Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό

c. Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον τοκετό = Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά τον τοκετό

Ο πίνακας 53 παρουσιάζει το αποτέλεσμα του ελέγχου ως προς την στατιστική σημαντικότητα. Από αυτό προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του μέσου όρου της αυτό-αποτελεσματικότητας των γυναικών κατά τον πρώτο και τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό.

Πίνακας 53: Έλεγχοι υποθέσεων μεταξύ των διαφορετικών μετρήσεων (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Σκορ ερωτηματολογίου BSE 3 μήνες μετά τον
τοκετό - Σκορ ερωτηματολογίου BSE 1 μήνα μετά
τον τοκετό

Z	-2.884 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004

b. Based on negative ranks.

Από τα παραπάνω επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα των γυναικών στον θηλασμό αυξάνεται καθώς αυξάνεται το χρονικό διάστημα στο οποίο θηλάζουν.

6.2.5. Συσχετίσεις σχετικά με την πρόθεση και την διάρκεια του θηλασμού

Στην παρούσα ενότητα, θα παρουσιαστούν οι έλεγχοι συσχετίσεων που πραγματοποιήθηκαν ανάμεσα στην πρόθεση για το είδος και την διάρκεια του θηλασμού (προγεννητικά, κατά τον πρώτο και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό) με δημογραφικές και μαιευτικές μεταβλητές, τα σκορ των ερωτηματολογίων της επιλόχειας κατάθλιψης και της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό, καθώς και ορισμένες αυτό-αναφορικές μεταβλητές (π.χ. ικανοποίηση από τον θηλασμό). Η ενότητα είναι χωρισμένη σε 3 υπό-ενότητες προκειμένου να καταστεί πιο εύκολα προσπελάσιμη στον αναγνώστη.

Πριν τον τοκετό

Αρχικά εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της πρόθεσης για το είδος και την διάρκεια του θηλασμού με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας. Οι πίνακες 54 και 55 που ακολουθούν, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ποσοστιαίων κατανομών καθώς επίσης και κατά πόσο ο έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός ($p < 0.05$) ή όχι.

Πίνακας 54: Συσχέτιση πρόθεσης για το είδος του θηλασμού πριν τον τοκετό

Μεταβλητή ελέγχου	Απαντήσεις	Αποκλειστικός θηλασμός (%)	Μόνο ξένο γάλα (%)	Μεικτός θηλασμός (%)	P
Ηλικία	Κάτω των 18	20	20	60	0,008
	18 – 24	45,5	18,2	36,4	
	25 - 29	88,1	2,4	9,5	
	30 - 34	81,4	3,4	15,3	
	35 – 39	78,3	0	21,7	
	40 και άνω	80	0	20	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέχρι δημοτικό	20	20	60	0,013
	Απόφοιτος γυμνασίου	100	0	0	
	Απόφοιτος λυκείου	75,7	7,1	17,1	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ-ΤΕΙ	85	0	15	

	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	62,5	0	37,5	
Πληθυσμιακή ομάδα	Έλληνας	78,5	3,7	17,8	0,00 1
	Αλλοδαπός	100	0	0	
	Ρομά	0	25	75	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	28,6	14,3	57,1	0,00 1
	Έγγαμη	80,4	2,9	16,7	
	Διαζευγμένη	50	50	0	
	Συμβίωση	100	0	0	
Ετήσιο εισόδημα	Έως 5000 €	76	4	20	0,88 4
	5001-15000 €	80,9	2,9	16,2	
	15001-25000 €	73,9	8,7	17,4	
	25001 € και άνω	87,5	0	12,5	
Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη	Όχι	80,9	3,8	15,3	0,06
	Ναι	57,9	5,3	36,8	4
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	78,1	4,2	17,7	0,96
	Ναι	80	4	16	4
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	66,7	13,3	20	0,01
	Ναι	80,8	1,7	17,5	2
Πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει	Καθόλου	28,6	14,3	57,1	0,00 0
	Λίγο	20	60	20	
	Μέτρια	59,3	7,4	33,3	
	Αρκετά	87,5	0	12,5	
	Πάρα πολύ	89,4	0	10,6	
Επαρκής ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού	Καθόλου	33,3	33,3	33,3	0,00 0
	Λίγο	25	0	75	
	Μέτρια	53,8	15,4	30,8	
	Αρκετά	74,1	5,2	20,7	
	Πάρα πολύ	90,3	0	9,7	
Σκορ ερωτηματολογίου ένδειξης κατάθλιψης (EPDS πριν τον τοκετό)	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	7,5*	11,67*	8,33*	0,11 0

Πίνακας 55: Συσχέτιση πρόθεσης για την διάρκεια του θηλασμού

Μεταβλητή ελέγχου	Απαντήσεις	Έως 3 μήνες (%)	4 – 6 μήνες (%)	7 – 9 μήνες (%)	10 – 12 μήνες (%)	13 μήνες και πάνω (%)	P
Ηλικία	Κάτω των 18	33,3	33,3	33,3	0	0	0,197
	18 – 24	14,3	71,4	0	14,3	0	
	25 - 29	8,6	37,1	11,4	34,3	8,6	
	30 - 34	6,5	32,6	13	45,7	2,2	
	35 – 39	0	37,5	0	37,5	25	
	40 και άνω	0	42,9	0	42,9	14,3	
Επίπεδο εκπαίδευσης	Μέχρι δημοτικό	25	50	0	0	25	0,073
	Απόφοιτος γυμνασίου	0	16,7	0	66,7	16,7	
	Απόφοιτος λυκείου	12	34	4	40	10	
	Πτυχιούχος ΑΕΙ-ΤΕΙ	0	43,5	13	41,3	2,2	
	Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	12,5	37,5	37,5	0	12,5	
Πληθυσμιακή ομάδα	Έλληνας	6,9	39,2	10,8	36,3	6,9	0,105
	Αλλοδαπός	0	11,1	0	66,7	22,2	
	Ρομά	33,3	66,7	0	0	0	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμη	20	40	20	20	0	0,611
	Έγγαμη	6,6	36,8	9,4	39,6	7,5	
	Διαζευγμένη	0	100	0	0	0	
	Συμβίωση	0	50	0	0	50	
Ετήσιο εισόδημα	Έως 5000 €	11,4	42,9	2,9	40	2,9	0,438
	5001-15000 €	7,4	37	11,1	31,5	13	
	15001-25000 €	0	27,8	16,7	50	5,6	
	25001 € και άνω	0	50	0	50	0	

Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη	Όχι	5	38	11	37	9	0,105
	Ναι	21,4	35,7	0	42,9	0	
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	5,6	46,5	9,9	35,2	2,8	0,023
	Ναι	5	22,5	10	45	17,5	
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	22,2	50	5,6	22,2	0	0,023
	Ναι	4,2	35,4	10,4	40,6	9,4	
Πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει	Καθόλου	50	50	0	0	0	0,004
	Λίγο	0	50	50	0	0	
	Μέτρια	10,5	68,4	0	15,8	5,3	
	Αρκετά	7,5	34	9,4	43,4	5,7	
	Πάρα πολύ	0	25	13,9	47,2	13,9	
Επαρκής ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού	Καθόλου	0	100	0	0	0	0,175
	Λίγο	33,3	33,3	33,3	0	0	
	Μέτρια	0	44,4	11,1	44,4	0	
	Αρκετά	14,3	45,2	2,4	31	7,1	
	Πάρα πολύ	1,7	30,5	13,6	44,1	10,2	
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS πριν τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	6,75*	7,26*	8,82*	8,26*	6*	0,768

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 54, η πρόθεση σχετικά με το είδος του θηλασμού, συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ηλικία (όσο μεγαλύτερη η ηλικία της γυναίκας τόσο πιο πιθανό να θηλάσει αποκλειστικά), το επίπεδο εκπαίδευσης (οι γυναίκες στα ανώτερα επίπεδα εκπαίδευσης σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα στην πρόθεση για μεικτό θηλασμό), την πληθυσμιακή ομάδα (οι αλλοδαπές γυναίκες δηλώνουν στο σύνολο τους πρόθεση αποκλειστικού θηλασμού, οι Ρομά αντίθετα μεικτό θηλασμό ή μόνο ξένο γάλα ενώ οι 4 στις 5 Ελληνίδες δηλώνουν πρόθεση για αποκλειστικό), η οικογενειακή κατάσταση (οι έγγαμες και όσες συμβιώνουν με τον σύντροφο τους δηλώνουν πολύ υψηλότερα επίπεδα πρόθεσης αποκλειστικού θηλασμού σε σχέση με τις άγαμες ή τις διαζευγμένες), τα άτομα στο περιβάλλον που

να έχουν θηλάσει (πιο υψηλή πρόθεση για αποκλειστικό θηλασμό εάν υπάρχουν τέτοια άτομα), το πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει (όσο πιο ικανή νιώθει τόσο υψηλότερη πρόθεση για αποκλειστικό θηλασμό) και η επαρκής ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού (όσο πιο ενημερωμένη είναι η γυναίκα τόσο υψηλότερη η πρόθεση να θηλάσει).

Όσον αφορά την πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού (πίνακας 55), συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (εάν υπάρχει σημειώνεται πρόθεση για μεγαλύτερο διάστημα θηλασμού), εάν υπάρχουν στο περιβάλλον άτομα που να έχουν θηλάσει (εάν υπάρχουν σημειώνεται πρόθεση για μεγαλύτερο διάστημα θηλασμού) και πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει (όσες νιώθουν περισσότερο ικανές να θηλάσουν σημειώνουν μεγαλύτερη διάρκεια στην πρόθεση για θηλασμό).

Έναν μήνα μετά τον τοκετό

Στην συνέχεια, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της πρόθεσης για το είδος και την διάρκεια του θηλασμού κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας. Οι πίνακες 56 και 57 που ακολουθούν, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ποσοστιαίων κατανομών καθώς επίσης και κατά πόσο ο έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός ($p < 0.05$) ή όχι.

Πίνακας 56: Συσχέτιση για το είδος του θηλασμού έναν μήνα μετά τον τοκετό

Μεταβλητή ελέγχου	Απαντήσεις	Αποκλειστικός θηλασμός (%)	Μόνο ξένο γάλα (%)	Μεικτός θηλασμός (%)	P
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	58,9	6,7	34,4	0,64
	Ναι	66,7	6,7	26,7	9
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	55,2	20,7	24,1	0,00
	Ναι	63,6	2,7	33,6	2
Πρόθεση θηλασμού πριν τον τοκετό	Αποκλειστικός θηλασμός	73,8	3,7	22,4	0,00
	Μόνο ξένο γάλα	33,3	50	16,7	0
	Μεικτός θηλασμός	19,2	7,7	73,1	

Είδος τοκετού	Φυσιολογικός τοκετός (αυτόματη έναρξη)	60	5	35	0,79 3
	Φυσιολογικός τοκετός (με πρόκληση)	73,7	5,3	21,1	
	Καισαρική τομή (προγραμματισμένη)	62,5	10	27,5	
	Καισαρική τομή (επείγουσα)	57,5	5	37,5	
Βάρος γέννησης νεογνού (σε γραμμάρια)	<2499	100	0	0	0,25 8
	2500-2999	45,8	4,2	50	
	300-3999	62,9	7,6	29,5	
	>4000	85,7	0	14,3	
Χρόνος τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	80	3,1	16,9	0,00 0
	2-6 ώρες μετά	50,9	0	49,1	
	6-24 ώρες μετά	33,3	50	16,7	
	Την επόμενη μέρα του τοκετού	16,7	33,3	50	
	Μετά το τρίτο 24ωρο από την γέννηση	57,1	0	42,9	
Σίτιση κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός θηλασμός	81,5	1,1	17,4	0,00 0
	Μόνο ξένο γάλα	20	40	40	
	Μεικτός θηλασμός	22	14,6	63,4	
Εισαγωγή νεογνού σε MENN	Όχι	63,6	6,6	29,8	0,63
	Ναι	52,9	5,9	41,2	4
Βοήθεια για τον θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή στο μαιευτήριο	Καθόλου	75	0	25	0,07 2
	Λίγο	40	20	40	
	Αρκετά	63,8	6,4	29,8	
	Πολύ	62,1	0	37,9	
	Πάρα πολύ	73,5	2,9	23,5	
	Σύζυγος	62,2	2,7	35,1	

