



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ
ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Διπλωματική Εργασία

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΚΑΤΑ ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

ΛΕΜΟΝΙΑ ΠΑΡΔΑΛΗ

ΑΜ:18026

ΕΠΙΒΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Λυκερίδου Αικατερίνη, *Καθηγήτρια, Τμήματος Μαιευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής*

ΑΘΗΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2023



UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
MSc IN ADVANCED AND EVIDENCE BASED MIDWIFERY CARE

Diploma Thesis

**SHARED DECISION - MAKING ABOUT MEDICATION INTAKE
DURING LACTATION**

LEMONIA PARDALI

Registration Number: 18026

Supervisor:

Professor Aikaterini Lykeridou

ATHENS, JUNE 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ
ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΜΕΝΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΗΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΤΑ
ΤΟ ΘΗΛΑΣΜΟ**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	ΛΥΚΕΡΙΔΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ	ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ	
2	ΜΕΤΑΛΛΙΝΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ /ΜΕΛΟΣ	
3	ΝΑΝΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ΜΕΛΟΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Παρδάλη Λεμονιά του Αθανασίου, με αριθμό μητρώου 18026 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Ο/Η Δηλών/ούσα



*** Ονοματεπώνυμο / Ιδιότητα**

Λυκερίδου Αικατερίνη / Καθηγήτρια Τμήματος Μαιευτικής

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα
(Υπογραφή)

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα Λυκερίδου Αικατερίνη (*Καθηγήτρια, Τμήματος Μαιευτικής, ΠαΔΑ*) για την καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε καθ'όλη τη διάρκεια της συγγραφής αλλά και τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής, κα Μεταλλινού Δήμητρα (*Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήματος Μαιευτικής, ΠαΔΑ*) και κα Νάνου Χριστίνα (*Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήματος Μαιευτικής, ΠαΔΑ*) για τις εποικοδομητικές τους υποδείξεις και την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επί προσθέτως, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλες τις μητέρες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα παίζοντας καθοριστικό ρόλο.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον σύντροφο μου, στην οικογένειά μου και τους φίλους μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την απεριόριστη κατανόησή τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	6
Abstract.....	7
Εισαγωγή	8

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1.....	12
1. Πληροφορημένη λήψη απόφασης.....	12
1.1 Ορισμός – ιστορική αναδρομή.....	12
1.2 Στάδια της διαδικασίας κοινής λήψης απόφασης	12
Κεφάλαιο 2.....	14
2. Μητρικός θηλασμός	14
2.1 Οφέλη του μητρικού θηλασμού.....	15
2.2 Καθοριστικοί παράγοντες έναρξης-διακοπής μητρικού θηλασμού	16
Κεφάλαιο 3.....	19
3. Λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό	19
3.1 Φάρμακα που επηρεάζουν την παραγωγή μητρικού γάλακτος.....	21
3.2 Κανόνες λήψης φαρμάκων κατά το μητρικό θηλασμό.....	22
3.3 Ο ρόλος της μαίας στην ενημέρωση της μητέρας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό.....	23

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ.....	26
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	26
2.1 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	26
2.2 Δείγμα μελέτης.....	26
2.3 Μετρήσεις.....	27
2.4 Συλλογή δεδομένων.....	27
3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	28
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	28
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	40
<i>Δυνατά σημεία και περιορισμοί της μελέτης.....</i>	<i>42</i>
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46

Περίληψη

Εισαγωγή: Η λήψη φαρμακευτικής αγωγής παίζει καθοριστικό ρόλο στην έναρξη, τη διάρκεια και τη διακοπή του μητρικού θηλασμού. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία θα πρέπει να βασίζεται στις γνώσεις και τις δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, στη μετάδοση επιστημονικά έγκυρων πληροφοριών στις μητέρες σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού και τον πιθανό κίνδυνο της έκθεσης σε ορισμένα φάρμακα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της συμμετοχικής λήψης απόφασης σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά το μητρικό θηλασμό, σε γυναίκες που θηλάζουν στην Ελλάδα.