Στήριξη στον θηλασμό μετά τις 3 πρώτες ημέρες	Επαγγελματίες υγείας	91,7	0	8,3	0,00 1
	Οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον	70,8	8,3	20,8	
	Όλα τα παραπάνω	64,3	0	35,7	
	Κανέναν	33,3	25	41,7	
Ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό	Καθόλου	9,1	54,5	36,4	0,00 0
	Λίγο	13,3	13,3	73,3	
	Αρκετά	33,3	2,8	63,9	
	Πολύ	81,8	0	18,2	
	Πάρα πολύ	93,9	0	6,1	
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	6,35*	13,11*	9,84*	0,00 0
Σκορ ερωτηματολογίου αυτό- αποτελεσματικότητας στον θηλασμό έναν μήνα μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	59,14 *	23,75*	42,34*	0,00 0

Πίνακας 57: Συσχέτιση πρόθεσης για την διάρκεια του θηλασμού έναν μήνα μετά τον τοκετό

Μεταβλητή ελέγχου	Απαντήσεις	Έως 3 μήνες (%)	4 – 6 μήνες (%)	7 – 9 μήνες (%)	10 – 12 μήνες (%)	13 μήνες και πάνω (%)	P
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	9,1	42,4	7,6	31,8	9,1	0,334
	Ναι	6,3	25	6,3	53,1	9,4	
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	16,7	33,3	0	38,9	11,1	0,414
	Ναι	6	39,3	8,3	38,1	8,3	

Πρόθεση θηλασμού πριν τον τοκετό	Αποκλειστικός θηλασμός	0	35,9	7,7	44,9	11,5	0,000
	Μόνο ξένο γάλα	50	50	0	0	0	
	Μεικτός θηλασμός	7,8	38,2	6,9	38,2	8,8	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός τοκετός (αυτόματη έναρξη)	10,7	25	7,1	42,9	14,3	0,531
	Φυσιολογικός τοκετός (με πρόκληση)	6,7	33,3	0	53,3	6,7	
	Καισαρική τομή (με ραντεβού)	3,2	45,2	9,7	29	12,9	
	Καισαρική τομή (επείγουσα)	10,7	46,4	7,1	35,7	0	
Βάρος γέννησης νεογνού (σε γραμμάρια)	2500-2999	23,5	29,4	5,9	35,3	5,9	0,213
	3000-3999	5,1	37,2	7,7	39,7	10,3	
	>4000	0	71,4	0	28,6	0	
Χρόνος τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	3,9	35,3	5,9	43,1	11,8	0,070
	2-6 ώρες μετά	7,5	42,5	7,5	37,5	5	
	6-24 ώρες μετά	0	0	33,3	66,7	0	
	Την επόμενη μέρα του τοκετού	50	50	0	0	0	
	Μετά το τρίτο 24ωρο από την γέννηση	0	66,7	0	0	33,3	
Σίτιση νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός θηλασμός	0	36,1	8,3	44,4	11,1	0,001
	Μόνο ξένο γάλα	33,3	66,7	0	0	0	
	Μεικτός θηλασμός	26,9	42,3	3,8	23,1	3,8	
	Όχι	7,6	34,8	7,6	40,2	9,8	0,223

Εισαγωγή νεογνού σε MENN	Ναι	10	70	0	20	0	
Βοήθεια για τον θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή στο μαιευτήριο	Καθόλου	0	33,3	0	66,7	0	0,973
	Λίγο	8,3	25	16,7	41,7	8,3	
	Αρκετά	11,4	40	5,7	31,4	11,4	
	Πολύ	8	44	4	40	4	
	Πάρα πολύ	3,7	37	7,4	40,7	11,1	
Στήριξη στον θηλασμό μετά έξοδο από το μαιευτήριο	Σύζυγος	3,3	26,7	3,3	50	16,7	0,216
	Επαγγελματίες υγείας	0	45,5	9,1	36,4	9,1	
	Οικογενειακό – φιλικό περιβάλλον	11,8	35,3	17,6	35,3	0	
	Όλα τα παραπάνω	6,3	50	6,3	28,1	9,4	
	Κανέναν	25	33,3	0	41,7	0	
Ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό	Καθόλου	50	0	50	0	0	0,001
	Λίγο	33,3	55,6	11,1	0	0	
	Αρκετά	16	44	4	36	0	
	Πολύ	0	55,6	0	44,4	0	
	Πάρα πολύ	0	31,6	7	45,6	15,8	
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS έναν μήνα μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	10,7*	6,5*	13,7*	6,6*	5,8*	0,007
Σκορ ερωτηματολογίου αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό έναν μήνα μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	32,9*	52*	54,7*	59*	60,2*	0,000

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 56, ένα μήνα μετά τον τοκετό, το είδος του θηλασμού (ή η απουσία του), συσχετίζεται με την ύπαρξη ατόμων στο περιβάλλον της γυναίκας που έχουν θηλάσει (υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού όταν υπάρχουν), την πρόθεση της γυναίκας για θηλασμό προγεννητικά (οι γυναίκες που είχαν την πρόθεση να θηλάσουν αποκλειστικά τα καταφέρνουν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα), τον χρόνο τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος (όσο πιο άμεση η τοποθέτηση στο στήθος μετά τον τοκετό τόσο πιο υψηλά επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού καταγράφονται κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό), η σίτιση του νεογνού κατά τις τρεις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο (οι γυναίκες που θηλάσαν αποκλειστικά τις πρώτες μέρες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), η στήριξη για τον θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο (υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού για τις γυναίκες που έλαβαν στήριξη από επαγγελματίες υγείας, οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον), η ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα από τον τοκετό (όσο υψηλότερη η ικανοποίηση τόσο υψηλότερα τα επίπεδα του αποκλειστικού θηλασμού), το σκορ που σημείωσαν στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης (χαμηλότερα σκορ συνεπάγεται υψηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού ενώ υψηλότερο σκορ φαίνεται ότι σχετίζεται με σίτιση με ξένο γάλα και ακολούθως μικτό θηλασμό) και τέλος το σκορ στο ερωτηματολόγιο αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (οι γυναίκες που σημειώνουν υψηλότερο σκορ καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού).

Αναφορικά με την πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού (πίνακας 57), συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την πρόθεση για θηλασμό προγεννητικά (οι γυναίκες με πρόθεση για αποκλειστικό θηλασμό πριν τον τοκετό δηλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό την πρόθεση για μεγαλύτερο διάστημα θηλασμού), η σίτιση νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο (για εκείνα που τις πρώτες ημέρες πραγματοποίησαν αποκλειστικό θηλασμό, η πρόθεση της μητέρας είναι για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού), η ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό (οι γυναίκες που σημειώνουν υψηλότερη ικανοποίηση από τον θηλασμό δηλώνουν πρόθεση για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού), το σκορ του ερωτηματολογίου επιλόχειας κατάθλιψης (όσες σημειώνουν υψηλότερο σκορ, δηλώνουν πρόθεση για μικρότερη διάρκεια θηλασμού) και τέλος το σκορ του ερωτηματολογίου αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (όσο υψηλότερο σκορ τόσο η πρόθεση είναι για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού).

Τρεις μήνες μετά τον τοκετό

Τέλος, εξετάστηκαν οι συσχετίσεις μεταξύ της πρόθεσης για το είδος και την διάρκεια του θηλασμού κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας. Οι πίνακες 58 και 59 που ακολουθούν, παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των ποσοστιαίων κατανομών καθώς επίσης και κατά πόσο ο έλεγχος είναι στατιστικά σημαντικός ($p < 0.05$) ή όχι ($p > 0.05$).

Πίνακας 58: Συσχέτιση για το είδος του θηλασμού τρεις μήνες μετά τον τοκετό

Μεταβλητή ελέγχου	Κατανομή απαντήσεων	Αποκλειστικός θηλασμός	Μόνο ξένο γάλα	Μεικτός θηλασμός	P
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	60,8	13,9	25,3	0,12
	Ναι	66,7	2,4	31	5
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	68	20	12	0,038
	Ναι	61	7	32	
Πρόθεση θηλασμού πριν τον τοκετό	Αποκλειστικός θηλασμός	73,7	4	22,2	0,000
	Μόνο ξένο γάλα	40	40	20	
	Μεικτός θηλασμός	14,3	28,6	57,1	
Χρόνος τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	74,2	4,8	21	0,000
	2-6 ώρες μετά	58,7	4,3	37	
	6-24 ώρες μετά	40	60	0	
	Την επόμενη μέρα του τοκετού	0	40	60	
	Μετά το τρίτο 24ωρο από την γέννηση	42,9	28,6	28,6	
Σίτιση κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός θηλασμός	71,9	4,5	23,6	0,002
	Μόνο ξένο γάλα	37,5	21,9	40,6	
	Μεικτός θηλασμός	33,3	33,3	33,3	
	Καθόλου	0	100	0	
	Λίγο	10	20	70	
	Αρκετά	21,1	5,3	73,7	

Ικανοποίηση από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό	Πολύ	58,3	0	41,7	0,00 0
	Πάρα πολύ	95,6	1,5	2,9	
Αυτοπεποίθηση ως προς τον θηλασμό	Καθόλου	0	75	25	0,00 0
	Λίγο	13,3	13,3	73,3	
	Αρκετά	28,6	4,8	66,7	
	Πολύ	72	4	24	
	Πάρα πολύ	96,3	0	3,7	
Αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού	Καθόλου	0	77,8	22,2	0,00 0
	Λίγο	7,7	7,7	84,6	
	Αρκετά	30	5	65	
	Πολύ	53,3	0	46,7	
	Πάρα πολύ	95,4	1,5	3,1	
Στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό	Καθόλου	25	37,5	37,5	0,00 0
	Λίγο	27,3	27,3	45,5	
	Αρκετά	44	12	44	
	Πολύ	72,4	3,1	24,1	
	Πάρα πολύ	82	0	18	
Επιστροφή στην εργασία	Όχι	66,3	8,7	25	0,50 5
	Ναι, μειωμένο ωράριο	50	5	45	
	Ναι, πλήρες ωράριο	60	10	30	
Η εργασία θα επηρεάσει την πορεία του θηλασμού	Καθόλου	77,7	0	22,2	0,08 6
	Λίγο	78,6	7,1	14,3	
	Αρκετά	62,5	6,3	31,3	
	Πολύ	25	25	50	
	Πάρα πολύ	0	20	80	
Συναισθήματα θηλασμού	Χαρά	80,3	1,5	18,2	0,00 0
	Ικανοποίηση	78,4	1,4	20,3	
	Ασφάλεια	85,7	5,7	8,6	
	Δυσaráεσκεια	33,3	66,7	0	
	Άγχος / στρες	6,7	26,7	66,7	
	Κόπωση	37,1	17,1	45,7	

Σκορ ερωτηματολογίου EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	4,5*	6,9*	7,9*	0,01 0
Σκορ ερωτηματολογίου αυτό- αποτελεσματικότητας στον θηλασμό τρεις μήνες μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	63*	31*	43,5*	0,00 0

Πίνακας 59: Συσχέτιση για την πρόθεση διάρκειας του θηλασμού τρεις μήνες μετά τον τοκετό

Μεταβλητή ελέγχου	Κατανομή απαντήσεων	Έως 3 μήνες (%)	4 – 6 μήνες (%)	7 – 9 μήνες (%)	10 – 12 μήνες (%)	13 μήνες και πάνω (%)	P
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Όχι	11,5	27,9	14,8	34,4	11,5	0,630
	Ναι	5,3	34,2	7,9	36,8	15,8	
Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει	Όχι	15,8	36,8	0	31,6	15,8	0,331
	Ναι	7,1	29,8	14,3	36,9	11,9	
Πρόθεση θηλασμού πριν τον τοκετό	Αποκλειστικός θηλασμός	5,7	28,7	12,6	39,1	13,8	0,109
	Μόνο ξένο γάλα	0	66,7	0	33,3	0	
	Μεικτός θηλασμός	30,8	38,5	7,7	15,4	7,7	
Χρόνος τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος	Εντός 1 ώρας από τον τοκετό	5,7	26,4	15,1	37,7	15,1	0,070
	2-6 ώρες μετά	15	32,5	5	42,5	5	
	6-24 ώρες μετά	0	0	50	0	50	
	Την επόμενη μέρα του τοκετού	0	66,7	33,3	0	0	
	Μετά το τρίτο 24ωρο από την γέννηση	0	60	0	0	40	

Σίτιση κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο	Αποκλειστικός θηλασμός	3,8	28,2	12,8	38,5	16,7	0,008
	Μόνο ξένο γάλα	0	100	0	0	0	
	Μεικτός θηλασμός	27,3	36,4	4,5	31,8	0	
Ικανοποίηση από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό	Καθόλου	-	-	-	-	-	0,000
	Λίγο	30,8	53,8	0	15,4	0	
	Αρκετά	22,2	44,4	16,7	16,7	0	
	Πολύ	10	10	10	40	30	
	Πάρα πολύ	0	25,8	12,9	45,2	16,1	
Αυτοπεποίθηση ως προς τον θηλασμό	Καθόλου	0	100	0	0	0	0,000
	Λίγο	55,6	33,3	11,1	0	0	
	Αρκετά	10,5	36,8	21,1	31,6	0	
	Πολύ	9,1	27,3	4,5	36,4	22,7	
	Πάρα πολύ	0	27,5	11,8	45,1	15,7	
Αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού	Καθόλου	50	50	0	0	0	0,000
	Λίγο	44,4	55,6	0	0	0	
	Αρκετά	16,7	44,4	16,7	22,2	0	
	Πολύ	6,7	33,3	20	26,7	13,3	
	Πάρα πολύ	0	20,7	10,3	50	19	
Στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό	Καθόλου	20	60	0	20	0	0,049
	Λίγο	37,5	25	25	0	12,5	
	Αρκετά	20	30	5	35	10	
	Πολύ	0	37,5	16,7	33,3	12,5	
	Πάρα πολύ	2,2	26,1	10,9	45,7	15,2	
Επιστροφή στην εργασία	Όχι	9	30,8	12,8	34,6	12,8	0,780
	Ναι, μειωμένο ωράριο	11,8	23,5	5,9	47,1	11,8	
	Ναι, πλήρες ωράριο	0	57,1	0	28,6	14,3	
Η εργασία θα επηρεάσει την πορεία του θηλασμού	Καθόλου	12,5	37,5	0	50	0	0,469
	Λίγο	0	20	20	50	10	
	Αρκετά	16,7	16,7	8,3	33,3	25	
	Πολύ	33,3	33,3	0	33,3	0	
	Πάρα πολύ	25	75	0	0	0	
	Χαρά	3,3	23,3	10	45	18,3	0,005

Συναισθήματα θηλασμού	Ικανοποίηση	7,5	23,9	14,9	37,3	16,4	0,107
	Ασφάλεια	7,1	35,7	10,7	32,1	14,3	0,958
	Δυσaréσκεια	0	0	0	0	100	0,136
	Άγχος / στρες	22,2	55,6	0	22,2	0	0,143
	Κόπωση	14,8	44,4	14,8	25,9	0	0,048
Σκορ ερωτηματολογίου EPDS τρεις μήνες μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	9,6 *	5,5*	5,9*	4,4*	4,4*	0,144
Σκορ ερωτηματολογίου αυτό- αποτελεσματικότη- τας στον θηλασμό τρεις μήνες μετά τον τοκετό	Μέσος όρος σκορ ανά κατηγορία απάντησης *	35*	54,9 *	60,3 *	61,7 *	61,9 *	0,000

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 58, τρεις μήνες μετά τον τοκετό, το είδος του θηλασμού ή η σίτιση του νεογνού αποκλειστικά με ξένο γάλα, συσχετίζεται με την ύπαρξη ατόμων στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει (όταν υπάρχουν τέτοια άτομα, καταγράφονται υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), με την πρόθεση της γυναίκας πριν τον τοκετό (οι γυναίκες που είχαν την πρόθεση να πραγματοποιήσουν αποκλειστικό θηλασμό, το κάνουν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα), με τον χρόνο τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος μετά τον τοκετό (όσο πιο σύντομα τοποθετήθηκε το νεογνό στο στήθος, τόσο υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), με την σίτιση του νεογνού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο τις 3 πρώτες ημέρες (τα νεογνά που τράφηκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα, συνεχίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τον αποκλειστικό θηλασμό μέχρι τον τρίτο μήνα από τον τοκετό), την ικανοποίηση της γυναίκας από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό (όσο πιο ικανοποιημένη αισθάνεται η γυναίκα, τόσο υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού παρατηρούνται), την αυτοπεποίθηση της γυναίκας ως προς τον θηλασμό (όσο πιο υψηλή η αυτοπεποίθηση, τόσο υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), την αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού (όσο πιο ικανή αισθάνεται για την συνέχιση του θηλασμού,

τόσο υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), την στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό (όσο μεγαλύτερη στήριξη λαμβάνει η γυναίκα τόσο υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού), τα θετικά συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα από τον θηλασμό όπως χαρά, ικανοποίηση και ασφάλεια συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού ενώ αντίθετα τα αρνητικά συναισθήματα όπως δυσαρέσκεια, άγχος / στρες και κόπωση συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού, το σκορ στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης (όσο χαμηλότερο σκορ, τόσο μεγαλύτερα τα επίπεδα του αποκλειστικού θηλασμού) και το σκορ στο ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας από τον θηλασμό (όσο υψηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας καταγράφονται, τόσο μεγαλύτερα επίπεδα αποκλειστικού θηλασμού).

Τέλος, η πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού (πίνακας 59), συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την σίτιση του νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες (όσα τράφηκαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα, η πρόθεση της γυναίκας είναι θηλασμός για περισσότερο διάστημα), η ικανοποίηση από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό (όσο υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, τόσο η πρόθεση της γυναίκας είναι για μεγαλύτερο διάστημα θηλασμού), η αυτοπεποίθηση ως προς τον θηλασμό (όσο υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης τόσο η πρόθεση είναι για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού), η αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού (όσο πιο ικανή αισθάνεται η γυναίκα τόσο η πρόθεση της είναι για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού), η στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό (όσο πιο πολύ νιώθει ότι στηρίζεται από το περιβάλλον, τόσο προτίθεται να θηλάσει για μεγαλύτερο διάστημα), από τα συναισθήματα του θηλασμού, η χαρά συνδέεται με πρόθεση μεγαλύτερης διάρκειας θηλασμού ενώ η κόπωση με πρόθεση για μικρότερη διάρκεια θηλασμού και τέλος το σκορ του ερωτηματολογίου της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (όσο υψηλότερο το σκορ, τόσο η πρόθεση της γυναίκας είναι για μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού).

6.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 150 γυναίκες οι οποίες στο αρχικό στάδιο βρίσκονταν σε κατάσταση εγκυμοσύνης. Οι περισσότερες (σχεδόν 7 στις 10) βρίσκονταν στην ηλικιακή ομάδα 25-34 και ήταν απόφοιτες λυκείου (47% περίπου) ή πτυχιούχοι της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (45% περίπου). Οι 4 στις 10 δήλωσαν ιδιωτικοί υπάλληλοι ενώ περισσότερες από 3 στις 10 ασχολούνται με τα οικιακά ή ήταν σε κατάσταση ανεργίας. Οι γυναίκες δήλωσαν ότι θα επιστρέψουν στην εργασία κατά μέσο όρο μετά τους 7 μήνες από τον τοκετό ωστόσο υπάρχουν γυναίκες οι οποίες

έπρεπε να επιστρέψουν ακόμα και 1 μήνα μετά. Περισσότερες από τις μισές δήλωσαν ότι θα γεννήσουν σε ιδιωτικό μαιευτήριο (53% περίπου). Οι 4 στις 10 είχαν ήδη τουλάχιστον ένα τέκνο ακόμα (1,5 κατά μέσο όρο). Οι 1 στις 3 είχε προηγούμενη εμπειρία θηλασμού και από αυτές δήλωσαν ότι θήλασαν κατά μέσο όρο κάτι παραπάνω από 10 μήνες.

Σχετικά με τις προθέσεις των γυναικών για τον θηλασμό, σχεδόν οι 8 στις 10 γυναίκες δήλωσε ότι προτίθενται να θηλάσουν αποκλειστικά. Επιπλέον το 75% θεωρεί τον εαυτό της αρκετά ή πάρα πολύ ικανό να θηλάσει και το 87% σχεδόν δήλωσε αρκετά ή πάρα πολύ ενημερωμένο σχετικά με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Εξάλλου σχεδόν όλες οι γυναίκες δήλωσαν ότι θεωρούν αρκετά ή πάρα πολύ σημαντικό το μητρικό γάλα για τη ανάπτυξη του παιδιού.

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μετά από τον τοκετό προκύπτει ότι σχεδόν 6 στις 10 γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή (οι μισές από αυτές προγραμματισμένη). Το βάρος του νεογέννητου κυμαινόταν ανάμεσα σε 3-4 κιλά για τα $\frac{3}{4}$ των νεογνών. Σχεδόν στις μισές περιπτώσεις έγινε τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό ενώ σχεδόν 7 στα 10 νεογνά δεν εμφάνισαν συμπτώματα ίκτερου. Επιπλέον κατά τις πρώτες ημέρες γινόταν αποκλειστικός θηλασμός στο 67% των νεογνών ενώ το ποσοστό αυτό έπεσε ελαφρώς στο 62% περίπου κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό, ποσοστό που φαίνεται να διατηρείται και κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό. Οι γυναίκες που διέκοψαν τον θηλασμό δήλωσαν την επιστροφή στην εργασία σαν τον πιο συχνό λόγο διακοπής. Περισσότερο από το 20% των γυναικών δήλωσαν ότι είχαν λίγο ή καθόλου βοήθεια σχετικά με τον θηλασμό ποσοστό το οποίο μειώθηκε κατά 6 ποσοστιαίες μονάδες 3 μήνες μετά από τον τοκετό, ενώ η βοήθεια προήλθε κυρίως από τον σύζυγο και το ευρύτερο οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον. Σχεδόν 1 στις 4 γυναίκες αντιμετώπισε κάποιο πρόβλημα στον θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό με συχνότερα να αναφέρονται ο πόνος στο στήθος, η ανεπάρκεια γάλακτος, η δυσκολία του νεογνού να θηλάσει και η μαστίτιδα. Κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό φαίνεται πως 1 στις 2 γυναίκες έχει αντιμετωπίσει κάποιο πρόβλημα με τον θηλασμό με συχνότερα αναφερόμενα προβλήματα το μη σταθερό ωράριο σίτισης, η ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος, η μαστίτιδα και το χαμηλό βάρος που λαμβάνει το μωρό.

Επιπλέον, σχετικά με την διάρκεια που επιθυμούν να θηλάσουν κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό, αναφέρεται κατά μέσο όρο διάστημα μεγαλύτερο των 10 μηνών ενώ η ίδια απάντηση πριν τον τοκετό υπολογίστηκε κατά μέσο όρο σε λιγότερους από 10

μήνες, εντυπωσιακή διαφορά αν συνυπολογιστούν οι 3 και πλέον έξτρα μήνες που μεσολάβησαν ανάμεσα στις δύο απαντήσεις. Σχεδόν 1 στις 4 γυναίκες χρειάστηκε να επιστρέψει στην εργασία της τρεις μήνες μετά τον τοκετό ενώ περισσότερες από τις μισές γυναίκες θεωρούν ότι η επιστροφή στην εργασία θα επηρεάσει αρκετά έως πάρα πολύ την πορεία του θηλασμού.

Κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό, περισσότερο από το 55% των γυναικών ένιωθε πολύ ή πάρα πολύ ικανή για να συνεχίσει τον θηλασμό ενώ τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό το αντίστοιχο ποσοστό αυξήθηκε περισσότερες από 9 ποσοστιαίες μονάδες. Το 55% σχεδόν των γυναικών δήλωσε πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένο από την προσπάθεια για θηλασμό. Το ποσοστό της ικανοποίησης αυξάνεται περισσότερες από 10 ποσοστιαίες μονάδες κατά τον τρίτο μήνα μετά τον θηλασμό.