Υλικό και Μέθοδος: Πρόκειται για μια προοπτική περιγραφική μελέτη παρατήρησης που πραγματοποιήθηκε σε πέντε ελληνικά μαιευτήρια μεταξύ Ιανουαρίου-Μαΐου 2020. Συνολικά, 283 μητέρες εντάχθηκαν στη μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου. Οι μητέρες απάντησαν στο ερωτηματολόγιο πριν από το εξιτήριο και στη συνέχεια παρακολούθηθηκαν μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης σε έναν, τρεις και έξι μήνες μετά τον τοκετό, προκειμένου να δώσουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του θηλασμού, τους λόγους διακοπής του θηλασμού και τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Αποτελέσματα: Περίπου το ένα τρίτο των μητέρων (30,7%) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή λόγω χρόνιας νόσου πριν από την εγκυμοσύνη, αλλά μόνο το 23,7% από αυτές μπόρεσαν να το διατηρήσουν κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Το 48,4% των μητέρων δήλωσε ότι θα απέφευγε τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας ως στάση ζωής. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος που μελετήθηκε (45,2%) ήταν ικανοποιημένο με τις πληροφορίες που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία, αλλά το 66,1% των μητέρων υπέδειξε την ανάγκη περαιτέρω καθοδήγησης. Επίσης, μητέρες με τριτοβάθμια εκπαίδευση, ελληνική καταγωγή και φυσιολογικό τοκετό συμμετείχαν σημαντικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία ($p=0,001$, $p=0,001$ και $p=0,01$ αντίστοιχα). Τέλος, οι μητέρες που συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων, συμβουλευτήκαν κυρίως παιδίατρο ($p=0,02$) και ήταν πιο πιθανό να διατηρήσουν πλήρη και μεικτό θηλασμό για ένα μήνα μετά τον τοκετό, αντί να σταματήσουν το θηλασμό ($p=0,005$).

Συμπεράσματα: Η προώθηση των τεκμηριωμένων γνώσεων, των επικοινωνιακών δεξιοτήτων, της εμπιστοσύνης και της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του θηλασμού, θα συμβάλει θετικά στους δείκτες θηλασμού και στην ικανοποίηση της μητέρας όσον αφορά την επαγγελματική συμβουλευτική.

Λέξεις κλειδιά: Ενημερωμένη λήψη αποφάσεων, λήψη φαρμάκων, θηλάζουσες γυναίκες, θηλασμός, επαγγελματίες υγείας.

Abstract

Introduction: Requirement of medication intake plays a crucial role in breastfeeding initiation, duration and cessation. Decision - making regarding medication intake during lactation should be based on healthcare professionals' (HPs) knowledge and skills in transmitting scientifically valid information to mothers concerning the benefits of breastfeeding and the risk of drug exposure.

Aim: To investigate informed decision - making about medication intake during lactation by breastfeeding women in Greece.

Methods: This is a prospective descriptive observational longitudinal study conducted in five Greek maternity hospitals between January-May 2020. In total, 283 mothers were enrolled in the study. Data collection was performed by using a questionnaire designed by the first author. Mothers answered the questionnaire before discharge and were subsequently followed - up by phone interviewing on one, three and six months postpartum so as to provide information about their breastfeeding status, reasons for breastfeeding cessation and medication intake during lactation.

Results: Approximately one-third of the mothers (30.7%) were receiving medication due to a pre-pregnancy chronic disease but only 23.7% of them were able to maintain it during lactation. The 48.4% of mothers stated that they would avoid medication intake during lactation as an attitude towards life. Almost half of the studied sample (45.2%) was satisfied with the information provided by HPs concerning medication intake during lactation but 66.1% of the mothers indicated the necessity of further guidance. Moreover, mothers with higher education, Greek ethnicity and vaginal delivery participated significantly in the decision - making process, concerning medication intake during lactation ($p=0.001$, $p=0.001$ and $p=0.01$ respectively). Finally, mothers who shared decision - making, primarily consulted a pediatrician ($p=0.02$) and were more likely to maintain full and mixed breastfeeding for one month postpartum, rather than cease breastfeeding ($p=0.005$).

Conclusion: Advancing HPs' evidence-based knowledge, communication skills, confidence and competence in breastfeeding management, will contribute favorably to breastfeeding indicators and maternal satisfaction regarding professional counseling.