Τρεις μήνες μετά τον τοκετό, τα κύρια συναισθήματα που προκαλεί στις γυναίκες ο θηλασμός είναι χαρά (περισσότερες από τις μισές) και ικανοποίηση (περισσότερες από 6 στις 10). Ασφάλεια και κόπωση ανέφεραν 3 στις 10 γυναίκες ενώ άγχος ή στρες και δυσαρέσκεια κατέγραψαν πολύ χαμηλά ποσοστά.

Από το ερωτηματολόγιο του EPDS για την επιλόχεια κατάθλιψη προκύπτει ότι πριν από τον τοκετό το 17% σχεδόν των γυναικών σημείωσε σκορ που υποδηλώνει σοβαρή πιθανότητα παρουσίας κατάθλιψης. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε σε 21% περίπου έναν μήνα μετά από τον τοκετό.

Στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης στον θηλασμό, παρουσιάζεται σχετικά υψηλή αυτό-ικανοποίηση κατά τον πρώτο μήνα μετά από τον τοκετό (μ.ο. 51,7) η οποία σημειώνει σημαντική αύξηση κατά τον τρίτο μήνα μετά από τον τοκετό (μ.ο. 55,7).

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν για την κλίμακα της επιλόχειας κατάθλιψης, προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συνολικό σκορ του EPDS (όσο υψηλότερο σκορ τόσο πιο πιθανή η παρουσία κατάθλιψης):

- Ηλικία: χαμηλότερο σκορ στις ηλικίες 35-39 και υψηλότερο για κάτω των 18.
- Οικογενειακή κατάσταση: Χαμηλότερο σκορ για τις συμβιούσες και υψηλότερο για τις διαζευγμένες.
- Άτομα στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει: Υψηλότερο σκορ για εκείνες που δεν είχαν κάποιο άτομο στο περιβάλλον τους να έχει θηλάσει.
- Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε: Όσο λιγότερο ικανή νιώθει κάποια τόσο υψηλότερο σκορ στο EPDS.

- Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού: Όσο λιγότερο έχει ενημερωθεί κάποια τόσο υψηλότερο σκορ στο EPDS.
- Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Όσο λιγότερο σημαντικό θεωρεί κάποια το μητρικό γάλα τόσο υψηλότερο σκορ EPDS.
- Πότε έγινε η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος: Χαμηλότερο σκορ για τις γυναίκες που έγινε τοποθέτηση εντός 1 ώρας από τον τοκετό και υψηλότερο για εκείνες που έγινε τοποθέτηση 6-24 ώρες μετά.
- Σίτιση νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες: Χαμηλότερο σκορ για αποκλειστικό θηλασμό και υψηλότερο για όσες έδιναν συμπλήρωμα ξένου γάλατος.
- Σίτιση νεογνού 1 μήνα μετά από τον τοκετό: Χαμηλότερο σκορ για όσες κάνουν αποκλειστικό θηλασμό και υψηλότερο για τις γυναίκες που δίνουν μόνο ξένο γάλα.
- Προβλήματα με τον θηλασμό μετά τον τοκετό: Υψηλότερο σκορ EPDS για όσες έχουν αντιμετωπίσει προβλήματα με τον θηλασμό έναν μήνα μετά τον τοκετό.
- Είστε ικανοποιημένη με την προσπάθειά του θηλασμού έως σήμερα: Χαμηλότερος βαθμός ικανοποίησης συνεπάγεται υψηλότερο σκορ στο EPDS.
- Σας ικανοποιεί η προσπάθειά σας ως προς το θηλασμό: Όσο χαμηλότερος ο βαθμός ικανοποίησης τόσο υψηλότερο το σκορ που σημειώνει η γυναίκα στο EPDS.
- Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό: Όσο πιο χαμηλή η αυτοπεποίθηση της γυναίκας ως προς τον θηλασμό τόσο υψηλότερο το σκορ στο EPDS.
- Πόσο επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό: Όσο μικρότερο το διάστημα που επιθυμεί να συνεχίσει κάποια τον θηλασμό, τόσο μεγαλύτερο το σκορ στο EPDS.
- Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό: Όσο χαμηλότερος ο βαθμός στήριξης από το περιβάλλον τόσο μεγαλύτερο το σκορ στο EPDS.

Από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν για την κλίμακα της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό, προέκυψαν οι εξής στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το συνολικό σκορ του BSE (όσο υψηλότερο σκορ τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός αυτό-αποτελεσματικότητας):

- Ηλικία: Υψηλότερο σκορ BSE στις ηλικίες 35-39 και χαμηλότερο στις ηλικίες 18-24.
- Πληθυσμιακή ομάδα: Υψηλότερο σκορ αυτό-αποτελεσματικότητας για τις αλλοδαπές γυναίκες.
- Πρόθεση θηλασμού: Υψηλότερο σκορ για τις γυναίκες που σκοπεύουν να κάνουν αποκλειστικό θηλασμό.
- Άλλα τέκνα: Υψηλότερος βαθμός για τις γυναίκες που έχουν και άλλα τέκνα.
- Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού: Υψηλότερος βαθμός αυτό-αποτελεσματικότητας για εκείνες τις γυναίκες που έχουν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.
- Πρόθεση διάρκειας θηλασμού: Όσο μεγαλύτερο το διάστημα που προτίθεται να θηλάσει μια γυναίκα τόσο μεγαλύτερο σκορ σημειώνει στο BSE.
- Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε: Όσο υψηλότερο το αίσθημα της ικανότητας, τόσο μεγαλύτερο σκορ στο BSE.
- Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού: Όσο υψηλότερος ο βαθμός ενημέρωσης, τόσο μεγαλύτερο σκορ στο BSE.
- Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού: Όσο πιο σημαντικό θεωρεί μια γυναίκα το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού, τόσο υψηλότερο το σκορ που σημειώνει στο BSE.
- Πότε έγινε η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος: Οι γυναίκες στις οποίες έγινε τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος εντός 1 ώρας από τον τοκετό σημειώνουν υψηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης από τον θηλασμό.
- Σίτιση τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο: Οι γυναίκες οι οποίες έκαναν αποκλειστικό θηλασμό κατά τις 3 πρώτες ημέρες έχουν υψηλότερο σκορ στο BSE.
- Σίτιση 1 μήνα μετά από τον τοκετό: Οι γυναίκες οι οποίες έκαναν αποκλειστικό θηλασμό κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό έχουν υψηλότερο σκορ στο BSE.
- Είχατε βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο: Όσο περισσότερη η βοήθεια που παρείχαν επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή της γυναίκας στο μαιευτήριο τόσο υψηλότερο το σκορ που σημειώνουν στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης από τον θηλασμό.

- Σίτιση 3 μήνες μετά από τον τοκετό: Οι γυναίκες οι οποίες έκαναν αποκλειστικό θηλασμό κατά 4 πρώτους μήνες μετά τον τοκετό έχουν υψηλότερο σκορ στο BSE.
- Σας ικανοποιεί η προσπάθεια σας ως προς τον θηλασμό: Όσο μεγαλύτερος ο βαθμός ικανοποίησης από την προσπάθεια της γυναίκας στον θηλασμό τόσο μεγαλύτερο σκορ στο BSE.
- Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό: Όσο υψηλότερος ο βαθμός αυτοπεποίθησης των γυναικών, τόσο υψηλότερο το σκορ στο BSE.
- Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό: Όσο περισσότερη στήριξη δέχεται από το περιβάλλον της η γυναίκα, τόσο μεγαλύτερο σκορ σημειώνει στο ερωτηματολόγιο της αυτό-ικανοποίησης από τον θηλασμό.

Επιπλέον, από τους ελέγχους αποδεικνύεται ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στα αποτελέσματα της γυναίκας στο σκορ του ερωτηματολογίου για την επιλόχεια κατάθλιψη (τόσο πριν όσο και μετά από τον τοκετό) και την αυτό-αποτελεσματικότητα της στον θηλασμό. Δηλαδή, όσο υψηλότερο το σκορ στο ερωτηματολόγιο ESPD τόσο χαμηλότερο σκορ στο ερωτηματολόγιο BSE.

Ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας προέκυψε από τον έλεγχο των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων του ερωτηματολογίου της επιλόχειας κατάθλιψης, καθώς αποδεικνύεται ότι το σκορ που σημειώνουν οι γυναίκες κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό δεν διαφέρει σημαντικά από το σκορ που σημείωσαν στο ίδιο ερωτηματολόγιο πριν από τον τοκετό. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει ότι η επιλόχεια κατάθλιψη στην πραγματικότητα δεν αποτελεί απότοκο του τοκετού ή τουλάχιστον όχι μόνο αυτού αλλά περιλαμβάνει σε μεγάλο βαθμό και την ψυχική κατάσταση της γυναίκας πριν από αυτόν. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται στατιστικά το γεγονός ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα των γυναικών στον θηλασμό αυξάνεται καθώς αυξάνεται το χρονικό διάστημα στο οποίο θηλάζουν.

Τέλος, από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν για το είδος και την πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις:

Πριν τον τοκετό, η πρόθεση για θηλασμό συσχετίζεται με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, την πληθυσμιακή ομάδα, την οικογενειακή κατάσταση, τα άτομα στο περιβάλλον που να έχουν θηλάσει, το πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει και την επαρκή ενημέρωση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, η πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού, σχετίζεται με την προηγούμενη εμπειρία

θηλασμού, εάν υπάρχουν στο περιβάλλον άτομα που να έχουν θηλάσει και πόσο ικανή νιώθει η γυναίκα ότι μπορεί να θηλάσει.

Κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, η πρόθεση για θηλασμό σχετίζεται με την ύπαρξη ατόμων στο περιβάλλον της γυναίκας που έχουν θηλάσει, την πρόθεση της γυναίκας για θηλασμό προγεννητικά, τον χρόνο τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος, την σίτιση του νεογνού κατά τις τρεις πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο, την στήριξη για τον θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο, την ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα από τον τοκετό, το σκορ που σημείωσαν στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης και το σκορ στο ερωτηματολόγιο αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό. Ομοίως, η πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται με την πρόθεση για θηλασμό προγεννητικά, την σίτιση νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο, την ικανοποίηση από την προσπάθεια του θηλασμού μέχρι τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό, το σκορ του ερωτηματολογίου επιλόχειας κατάθλιψης και το σκορ του ερωτηματολογίου αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό.

Κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό, η πρόθεση για θηλασμό σχετίζεται με την ύπαρξη ατόμων στο περιβάλλον που έχουν θηλάσει, την πρόθεση της γυναίκας πριν τον τοκετό, τον χρόνο τοποθέτησης του νεογνού στο στήθος μετά τον τοκετό, την σίτιση του νεογνού κατά την παραμονή στο μαιευτήριο τις 3 πρώτες ημέρες, την ικανοποίηση της γυναίκας από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό, την αυτοπεποίθηση της γυναίκας ως προς τον θηλασμό, την αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού, την στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό, τα θετικά και τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνει η γυναίκα από τον θηλασμό, το σκορ στο ερωτηματολόγιο επιλόχειας κατάθλιψης και το σκορ στο ερωτηματολόγιο της αυτό-αποτελεσματικότητας από τον θηλασμό. Ακολούθως, η πρόθεση για την διάρκεια του θηλασμού σχετίζεται με την σίτιση του νεογνού κατά τις 3 πρώτες ημέρες, την ικανοποίηση από την προσπάθεια ως προς το θηλασμό, την αυτοπεποίθηση ως προς τον θηλασμό, την αίσθηση ικανότητας για την συνέχιση του θηλασμού, την στήριξη από το περιβάλλον ως προς τον θηλασμό, την χαρά και την κόπωση που λαμβάνει η γυναίκα από τον θηλασμό και το σκορ του ερωτηματολογίου της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό.

Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα

7.1. Συζήτηση

Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας, ήταν η διερεύνηση της αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό και ο καθορισμός των παραγόντων που την επηρεάζουν. Από την έρευνα βρέθηκε ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό καθορίζεται από ορισμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, η πληθυσμιακή ομάδα που ανήκει η γυναίκα, η ύπαρξη άλλων τέκνων και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού. Επιπλέον παράγοντες που επηρεάζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η πρόθεση της γυναίκας να θηλάσει, η διάρκεια που προτίθεται να το κάνει, το αίσθημα ότι είναι ικανή για να θηλάσει, η ενδεδειγμένη ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού και την σημαντικότητα του μητρικού γάλακτος για την ανάπτυξη του παιδιού. Παράγοντες που έπονται του τοκετού και καθορίζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η γρήγορη τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος, η σίτιση του κατά τις 3 πρώτες ημέρες στο μαιευτήριο καθώς και η βοήθεια που παρέχεται στην λεχώνα από τους επαγγελματίες υγείας κατά τις πρώτες αυτές ημέρες. Επίσης η βοήθεια που δέχεται η γυναίκα από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον κατά τους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό. Άλλοι παράγοντες που καθορίζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα και σχετίζονται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά της γυναίκας είναι η ικανοποίηση που λαμβάνει από τον θηλασμό καθώς και η αυτοπεποίθηση που έχει ως προς αυτόν. Επιβεβαιώθηκε επιπροσθέτως η άποψη ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα των γυναικών στον θηλασμό αυξάνεται όσο αυξάνεται το χρονικό διάστημα στο οποίο αυτές θηλάζουν. Τέλος, η ύπαρξη ενδείξεων κατάθλιψης (είτε επιλόχειας είτε εκ των προτέρων) αποτελούν σημαντικό παράγοντα ο οποίος επηρεάζει αρνητικά την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό.

Σχετικά με την επιλόχεια κατάθλιψη, η οποία συνήθως εμφανίζεται κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά από τον τοκετό, ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας ήταν η παρατήρηση ότι η επιλόχεια κατάθλιψη εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από την ψυχική κατάσταση της γυναίκας πριν από τον τοκετό. Συνεπώς, ενώ τις περισσότερες φορές η εικόνα που λαμβάνεται περιλαμβάνει μια γυναίκα που μετά τον τοκετό βρίσκεται σε επιλόχεια κατάθλιψη, σπάνια έχει προηγηθεί –όπως στην παρούσα έρευνα- μέτρηση της ψυχικής της κατάστασης πριν από αυτόν. Τα αποτελέσματα της

έρευνας αναδεικνύουν μια νέα ιδιαιτέρως σημαντική παράμετρο η οποία ασφαλώς χρίζει περαιτέρω διερεύνησης, θα πρέπει ωστόσο να αποτελέσει πυξίδα για την βέλτιστη διαχείριση των γυναικών που βρίσκονται εντός των επικινδύνων για επιλόχεια κατάθλιψη ορίων και κυρίως για την πρόληψη όσο το δυνατόν περισσότερων τέτοιων περιπτώσεων.

Επιμέρους στόχοι της έρευνας ήταν η διερεύνηση της πρόθεσης των γυναικών σχετικά με τον θηλασμό προγεννητικά όπου καταγράφεται μια πολύ υψηλή επιδίωξη για μητρικό θηλασμό σε σχέση με τα δεδομένα της χώρας αλλά όχι και της διάρκειας στην βάση των συστάσεων των φορέων και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επίσης η ικανότητα για θηλασμό όπου κατά τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό παρουσιάζεται σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα δείκτης ο οποίος μάλιστα σημειώνει σημαντική βελτίωση κατά τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό.

Επιπλέον τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν στον αποκλειστικό θηλασμό κατά τον πρώτο και τον τρίτο μήνα μετά τον τοκετό εμφανίζονται παρόμοια και σε κάθε περίπτωση υψηλότερα από τα ποσοστά που καταγράφει η χώρα στα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία από την έκθεση του 2018 “Εθνική μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα” του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού. Πάνω από το 60% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσε ότι κάνει αποκλειστικό θηλασμό ενώ το ποσοστό αυτό στην μελέτη του ΙΥΠ κατά το έτος 2017 είναι 40%.

Τέλος, αναφορά σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιτυχή έκβαση του θηλασμού έγινε παραπάνω. Όσον αφορά τις αιτίες για την ανεπιτυχή έκβαση του θηλασμού, η επιστροφή στην εργασία αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα ενώ επιπλέον παράγοντες είναι οι προσωπικοί λόγοι τις γυναίκας καθώς και η θεώρηση της για την ανεπάρκεια του μητρικού γάλακτος.

Σε σύγκριση με άλλες έρευνες της βιβλιογραφίας, η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει ότι η οικογενειακή κατάσταση δεν αποτελεί παράγοντα που καθορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό (Hinich, 2016; Blyth et al., 2002; Otsuka et al., 2008). Παρομοίως το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν αποτελεί παράγοντα καθορισμού της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό (Zubaran & Foresti, 2011; Blyth et al., 2002; Otsuka et al., 2008). Ενώ στην παρούσα έρευνα ούτε το εισόδημα αποτελεί παράγοντα καθορισμού, δεν συμβαίνει το ίδιο στην έρευνα των Thomas et al. (2015). Ωστόσο οι Otsuka et al. (2008) στην έρευνα που πραγματοποίησαν σε γυναίκες στην Ιαπωνία

συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, δεν υπάρχει δηλαδή συσχέτιση μεταξύ αυτό-αποτελεσματικότητας και εισοδήματος

Η πρόθεση για αποκλειστικό θηλασμό καθώς και το χρονικό διάστημα που προτίθεται η γυναίκα να θηλάσει, αποτελεί σημαντικό παράγοντα που καθορίζει με θετικό τρόπο την αυτό-αποτελεσματικότητα στην παρούσα έρευνα κάτι που συνάδει και με την διεθνή βιβλιογραφία (Hinic, 2016; Leger-Leblanc & Rioux, 2008). Η εκ των προτέρων εκτενής ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού αποτελεί επίσης παράγοντα που καθορίζει θετικά την αυτό-αποτελεσματικότητα του θηλασμού κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες στην βιβλιογραφία (Kornides & Kitsantas, 2013; Cottrell & Detman, 2013).

Η ύπαρξη άλλων τέκνων συνδέεται θετικά με την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και σε άλλες παρόμοιες έρευνες (Hinic, 2016; Oliver-Roig et al., 2012; Dennis, 2006). Επιπλέον, θετικό παράγοντα καθορισμού της αυτό-αποτελεσματικότητας αποτελεί και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και με άλλες έρευνες (Rollins et al., 2016; Dennis & Faux, 1999).

Η ηλικία αποτελεί επίσης παράγοντα που καθορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Σε αντίθεση ωστόσο με την έρευνα των Kitano et al. (2016) όπου φαίνεται οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας να σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό, στην παρούσα έρευνα φαίνεται ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα. Παρόλα αυτά τα αποτελέσματα από την έρευνα των Sipsma et al. (2017) συνάδουν με αυτά της παρούσας έρευνας.

Τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και στην έρευνα των Prior et al. (2012), το είδος του τοκετού δεν φαίνεται να επηρεάζει την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό και υπογραμμίζεται ότι πιθανός τοκετός με καισαρική τομή δεν αποτελεί εμπόδιο για την αυξημένη αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό. Η αντίληψη ότι η γυναίκα δεν έχει επαρκή ποσότητα γάλακτος που αποτελεί σύμφωνα με την παρούσα έρευνα έναν από τους λόγους για την διακοπή του θηλασμού, έχει τονισθεί ως κρίσιμη και από άλλες έρευνες (Brown et al., 2014; Odom et al., 2013). Παραδείγματος χάριν, ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος αναφέρθηκε από το 21,6% των γυναικών που διέκοψαν τον θηλασμό πριν από τους έξι μήνες όπως αναφέρεται από τους Brown et al. (2014). Ωστόσο είναι γνωστό ότι λιγότερο από το 5% των γυναικών έχουν κάποιο βιολογικό πρόβλημα στην παραγωγή ικανοποιητικής ποσότητας γάλακτος (Neifert et al., 1990).

Η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος της μητέρας κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό επιβεβαιώνεται ως καθοριστικός παράγοντας για την αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό τόσο στην παρούσα έρευνα όσο και από σειρά προηγούμενων ερευνών (Economou et al., 2021; Widström et al., 2019; Safari et al., 2018). Επιπλέον, κατά τις πρώτες ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο, ο αποκλειστικός θηλασμός του νεογνού καθώς και η βοήθεια που παρέχεται σχετικά με αυτόν από τους επαγγελματίες υγείας αποτελούν σημαντικό παράγοντα για την αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό, εύρημα που επιβεβαιώνει και η μελέτη των Nilsson et al. (2020).

Τέλος, παράγοντα με τον οποίο επιβεβαιώθηκε στην παρούσα έρευνα ισχυρή αρνητική συσχέτιση της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό, αποτελεί το συνολικό σκορ στο ερωτηματολόγιο της επιλόχειας κατάθλιψης (EPDS). Το εύρημα αυτό έρχεται σε συνέχεια μιας μακράς βιβλιογραφίας που υπάρχει σχετικά με την συγκεκριμένη σχέση, το οποίο το έχουν επιβεβαιώσει πλήθος ερευνών (Klenzman et al., 2020; Minamida et al., 2020; Vieira et al., 2018). Αυτό το εύρημα ωστόσο που χρίζει επισήμανσης από την παρούσα μελέτη είναι το γεγονός ότι τα προγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται τόσο με αυξημένα επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης όσο και με μειωμένα επίπεδα αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό. Παρόλο που το συγκεκριμένο εύρημα δεν έχει διερευνηθεί ευρέως στην βιβλιογραφία, υπάρχουν ορισμένες πρόσφατες μελέτες που το επιβεβαιώνουν όπως η έρευνα των Cato et al. (2019).

7.2. Προτάσεις

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας “ σχεδόν όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν, με την προϋπόθεση ότι έχουν ακριβείς πληροφορίες και την υποστήριξη της οικογένειάς τους, του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης και της κοινωνίας γενικότερα” (WHO, 2016a). Στην παρούσα έρευνα διερευνήθηκαν πολλοί από τους παράγοντες οι οποίοι σύμφωνα με τον ΠΟΥ αλλά και την διεθνή βιβλιογραφία καθορίζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας στον θηλασμό.

Τόσο η παρούσα μελέτη όσο και άλλες αντίστοιχες, παρέχουν τα εφόδια σχετικά με την ανάγκη προσαρμογής των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την επιλογή των παρεμβάσεων προώθησης του μητρικού θηλασμού. Γνωρίζοντας τους προγνωστικούς παράγοντες της αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό κατά την

προγεννητική περίοδο, όλοι οι εμπλεκόμενοι στην διαδικασία της λοχείας και του τοκετού μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των εγκύων γυναικών με γνώμονα την βελτίωση της αυτό-αποτελεσματικότητας στον θηλασμό και εν τέλει της συνολική βελτίωση των ποσοστών θηλασμού στον Ελλάδα. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να εδραιωθεί εξατομικευμένη διερεύνηση, ώστε να εντοπιστούν εγκαίρως οι προγνωστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αυτό-αποτελεσματικότητα στον θηλασμό και να καταστεί εφικτή η παροχή προσαρμοσμένης υποστήριξης σε κάθε γυναίκα ξεχωριστά.

Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν επίσης την σημαντικότητα της πλήρους και επαρκούς ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό και τα οφέλη του τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί ως τον σημαντικότερο παράγοντα άμεσης παρέμβασης με σκοπό την αύξηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, η σημαντικότητα για υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας κατά τις πρώτες ημέρες παραμονής στο μαιευτήριο παρουσιάζει για μια ακόμη φορά την ανάγκη για συνεχή κατάρτιση και ενημέρωση με κάθε νέο δεδομένα που προέρχεται από την επιστημονική κοινότητα των επαγγελματιών υγείας, ώστε η ούτως ή άλλως κρίσιμη συμβολή τους να καταστεί ακόμα πιο πρόσφορη προς την κατεύθυνση της υποστήριξης του μητρικού θηλασμού. Ο ρόλος του περιβάλλοντος της μητέρας και κυρίως του συντρόφου ή πατέρα, καταγράφεται επίσης ως σημαντικός παράγοντας, γεγονός που καθιστά κρίσιμη και την δική τους πλήρης και επαρκή ενημέρωση για τα ζητήματα του μητρικού θηλασμού.