Keywords: Informed decision - making, medication intake, lactating women, breastfeeding, healthcare professionals

Εισαγωγή

Η πληροφορημένη λήψη αποφάσεων είναι μια αμφίδρομη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ ενός ασθενούς και ενός ή περισσότερων επαγγελματιών υγείας μέσω της οποίας οι ασθενείς κατανοούν τη φύση της νόσου τους με βάση τα γεγονότα ή πληροφορίες. Λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη, τους κινδύνους, τους περιορισμούς και τις εναλλακτικές λύσεις μιας ιατρικής διαδικασίας, είτε διαγνωστικής είτε θεραπευτικής, οι ασθενείς εξουσιοδοτούνται στη συνέχεια να συναινέσουν ή να αρνηθούν την παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη [1].

Σχετικά με το θηλασμό, όλες οι μητέρες θα πρέπει να ενημερώνονται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας και να υποστηρίζονται από τις οικογένειές τους (ιδιαίτερα από τον πατέρα του νεογνού) καθώς και από το κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να ξεκινήσει ο θηλασμός το συντομότερο δυνατό μετά τη γέννηση [2]. Οι ιατροί, οι μαίες, οι νοσηλεύτριες και οι πιστοποιημένοι σύμβουλοι θηλασμού έχουν συσχετιστεί με σημαντική επίδραση στα ποσοστά και τη διάρκεια έναρξης του θηλασμού όταν παρέχουν ένα καλά δομημένο εκπαιδευτικό πρόγραμμα θηλασμού στις μητέρες [3,4]. Ωστόσο, απομένουν πολλά να γίνουν για να καταστεί ο αποκλειστικός θηλασμός ο κανόνας για τη διατροφή των βρεφών, καθώς σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (Centers for Disease Control and Prevention-CDC), ένα μεγάλο ποσοστό των μητέρων (83%) ξεκινά το θηλασμό, αλλά μόνο το 58% διατηρεί αποκλειστικό θηλασμό για περίοδο 6 μηνών και το 36% για 12 μήνες [5]. Η παγκόσμια τάση που υπάρχει για τον θηλασμό παρουσιάστηκε πρόσφατα σε μια μελέτη από τους Neves et al [6], οι οποίοι συμπεριέλαβαν δεδομένα από 113 χώρες του κόσμου, σε μια περίοδο από το 2000 έως το 2019 και ανέλυσαν επτά δείκτες σίτισης σε παιδιά κάτω των 2 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι χώρες με ανώτερο μεσαίο εισόδημα αγωνίζονται να επιτύχουν τον αρχικό στόχο του 50% που ορίζει η «Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας» έως το 2025 και αναφέρουν ποσοστό 37% του αποκλειστικού θηλασμού για βρέφη κάτω των 6 μηνών. Αντίθετα, τα χαμηλά εισοδήματα και οι χώρες μεσαίου εισοδήματος βρίσκονται ήδη κοντά στον διεθνή στόχο με κατά προσέγγιση ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού 49% την ίδια χρονιά, το 2019.

Πολλοί άλλοι παράγοντες επηρεάζουν επιπλέον την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού, όπως το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, η ηλικία και ο δείκτης μάζας σώματος πριν από την εγκυμοσύνη [7], οι καπνιστικές συνήθειες, η ψυχολογική κατάσταση και η εισαγωγή της πιπίλας [8]. Ωστόσο, η απαίτηση λήψης φαρμάκων συνήθως παίζει καθοριστικό ρόλο στη διακοπή του θηλασμού. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό μητέρων (πάνω από 50%) κατά

τη διάρκεια της γαλουχίας λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή όπως ορμόνες φύλου, συστηματικά αντιβακτηριακά, μη στεροειδή φάρμακα, δερματολογικούς παράγοντες, βιταμίνες, προγεστίνες, σκευάσματα σιδήρου, αντιβιοτικά, αναλγητικά ή φάρμακα για διάφορες χρόνιες παθήσεις [10].

Η βιοδιαθεσιμότητα, το μοριακό βάρος, οι ιδιότητες ιονισμού, η δέσμευση πρωτεϊνών και η διαλυτότητα στα λιπίδια θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν συνταγογραφείται ένα φάρμακο σε θηλάζουσα γυναίκα, καθώς αυτοί οι παράγοντες θα καθορίσουν την ποσότητα των απεκκρίσεων στο μητρικό γάλα. Τα περισσότερα φάρμακα απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα σε κάποιο βαθμό, αλλά οι επιδράσεις στο παιδί που θηλάζει εξαρτώνται από την ηλικία του καθώς και από τη συγκέντρωση, τον χρόνο ημιζωής, την τοξικότητα και την ημερήσια δόση της ουσίας [11]. Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες στα παιδιά είναι έμετος, διάρροια, λήθαργος, κακή αύξηση βάρους, υποθυρεοειδισμός, υπερκινητικότητα, κνίδωση και ηπατοτοξικότητα. Έτσι, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε χαμηλές δόσεις τις περισσότερες φορές και για όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα [12].

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώνονται τακτικά για τις κατηγορίες φαρμάκων που είναι συμβατά με το θηλασμό ή αντενδείκνυται, καθώς οι θηλάζουσες μητέρες ανησυχούν εξαιρετικά για την ασφάλεια και τις πιθανές επιδράσεις των φαρμακευτικών ουσιών στην παραγωγή γάλακτος και στα παιδιά τους και, ως εκ τούτου, συχνά στρέφουν την προσοχή τους σε συμπληρωματικά σκευάσματα και στην εναλλακτική ιατρική ή σε εναλλακτικές μεθόδους [13,14]. Ωστόσο, τα στοιχεία για τέτοια φάρμακα σε σύγκριση με τα συμβατικά, είναι ελλιπή [15]. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία βασίζεται στις πιο πρόσφατες γνώσεις και δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας στη μετάδοση επιστημονικά έγκυρων πληροφοριών σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού και τον κίνδυνο έκθεσης σε φάρμακα [16]. Οι θηλάζουσες γυναίκες θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με τις αξιόπιστες πηγές πληροφοριών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή κατά τη γαλουχία και να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη αποφάσεων σε συνεργασία με τον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης [17].

Τα χαμηλά ποσοστά θηλασμού και η διακοπή του θηλασμού συχνά αποδίδονται σε ανεπαρκείς γνώσεις και συμβουλές που βασίζονται σε στοιχεία των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας [9,18]. Πράγματι, η παροχή φροντίδας σε μια γυναίκα που θηλάζει είναι μια σημαντική πρόκληση στην οποία θα πρέπει να επικεντρωθούν οι επαγγελματίες υγείας στο μέλλον.

Η παρούσα ερευνητική εργασία διερευνά τη συμμετοχική λήψη απόφασης σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά το μητρικό θηλασμό, σε γυναίκες που θηλάζουν στην Ελλάδα.

Στο **πρώτο (γενικό) μέρος** της εργασίας παρουσιάζονται και αναλύονται οι κυριότερες έννοιες που αφορούν στη συμμετοχική λήψη απόφασης, τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των γυναικών σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό και τέλος, η λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια του θηλασμού.

Στο **δεύτερο (ειδικό) μέρος** παρουσιάζεται ο σκοπός της μελέτης, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε, τα αποτελέσματα, η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρούσα ερευνητική εργασία.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1

1. Πληροφορημένη λήψη απόφασης

1.1 Ορισμός – ιστορική αναδρομή

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι μια διαδικασία συνεργασίας κατά την οποία οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν αποφάσεις από κοινού, ενσωματώνοντας τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών, αφού πρώτα έχουν επιβεβαιωθεί ορισμένα κλινικά στοιχεία. Ο ασθενής κατανοεί όχι μόνο ότι πρέπει να ληφθεί μια απόφαση για την πορεία της υγείας του, αλλά είναι και σε θέση να αξιολογήσει τις επιλογές που έχει, τους σχετικούς κινδύνους και τα οφέλη από μια ιατρική πράξη/διαδικασία [19,20].

Το μοντέλο πληροφορημένης λήψης απόφασης εφαρμόζεται στις περισσότερες χώρες και έχει ως επίκεντρο τον ασθενή. Η φροντίδα του ασθενή είναι βασισμένη στις ατομικές και ομαδικές ικανότητες της ομάδας φροντίδας και είναι αποτέλεσμα γνώσεων, αντιλήψεων και αξιών, καθώς και προτύπων συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας [21].