Τέλος, ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της μελέτης, υπογραμμίζει την ανάγκη για ψυχολογική παρακολούθηση των εγκύων γυναικών μέσω της συμπλήρωσης απλών και γρήγορων ερωτηματολογίων, γεγονός που θα μπορούσε να οδηγήσει στον εντοπισμό των πιθανών περιπτώσεων επιλόχειας κατάθλιψης πριν ακόμα από τον τοκετό. Αυτό, θα ωφελούσε τα μέγιστα καθώς θα καταστεί εφικτό να προληφθούν επικίνδυνες καταστάσεις τόσο για την μητέρα όσο και για το νεογνό και μέσω σχεδιαζόμενων πολιτικών να βελτιστοποιηθεί η εμπειρία του θηλασμού για τις περιπτώσεις αυτές. Μια πιλοτική εφαρμογή και καταγραφή των αποτελεσμάτων θα μπορούσε να αναδείξει ακόμα περισσότερα στοιχεία προς αυτή την κατεύθυνση.

7.3. Περιορισμοί

Στην παρούσα μελέτη συντρέχουν ορισμένοι περιορισμοί οι οποίοι θα πρέπει να αναφερθούν. Αρχικά, ο σχεδιασμός της μελέτης δεν ήταν στοχευμένος αλλά η συμμετοχή των γυναικών έγινε με την μέθοδο του δείγματος ευκολίας. Αυτό συνεπάγεται ύπαρξη πιθανών προκαταλήψεων στα αποτελέσματα της έρευνας.

Επιπλέον, ο εθελοντικός χαρακτήρας σε μια τέτοιου είδους μελέτη που απαιτεί την συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε τρεις διαφορετικές χρονικές περιόδους, οδηγεί εκ των πραγμάτων στην απώλεια κατά την πορεία μέρους των συμμετεχόντων, με αποτέλεσμα να αλλοιώνονται ως έναν βαθμό τα χαρακτηριστικά του αρχικού δείγματος.

Επίσης σημαντικό είναι το γεγονός ότι στην έρευνα δεν αξιολογήθηκε το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και η υποστήριξη της γυναίκας από επίσημους φορείς και το κράτος. Προκειμένου να αξιολογηθούν καλύτερα ζητήματα όπως αυτό της ικανοποίησης ή της πρόθεσης για θηλασμό θα πρέπει να εκτεθεί το συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο ζουν, εργάζονται και γεννούν οι γυναίκες ώστε η τελική αξιολόγηση των προσωποποιημένων απαντήσεων να αποκτήσει πιο ασφαλές νόημα. Τέλος, ένα μεγάλο εύρος των δεδομένων που συλλέχθηκαν για την πραγματοποίηση της έρευνας, βασίστηκε σε αυτό-αναφορικά στοιχεία όπως τα βιώνει και τα αισθάνεται κάθε γυναίκα ξεχωριστά. Το γεγονός αυτό επιτρέπει ως έναν βαθμό ένα μη αντικειμενικό τρόπο μέτρησης των δεδομένων.

Βιβλιογραφία

- Adewale, O. R. (2005). The lived experience of first-time breastfeeding mothers: A descriptive study. *D'Youville College*.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior 1. *Journal of applied social psychology*, 32(4), 665-683.
- Alimoradi, F., Javadi, M., Barikani, A., Kalantari, N., & Ahmadi, M. (2014). An overview of importance of breastfeeding. *Journal of Comprehensive Pediatrics*, 5(2).
- American Academy of Pediatrics (2012). Breastfeeding and the Use of Human Milk. *American Academy of Pediatrics*, 129(3), 600-603. DOI: 10.1542/peds.2011-3552 originally published online February 27, 2012.
- American Academy of Pediatrics. (2005). Policy statement breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115, 496-506.
- American Academy of Pediatrics. (2011). Psychological benefits of breastfeeding. Retrieved February 2th, 2021 from <https://www.healthychildren.org/>
- Andreas, N. J., Kampmann, B. & Le-Doare, K. M. (2015). Human breast milk: a review on its composition and bioactivity. *Early Human Development*, 91(11), 629-635.
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A. H., & Jones, P. W. (2008). Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 137(2), 152-156.
- Arifeen, S., Black, R. E., Antelman, G., Baqui, A., Caulfield, L., & Becker, S. (2001). Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4), e67-e67.
- Avery, M. D., Duckett, L., & Frantzich, C. R. (2000). The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal of midwifery & women's health*, 45(3), 227-237.
- Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics*, 60(1), 49-74.
- Bandura, A. (Ed.). (1995). Self-efficacy in changing societies. *Cambridge university press*.
- Barona-Vilar, C., Escribá-Agüir, V., & Ferrero-Gandía, R. (2009). A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*, 25(2), 187-194.
- Battersby, S. (2008). Breastfeeding peer support: implications for midwives. *The practising midwife*, 11(10), 32-35.
- Binns, C. W., & Scott, J. A. (2002). Using pacifiers: what are breastfeeding mothers doing?. *Breastfeeding Review*, 10(2).
- Blyth, R. J., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., De Vries, S. M., & Healy, G. N. (2004). Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 20(1), 30-38.
- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.

- Blyth, R., Creedy, D. K., Dennis, C. L., Moyle, W., Pratt, J., & De Vries, S. M. (2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*, 29(4), 278-284.
- Bode, L. (2012). Human milk oligosaccharides: every baby needs a sugar mama. *Glycobiology*, 22(9), 1147-1162.
- Bolton, T. A., Chow, T., Benton, P. A., & Olson, B. H. (2009). Characteristics associated with longer breastfeeding duration: an analysis of a peer counseling support program. *Journal of Human Lactation*, 25(1), 18-27.
- Bonilla, A. V. (2008). La lactancia materna y sus beneficios. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (15), 3.
- Borra, C., Iacovou, M. & Sevilla, A. (2015). New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Journal of Maternal Child Health*, 19, 897-907.
- Bouras, G., Mexi-Bourna, P., Bournas, N., Christodoulou, C., Daskalaki, A., Tasiopoulou, I., & Poullos, A. (2013). Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *Journal of Child Health Care*, 17(4), 387-396.
- Brahm, P., & Valdes, V. (2017). Benefits of breastfeeding and risks associated with not breastfeeding. *Rev Chil Pediatr*, 88(1), 15-21.
- Brown, C. R., Dodds, L., Legge, A., Bryanton, J., & Semenic, S. (2014). Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Canadian Journal of Public Health*, 105(3), e179-e185.
- Cato, K., Sylvén, S. M., Georgakis, M. K., Kollia, N., Rubertsson, C., & Skalkidou, A. (2019). Antenatal depressive symptoms and early initiation of breastfeeding in association with exclusive breastfeeding six weeks postpartum: a longitudinal population-based study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-11.
- Ciampo, L. A. D., & Ciampo, I. R. L. D. (2018). Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(6), 354-359.
- Cottrell, B. H., & Detman, L. A. (2013). Breastfeeding concerns and experiences of African American mothers. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 38(5), 297-304.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Daglas, M., & Antoniou, E. (2012). Cultural views and practices related to breastfeeding. *Health science journal*, 6(2), 353.
- Dennis, C. L. & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in Nursing & Health*, 22, 399-409.
- Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, 15(3), 195-201.
- Dennis, C. L. (2003). The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6), 734-744.
- Dennis, C. L. E. (2006). Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Research in nursing & health*, 29(4), 256-268.

- Dennis, C. L., & Faux, S. (1999). Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Research in nursing & health*, 22(5), 399-409.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes?. *Acta paediatrica*, 96(4), 590-594.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics*, 123(4), e736-e751.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193.
- Dennis, C. L., Heaman, M., & Mossman, M. (2011). Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(3), 265-271.
- Dietrich Leurer, M., & Misskey, E. (2015). The psychosocial and emotional experience of breastfeeding: reflections of mothers. *Global qualitative nursing research*, 2, 2333393615611654.
- Economou, M., Kolokotroni, O., Paphiti-Demetriou, I., Kouta, C., Lambrinou, E., Hadjigeorgiou, E., ... & Middleton, N. (2021). The association of breastfeeding self-efficacy with breastfeeding duration and exclusivity: longitudinal assessment of the predictive validity of the Greek version of the BSES-SF tool. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-16.
- Edhborg, M., Friberg, M., Lundh, W., & Widström, A. M. (2005). "Struggling with life": Narratives from women with signs of postpartum depression. *Scandinavian journal of public health*, 33(4), 261-267.
- Ekström, A., Widström, A. M., & Nissen, E. (2006). Does continuity of care by well-trained breastfeeding counselors improve a mother's perception of support?. *Birth*, 33(2), 123-130.
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 1-6.
- Galler, J. R., Harrison, R. H., Biggs, M. A., Ramsey, F., & Forde, V. (1999). Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*.
- Gatti, L. (2008). Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 355-363.
- Godfrey, J. R., & Lawrence, R. A. (2010). Toward optimal health: the maternal benefits of breastfeeding. *Journal of women's health*, 19(9), 1597-1602.
- Graffy, J., & Taylor, J. (2005). What information, advice, and support do women want with breastfeeding?. *Birth*, 32(3), 179-186.
- Groër, M. W. (2005). Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables. *Biological research for nursing*, 7(2), 106-117.
- Groer, M. W., Davis, M. W., & Hemphill, J. (2002). Postpartum stress: Current concepts and the possible protective role of breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 31(4), 411-417.

- Hahn-Holbrook, J., Holbrook, C., & Haselton, M. G. (2011). Parental precaution: Neurobiological means and adaptive ends. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(4), 1052-1066.
- Hahn-Holbrook, J., Schetter, C. D., & Haselton, M. A. R. T. I. E. (2013). Breastfeeding and maternal mental and physical health. *Women's health psychology*, 414-439.
- Harami, E., Tsoromokos, D., & Mazarakou, H. (2015). Breastfeeding and maternal mental health. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(3).
- Hatton, D. C., Harrison-Hohner, J., Coste, S., Dorato, V., Curet, L. B., & McCarron, D. A. (2005). Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 444-449.
- Hauck, Y., Langton, D., & Coyle, K. (2002). The path of determination: exploring the lived experience of breastfeeding difficulties. *Breastfeeding Review*, 10(2), 5.
- Heinig, M. J. (2001). Host defense benefits of breastfeeding for the infant: effect of breastfeeding duration and exclusivity. *Pediatric Clinics of North America*, 48(1), 105-123.
- Heinrichs, M., Meinschmidt, G., Neumann, I., Wagner, S., Kirschbaum, C., Ehlert, U., & Hellhammer, D. H. (2001). Effects of suckling on hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to psychosocial stress in postpartum lactating women. *The journal of clinical endocrinology & metabolism*, 86(10), 4798-4804.
- Henshaw, E. J., Fried, R., Siskind, E., Newhouse, L. & Cooper, M. (2015). Breastfeeding self-efficacy, mood, and breastfeeding outcomes among primiparous women. *Journal of Human Lactation*, 31(3), 511-518
- Hinic, K. (2016). Predictors of breastfeeding confidence in the early postpartum period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(5), 649-660.
- Husin, H., Isa, Z., Ariffin, R., Rahman, S. A., & Ghazi, H. F. (2017). The Malay version of ante-natal and postnatal breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *Malaysian J Public Heal Med*, 17(2), 62-9.
- Iliadou, M., Lykeridou, K., Prezerakos, P., Zyga, S., Sakellari, E., Vivilaki, V., & Tziaferi, S. (2020). Psychometric properties of the Greek version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale and correlation with depressive symptomatology. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 37(5).
- Jansen, J., de Weerth, C., & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the mother–infant relationship—a review. *Developmental review*, 28(4), 503-521.
- Kitano, N., Nomura, K., Kido, M., Murakami, K., Ohkubo, T., Ueno, M., & Sugimoto, M. (2016). Combined effects of maternal age and parity on successful initiation of exclusive breastfeeding. *Preventive medicine reports*, 3, 121-126.
- Klenzman, R., Spence, M., Colby, S., Springer, C., & Kavanagh, K. (2020). Postpartum Anxiety, Breastfeeding Self-Efficacy & Breastfeeding Outcomes. *Current Developments in Nutrition*, 4(Supplement_2), 1020-1020.
- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal of child health care*, 17(3), 264-273.
- Lawson, K., & Tulloch, M. I. (1995). Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *Journal of Advanced Nursing*, 22(5), 841-849.