Η κοινή λήψη απόφασης βασίζεται σε έναν δομημένο τρόπο ενσωμάτωσης στοιχείων και αξιών. Ο βασικός στόχος δεν είναι να πεισθεί ο ασθενής να ακολουθήσει τη σύσταση του ιατρού, ούτε να δώσει ο ιατρός οποιαδήποτε θεραπεία στον ασθενή και να τον αφήσει να αποφασίσει μόνος του. Στόχος είναι να διευκρινιστούν τα οφέλη και οι πιθανοί κίνδυνοι και να αποσαφηνιστούν οι αξίες για τον ασθενή και την οικογένειά του. Η συγκεκριμένη διαδικασία γίνεται μέσω συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας και του ασθενή και δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα σε αυτό που έχει σημασία για τον ασθενή (προτεραιότητες στη ζωή του, φιλοσοφία ζωής, συνθήκες διαβίωσης) [22].

Οι έρευνες σχετικά με τη διαδικασία λήψης απόφασης έχει ξεκινήσει από διάφορους τομείς όπως αυτό των οικονομικών, της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Είναι μια διαδικασία πολύπλοκη που επηρεάζεται από τις τεχνολογικές εξελίξεις και από το περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης [23].

1.2 Στάδια της διαδικασίας κοινής λήψης απόφασης

Η διαδικασία της κοινής λήψης απόφασης ξεκινάει όταν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα υγείας που χρειάζεται μια απόφαση θεραπείας. Η συγκεκριμένη διαδικασία ισχύει και για αποφάσεις σχετικά με προληπτικές υπηρεσίες και άλλες παρεμβάσεις όπως ο προσυμπτωματικός έλεγχος και οι διαγνωστικές εξετάσεις.

Η κοινή λήψη αποφάσεων περιλαμβάνει τα ακόλουθα βήματα λήψης ιατρικών αποφάσεων και μια απόφαση μπορεί να απαιτεί περισσότερες από μία επισκέψεις [24,25].

1. Προσδιορισμός ενός σαφούς σημείου απόφασης: Γνωρίζει ο ασθενής τις επιλογές;
2. Παροχή πληροφοριών σχετικά με το κλινικό πρόβλημα και τις επιλογές
3. Διευκρίνιση της προοπτικής του ασθενούς: Αξιολόγηση της άποψης του ασθενούς για το τι έχει μεγαλύτερη σημασία για εκείνον
4. Καθοδήγηση τον ασθενή προς την τελική απόφαση
5. Αξιολόγηση του βαθμού άνεσης που νιώθει ο ασθενής με την απόφασή του

Ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο της διαδικασίας λήψης απόφασης, όμως υπάρχουν και άλλα μέλη της ομάδας φροντίδας που εμπλέκονται στη διαδικασία. Ο κύριος πάροχος υγείας, ο ιατρός, ο νοσηλευτής, η μαία παρουσιάζουν τις επιλογές, περιγράφουν τους κινδύνους και τα οφέλη και στη συνέχεια διερευνούν τις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενή. Η οικογένεια του ασθενή έχει πολύ σημαντική επιρροή στη λήψη απόφασης του ασθενή. Ο ρόλος τους είναι να υποστηρίξουν τον ασθενή, ενδεχομένως να αποσαφηνίσουν τις αξίες και τις προτιμήσεις του και να αποτελέσουν τις περισσότερες φορές το νόμιμο εκπρόσωπο για τις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι παιδί, ηλικιωμένος ή βαρέως πάσχων [26].

Κεφάλαιο 2

2. Μητρικός θηλασμός

Ο θηλασμός είναι το σημαντικότερο μέρος της ζωής ενός νεογνού. Ο θηλασμός ή η γαλουχία παρέχει πλήρη διατροφική και συναισθηματική εξάρτηση του νεογνού από τη μητέρα. Ο ισχυρός συναισθηματικός δεσμός μεταξύ της μητέρας-παιδιού είναι απαραίτητος για την επιτυχή παράταση του θηλασμού [27].