- Léger-Leblanc, G., & Rioux, F. M. (2008). Effect of a prenatal nutritional intervention program on initiation and duration of breastfeeding. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 69(2), 101-105.
- Lenz, E. R., & Shortridge-Baggett, L. M. (2002). Self-efficacy in nursing: research and measurement perspectives. *Springer Publishing Company*.
- Leonardou, A. A., Zervas, Y. M., Papageorgiou, C. C., Marks, M. N., Tsartsara, E. C., Antsaklis, A., ... & Soldatos, C. R. (2009). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and prevalence of postnatal depression at two months postpartum in a sample of Greek mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 28-39.
- Leung, G. M., Lam, T. H., & Ho, L. M. (2002). Breast-feeding and its relation to smoking and mode of delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 99(5), 785-794.
- Lewallen, L. P., Dick, M. J., Flowers, J., Powell, W., Zickefoose, K. T., Wall, Y. G., & Price, Z. M. (2006). Breastfeeding support and early cessation. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(2), 166-172.
- Li, R., Fein, S. B., Chen, J., & Grummer-Strawn, L. M. (2008). Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*, 122(Supplement 2), S69-S76.
- Light, K. C., Smith, T. E., Johns, J. M., Brownley, K. A., Hofheimer, J. A., & Amico, J. A. (2000). Oxytocin responsivity in mothers of infants: a preliminary study of relationships with blood pressure during laboratory stress and normal ambulatory activity. *Health Psychology*, 19(6), 560.
- Maleki-Saghooni, N., Amel Barez, M., Moeindarbari, S., & Karimi, F. Z. (2017). Investigating the breastfeeding self-efficacy and its related factors in primiparous breastfeeding mothers. *International Journal of Pediatrics*, 5(12), 6275-6283.
- McCrory, C., & Layte, R. (2011). The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: Results of an Irish cohort study. *Social science & medicine*, 72(9), 1515-1521.
- McCrory, C., & Murray, A. (2013). The effect of breastfeeding on neuro-development in infancy. *Maternal and child health journal*, 17(9), 1680-1688.
- McInnes, R. J., & Chambers, J. A. (2008). Supporting breastfeeding mothers: qualitative synthesis. *Journal of advanced nursing*, 62(4), 407-427.
- Mezzacappa, E. S., Kelsey, R. M., & Katkin, E. S. (2005). Breast feeding, bottle feeding, and maternal autonomic responses to stress. *Journal of psychosomatic research*, 58(4), 351-365.
- Minamida, T., Iseki, A., Sakai, H., Imura, M., Okano, T., & Tanii, H. (2020). Do postpartum anxiety and breastfeeding self-efficacy and bonding at early postpartum predict postpartum depression and the breastfeeding method?. *Infant Mental Health Journal*, 41(5), 662-676.
- Mitra, A. K., Khoury, A. J., Hinton, A. W., & Carothers, C. (2004). Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal and child health journal*, 8(2), 65-70.
- Mosca, F., & Gianni, M. L. (2017). Human milk: composition and health benefits. *La Pediatria Medica e Chirurgica*; volume 39:155.

- Neifert, M., DeMarzo, S., Seacat, J., Young, D., Leff, M., & Orleans, M. (1990). The influence of breast surgery, breast appearance, and pregnancy-induced breast changes on lactation sufficiency as measured by infant weight gain. *Birth*, 17(1), 31-38.
- Nelson, A. M. (2006). A metasynthesis of qualitative breastfeeding studies. *Journal of midwifery & women's health*, 51(2), e13-e20.
- Nilsson, I. M., Kronborg, H., Rahbek, K., & Strandberg-Larsen, K. (2020). The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal & child nutrition*, 16(3), e12986.
- Odom, E. C., Li, R., Scanlon, K. S., Perrine, C. G., & Grummer-Strawn, L. (2013). Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics*, 131(3), e726-e732.
- Oliver-Roig, A., d'Anglade-Gonzalez, M. L., Garcia-Garcia, B., Silva-Tubio, J. R., Richart-Martinez, M. & Dennis, C. L. (2012). The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 169-173
- Otsuka, K., Dennis, C. L., Tatsuoka, H., & Jimba, M. (2008). The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *Journal of obstetric, gynecologic & neonatal nursing*, 37(5), 546-555.
- Oya, J. G., Durán, T. V., González, E. M., Álvarez, M. H., Ozores, Y. L., Varela, M. S. & Lueiro, I. P. (2008). Estudio sobre la prevalencia de la lactancia materna en los centros de salud del Val Miñor. *Pediatría Atención Primaria*, 10(40), 603-616.
- Perrine, C. G., Scanlon, K. S., Li, R., Odom, E., & Grummer-Strawn, L. M. (2012). Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*, 130(1), 54-60.
- Persad, M. D., & Mensinger, J. L. (2008). Maternal breastfeeding attitudes: association with breastfeeding intent and socio-demographics among urban primiparas. *Journal of community health*, 33(2), 53-60.
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113-1135.
- Public Health Agency of Canada. (2014). Breastfeeding and infant nutrition. Retrieved January 20th, 2021 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... & Group, T. L. B. S. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *The lancet*, 387(10017), 491-504.
- Safari, K., Saeed, A. A., Hasan, S. S., & Moghaddam-Banaem, L. (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International breastfeeding journal*, 13(1), 1-8.
- Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., et al., (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstet Gynecol.*, 113(5), 974-982.
- Sikorski, J., Renfrew, M. J., Pindoria, S., & Wade, A. (2003). Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatric and perinatal epidemiology*, 17(4), 407-417.
- Sipsma, H. L., Jones, K., & Nickel, N. C. (2017). Hospital practices to promote breastfeeding: The effect of maternal age. *Birth*, 44(3), 272-280.

- Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D. H., & Meinlschmidt, G. (2011). Plasma oxytocin concentration during pregnancy is associated with development of postpartum depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893.
- Stewart, D. E., & Vigod, S. (2016). Postpartum depression. *New England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186.
- Stewart, D. E., Gagnon, A., Saucier, J. F., Wahoush, O., & Dougherty, G. (2008). Postpartum depression symptoms in newcomers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(2), 121-124.
- The National Women's Health Information Center. (2005). Breastfeeding. Retrieved January 29th, 2021 from <https://www.ehd.org/pdf/sources/469.pdf>
- Thomas, J. S., Elaine, A. Y., Tirmizi, N., Owais, A., Das, S. K., Rahman, S., ... & Stein, A. D. (2015). Maternal knowledge, attitudes and self-efficacy in relation to intention to exclusively breastfeed among pregnant women in rural Bangladesh. *Maternal and child health journal*, 19(1), 49-57.
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(3), 259-268.
- UNICEF UK. 2012. Preventing disease and saving resources: the potential contribution of increasing breastfeeding rates in the UK of in. Retrieved February 4th, 2021 from: http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Research/Prevention
- Verduci, E., Banderali, G., Barberi, S., Radaelli, G., Lops, A., Betti, F., Giovannini, M. (2014). Epigenetic effects of human breast milk. *Nutrients*, 6, 1711-1724.
- Vieira, E. D. S., Caldeira, N. T., Eugênio, D. S., Lucca, M. M. D., & Silva, I. A. (2018). Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26.
- Vivilaki, V. G., Dafermos, V., Kogevas, M., Bitsios, P., & Lionis, C. (2009). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and validation for a Greek sample. *BMC public health*, 9(1), 1-11.
- Wambach, K. A. (1997). Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Research in nursing & health*, 20(1), 51-59.
- Wasser, H., Bentley, M., Borja, J., Goldman, B. D., Thompson, A., Slining, M., & Adair, L. (2011). Infants perceived as "fussy" are more likely to receive complementary foods before 4 months. *Pediatrics*, 127(2), 229-237.
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.
- Williams, P. L., Innis, S. M., Vogel, A. M. P., & Stephen, L. J. (1999). Factors influencing infant feeding practices of mothers in Vancouver. *Canadian Journal of Public Health*, 90(2), 114-119.
- World Health Organization & United Nations International Children's Emergency Fund. (1990). Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. Retrieved January 29th, 2021 from <https://healthydocuments.org/children/healthydocuments-doc33.pdf>
- World Health Organization. (2002). Essential Newborn Care and Breastfeeding. World Health Organization: Geneva, Switzerland.

- World Health Organization. (2002). Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. Retrieved February 4th, 2021 from https://www.who.int/nutrition/publications/nut_adequacy_of_exc_bfeeding_eng.pdf
- World Health Organization. (2013a). Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Retrieved January 7th, 2021 from <http://www.who.int/>
- World Health Organization. (2013b). Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality. Retrieved January 7th, 2021 from <http://www.who.int/>
- World Health Organization. (2016a). Health topics - breastfeeding. Retrieved January 25th, 2021 from <http://www.who.int/>
- World Health Organization. (2016b). Exclusive breastfeeding. Retrieved January 20th, 2021 from <http://www.who.int/>
- Yang, X., Gao, L. L., Ip, W. Y., & Chan, W. C. S. (2016). Predictors of breast feeding self-efficacy in the immediate postpartum period: a cross-sectional study. *Midwifery*, 41, 1-8.
- Zubaran, C., & Foresti, K. (2011). The correlation between breastfeeding and maternal quality of life in southern Brazil. *Breastfeeding Medicine*, 6(1), 25-30.
- Δάγλα, Μ. (2007). Μητρικός θηλασμός: παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκειά του στην Ελλάδα. Retrieved February 2th, 2021 from: <http://ejournals.uniwa.gr/index.php/eleutho/article/viewFile/3898/3611>
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (2018). Εθνική μελέτη εκτίμησης της συχνότητας και των προσδιοριστικών παραγόντων του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα. . Retrieved January 7th, 2021 from http://epilegothilasmog.gr/wp-content/uploads/2018/03/meleti_breastfeeding_-2018_17_final.pdf

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο Ι

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) Σε ποια ηλικιακή ομάδα βρίσκεστε;

- <18
- 18-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- >40

2) Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε;

- Μέχρι απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Πτυχιούχος ΑΕΙ – ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό – Διδακτορικό

3) Ποια είναι η εργασιακή σας απασχόληση;

- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Οικιακά
- Άνεργη

➤ Εάν εργάζεστε τότε υπολογίζετε ότι θα χρειαστεί να επιστρέψετε;.....

4) Σε ποια πληθυσμιακή ομάδα ανήκετε;

- Έλληνας
- Αλλοδαπός
- Ρομά
- Μετανάστης

5) Σε ποια οικογενειακή κατάσταση βρίσκεστε;

- Άγαμη
- Έγγαμη
- Διαζευγμένη
- Χήρα
- Συμβίωση

5) Ποιο είναι το ετήσιο εισόδημά σας;

- Έως 5.000
- Έως 15.000
- Έως 25.000
- > 25.000

6) Καπνίζετε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

7) Πού θα γεννήσετε;

- Ιδιωτικό μαιευτήριο
- Δημόσιο νοσοκομείο
- Σπίτι

8) Έχετε άλλα παιδιά;

- ΝΑΙ
 - ΟΧΙ
- Εάν ναι πόσα;

9) Είχατε προηγούμενη εμπειρία θηλασμού;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Αν ναι ποιο ήταν το μέγιστο διάστημα που θηλάσατε;
- Εάν όχι γιατί δεν είχατε;.....

10) Υπάρχει άτομο/α στο οικογενειακό ή στενό φιλικό περιβάλλον που έχουν θηλάσει;

- Όχι
- Ναι
- Αν ναι , ποιο;

11) Σκέπτεστε να:

- κάνετε αποκλειστικό θηλασμό
- δώσετε μόνο ξένο γάλα
- θηλάζετε και παράλληλα να δίνετε ξένο γάλα
- Πόσο σκοπεύετε να θηλάσετε;

12) Πόσο ικανές νιώθετε ότι μπορείτε να θηλάσετε;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πάρα πολύ

13) Έχετε ενημερωθεί επαρκώς για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πάρα πολύ

14) Από ποιον έχετε ενημερωθεί για τον μητρικό θηλασμό;

- Μαία
- Γυναικολόγος
- Παιδίατρος
- Φίλοι – internet
- Οικογενειακό περιβάλλον

15) Πόσο σημαντικό θεωρείτε το μητρικό γάλα για την ανάπτυξη του παιδιού;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πάρα πολύ

Σας ευχαριστώ!

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 1^ο ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1) Πώς γεννήσατε ;

- Φυσιολογικός τοκετός (αυτόματη έναρξη)
- Φυσιολογικός τοκετός (με πρόκληση)
- Καισαρική τομή (προγραμματισμένη)
- Καισαρική τομή (επείγουσα)

2) Ποιο ήταν το βάρος γέννησης του παιδιού σας ;

- 2000 – 2499
- 2500 – 2999
- 3000 – 3999
- >4000

3) Πότε έγινε ακριβώς η τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος ;

- Εντός 1 ώρας από τον τοκετό
- 2 – 6 ώρες μετά τον τοκετό
- 6 – 24 ώρες μετά τον τοκετό
- την επόμενη μέρα του τοκετού
- μετά το τρίτο 24ωρο της γέννησης

4) Εμφάνισε το νεογνό συμπτώματα ίκτερου ;

- Ναι
- Ναι, χρειάστηκε φωτοθεραπεία
- Όχι

5) Τις 3 πρώτες ημέρες στο νοσοκομείο:

- Κάνετε αποκλειστικό θηλασμό
- Θηλάζατε και δίνατε συμπλήρωμα με ξένο γάλα
- Δίνατε μόνο ξένο γάλα

6) Τώρα κάνετε:

- Αποκλειστικό θηλασμό
- Θηλασμό και λίγο ξένο
- Πιο πολύ ξένο και λίγες φορές θηλασμό=
- Μόνο ξένο γάλα

7) Χρειάστηκε να γίνει εισαγωγή του νεογνού σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ
- Εάν Ναι, πόσες ημέρες έμεινε ;

8) Αν έχετε διακόψει το θηλασμό, για ποιο λόγο ;

- Ιατρική σύσταση
- Νοσηλεία νεογνού
- Επιστροφή στην εργασία
- Προσωπικοί λόγοι
- Άλλο. Περιγράψτε....

9) Εάν συνεχίζετε το θηλασμό, για πόσο διάστημα σκοπεύετε να συνεχίσετε ακόμα;

.....(συμπληρώστε στο κενό πόσο)

10) Είχατε βοήθεια απ' τους επαγγελματίες υγείας κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

11) Από ποιον έχετε στήριξη στο θηλασμό μετά το εξιτήριο σας από το μαιευτήριο;

- Σύζυγος
- Επαγγελματίας υγείας
- Οικογενειακό – Φιλικό περιβάλλον
- Όλα τα παραπάνω
- Κανέναν

12) Ποια είναι τα προβλήματα που έχετε αντιμετωπίσει έως σήμερα ;

- Κανένα πρόβλημα
- Πόνος στο στήθος (ερεθισμένες θηλές, ραγάδες)
- Δυσκολία του νεογνού να θηλάσει
- Ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος
- Υπερφόρτωση μαστών , μαστίτιδα
- Άλλο. Περιγράψτε.....

13) Νιώθετε ικανή ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

14) Είστε ικανοποιημένη με την προσπάθειά του θηλασμού έως σήμερα ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 3^ο ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

1) Εάν χορηγείτε ξένο γάλα ποια είναι η αντιστοιχία του στην ημερήσια κατανάλωση;

- Κανένα – αποκλειστικός θηλασμός
- 1 – 2 γεύματα
- 3 – 5 γεύματα
- Πάνω από 5
- Μόνο ξένο γάλα

2) Σας ικανοποιεί η προσπάθειά σας ως προς το θηλασμό ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

3) Αντιμετωπίζετε δυσκολίες με τον θηλασμό ;

- Καμία
- Δεν λαμβάνει αρκετό βάρος το μωρό
- Δεν έχει σταθερό ωράριο σίτισης
- Μαστίτιδα
- Ανεπάρκεια μητρικού γάλακτος

4) Πόση αυτοπεποίθηση έχετε ως προς τον θηλασμό ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

5) Πόσο ικανή νιώθετε ώστε να συνεχίσετε το θηλασμό ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

6) Πόσο επιθυμείτε να συνεχίσετε τον θηλασμό ;

.....μήνες (Παρακαλώ συμπληρώστε μας τους μήνες)

7) Έχετε στήριξη από το περιβάλλον σας ως προς τον θηλασμό ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

8) Έχει χρειαστεί να επιστρέψετε στην εργασία σας ;

- Όχι
- Μειωμένο ωράριο
- Πλήρες ωράριο

9) Εάν εργάζεστε θεωρείτε ότι αυτό θα επηρεάσει τη πορεία του θηλασμού ;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

10) Τι συναισθήματα σας δημιουργούνται από τον θηλασμό ;

- Χαρά
- Ικανοποίηση
- Ασφάλεια
- Δυσσαρέσκεια
- Άγχος/στρες
- Κόπωση

Παράρτημα 2

Ερωτηματολόγιο για την Επιλόχεια Κατάθλιψη (EPDS)

Είστε έγκυος ή έχετε γεννήσει πρόσφατα. Θα θέλαμε να μάθουμε πώς αισθάνεστε. Παρακαλώ τσεκάρετε την απάντηση που περιγράφει καλύτερα πώς αισθάνεστε τις ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 7 ΜΕΡΕΣ, όχι το πώς αισθάνεστε σήμερα μόνο. Παρακάτω υπάρχει παράδειγμα πώς μπορείτε να συμπληρώσετε:

Ένιωθα χαρούμενη:

- Ναι, συνέχεια.
- Ναι, τις περισσότερες φορές. Αυτό σημαίνει: «Ένιωθα χαρούμενη τις περισσότερες φορές αυτήν την εβδομάδα.»
- Όχι, τόσο συχνά.
- Όχι, καθόλου.

Παρακαλώ συμπληρώστε με τον ίδιο τρόπο και τις υπόλοιπες ερωτήσεις.

Τις τελευταίες 7 μέρες:

1. Μπορούσα να γελάω και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων <ul style="list-style-type: none">• <u>Όπως πάντα</u>• <u>Όχι τόσο πολύ, πλέον</u>• <u>Σίγουρα όχι τόσο τώρα</u>• <u>Καθόλου</u>	6. Πνιγόμενος από τις καταστάσεις <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω</u>• <u>Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως</u>• <u>Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά</u>• <u>Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα</u>
2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα <ul style="list-style-type: none">• <u>Όπως πάντα</u>• <u>Όχι τόσο τώρα, όπως παλιότερα</u>• <u>Σίγουρα λιγότερο τώρα, από ότι συνήθιζα</u>• <u>Καθόλου</u>	7. Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, τις περισσότερες φορές</u>• <u>Ναι, μερικές φορές</u>• <u>Όχι τόσο συχνά</u>• <u>Όχι, καθόλου</u>
3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, τις περισσότερες φορές</u>• <u>Ναι, μερικές φορές</u>• <u>Όχι τόσο συχνά</u>• <u>Όχι, ποτέ</u>	8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, τις περισσότερες φορές</u>• <u>Ναι, αρκετά συχνά</u>• <u>Όχι τόσο συχνά</u>• <u>Όχι, καθόλου</u>
4. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο <ul style="list-style-type: none">• <u>Όχι, καθόλου</u>• <u>Πολύ σπάνια</u>• <u>Ναι, μερικές φορές</u>• <u>Ναι, πολύ συχνά</u>	9. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, τις περισσότερες φορές</u>• <u>Ναι, αρκετά συχνά</u>• <u>Μόνο περιστασιακά</u>• <u>Όχι, καθόλου</u>
5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, αρκετά συχνά</u>• <u>Ναι, μερικές φορές</u>• <u>Όχι τόσο συχνά</u>• <u>Όχι, ποτέ</u>	10. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου <ul style="list-style-type: none">• <u>Ναι, αρκετά συχνά</u>• <u>Μερικές φορές</u>• <u>Σχεδόν ποτέ</u>• <u>Ποτέ</u>

Παράρτημα 3

Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας Για Τον Μητρικό Θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale)

Για κάθε μία από τις προτάσεις σας παρακαλώ να επιλέξετε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το πόσο σιγουριά νιώθετε όταν θηλάζετε το μωρό σας. Κυκλώσετε τον αριθμό που εκφράζει περισσότερο το πώς αισθάνεστε:

1=καθόλου σίγουρη, 2=όχι πολύ σίγουρη, 3=μερικές φορές σίγουρη, 4=σίγουρη, 5=πολύ σίγουρη

	καθόλου σίγουρη			πολύ σίγουρη
1. Μπορώ πάντα να αξιολογήσω ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
2. Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
3. Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
4. Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό θηλάζει σωστά σε όλη την διάρκεια του θηλασμού.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
5. Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με την διαδικασία του θηλασμού και να είμαι ικανοποιημένη.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
6. Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
7. Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
8. Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειάς μου.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
9. Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
10 Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
11 Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
12. Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
13. Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			
14. Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει.	<u>1</u> 2 3 4 <u>5</u>			

Παράρτημα 4



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ-
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ
Κορίνθου 191 – 21 200
Τηλ:2751024455

Αργος 27/10/2020

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πληροφορίες: Γιαγού Θεοφανή

Τηλ: 2751360140
e-mail: epistimoniko@gna.gr

Προς
κ. Τσιγκρή Παναγιώτα
κ. Καμπούρη Μαρία

Θέμα: Έγκριση διεξαγωγής μελέτης.

Σχετ: Η υπ'αρ. πρωτ. 12079/25-7-2022 αίτησή σας.

Σε απάντηση της ανωτέρω σχετικής αίτησή σας γνωρίζουμε ότι όπως προκύπτει από τα τηρούμενα πρακτικά του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.Αργολίδας – Ν.Μ.Αργους κατόπιν συνεδρίασεως με την υπ' αριθ. Πράξη 3^η στις 7/9/2020 εξέτασε το αίτημά σας για εκπόνηση μεταπτυχιακής εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση του βαθμού αυτό-αποτελεσματικότητας της γυναίκας στον θηλασμό προγεννητικός σε σχέση με την πρόθεση για θηλασμό και την έκβασή του » .

Το αίτημα εγκρίθηκε με την υποχρέωση της τήρησης των κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας και των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων καθώς και της μη παρακώλησης της ομαλής λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΓΑΜΒΡΟΥΛΑ

ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΣΤΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ

Αθήνα, 19/2/20

ΠΡΟΣ κ. ΤΣΙΓΚΡΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ,Μαία

κ. ΚΑΜΠΟΥΡΗ ΜΑΡΙΑ, Μαία

Αγαπητές Κυρίες,

Σας ευχαριστώ πολύ για το ενδιαφέρον σας για τη μεταφρασμένη και σταθμισμένη κλίμακα 'BSES-SF'.

Σας ενημερώνουμε ότι η κλίμακα έχει σταθμιστεί από εμάς και έχει ανακοινωθεί, στα πλαίσια της δημόσιας υποστήριξης, στη διδακτορική μου διατριβή με τίτλο,

"Ανάπτυξη του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας στο μητρικό θηλασμό και βελτίωση της έκβασής του μέσω προγράμματος προγεννητικής εκπαίδευσης".

Αναμένουμε τη δημοσίευση της κλίμακας σε επιστημονικό περιοδικό, όπου την έχουμε υποβάλει, και θα λάβετε άμεση σχετική ενημέρωση μόλις αυτή η διαδικασία ολοκληρωθεί

Μετά τιμής,

Μαρία Ηλιάδου

Λέκτορας

Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Αγ.Σπυρίδωνος 28,12243, Αιγάλεω, Αθήνα

Τηλέφωνο εργασίας: 2105387454, E-mail: miliad@uniwa.gr