Το μητρικό γάλα είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη του νεογνού/βρέφους και συνιστάται ως η βέλτιστη και αποκλειστική πηγή πρώιμης διατροφής για όλα τα νεογνά/βρέφη από τη γέννηση έως την ηλικία, τουλάχιστον, των 6 μηνών. Το ανθρώπινο γάλα θεωρείται η βέλτιστη διατροφή για τα νεογνά/ βρέφη, καθώς παρέχει σημαντική διατροφική υποστήριξη αλλά και συμβάλλει επιπρόσθετα στην υγεία της μητέρας [28].

Η παραγωγή γάλακτος ρυθμίζεται από τον υποθάλαμο της μητέρας και τις ορμόνες που προέρχονται από την υπόφυση. Η ωκυτοκίνη και η προλακτίνη είναι οι κύριες ορμόνες που παίζουν το ρόλο της παραγωγής γάλακτος και του αντανακλαστικού αποδυνάμωσης που προκύπτει. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης και προλακτίνης ξεκινούν την κυψελιδική ανάπτυξη στον μαστικό αδένα καθώς και τον πολλαπλασιασμό των επιθηλιακών κυττάρων του μαστικού αδένα. Υπάρχουν διαφορετικά στάδια που παρατηρούνται στην παραγωγή γάλακτος που ξεκινούν πριν από τη γέννηση του νεογνού. Το πρώτο γάλα είναι το πρωτόγαλα (πύαρ) που είναι διαθέσιμο μετά τον τοκετό. Περιστασιακά, υπάρχει προπρωτόγαλα πριν από το στάδιο μετά τον τοκετό. Το πρωτόγαλα είναι πλούσιο σε πρωτεΐνες, νάτριο και ανοσοσφαιρίνες, ενώ είναι χαμηλό σε λακτόζη, και αυτό είναι το πρώτο γάλα που παράγεται για το νεογνό. Μετά τον τοκετό, οι ορμονικές αλλαγές ξεκινούν την έκκριση γάλακτος από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένα, ένα στάδιο που ονομάζεται «ενεργοποίηση έκκρισης». Τριάντα (30) έως 40 ώρες μετά τον τοκετό, η σύνθεση του γάλακτος αλλάζει με αύξηση της λακτόζης και αραίωση άλλων συστατικών καθώς αυξάνεται ο όγκος. Σε αυτό το στάδιο, τα επίπεδα της προγεστερόνης μειώνονται δραματικά, ενώ η προλακτίνη, η ινσουλίνη και η κορτιζόλη είναι απαραίτητες για τη ρύθμιση αυτής της κρίσιμης φάσης [29]. Στη συνέχεια, η διατήρηση της γαλουχίας ακολουθεί ένα αυτόνομο μοτίβο όπου το πιπίλισμα του μωρού και το άδειασμα του μαστού είναι οι κύριοι παράγοντες που ρυθμίζουν τη ροή του γάλακτος [30,31].

Στην πραγματικότητα, ο όρος «θηλασμός» είναι πλέον τόσο διαφορούμενος που είναι αδύνατο να συζητηθούν οι σύγχρονες συμπεριφορές σίτισης με μητρικό γάλα χρησιμοποιώντας αυτή τη λέξη. Ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τη διαδραστική σχέση μητέρας και παιδιού, περιλαμβάνει την επαφή, τα ερεθίσματα, τη δέσμευση, τη λεκτική επικοινωνία που όλα μαζί συνθέτουν την υγιή συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών [32].

2.1 Οφέλη του μητρικού θηλασμού

Το μητρικό γάλα είναι η καλύτερη διατροφή για τα βρέφη κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά τη γέννηση και συνιστάται ιδιαίτερα να συνεχιστεί ο θηλασμός μαζί με συμπληρωματικές τροφές έως την ηλικία των δύο ετών. Η συγκέντρωση ορισμένων συστατικών του ανθρώπινου γάλακτος, συμπεριλαμβανομένων των βιταμινών B6, B12 και βιταμίνης C (ασκορβικό οξύ) μειώνεται με τη διάρκεια του θηλασμού, μέχρι τον απογαλακτισμό. Επιπλέον, οι συγκεντρώσεις ασβεστίου, σιδήρου, ψευδαργύρου και χαλκού μειώνονται σταδιακά κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Επιπλέον, η συγκέντρωση ορισμένων θρεπτικών συστατικών στο γάλα εξαρτάται και από τη διατροφή της μητέρας [33].

Τα πλεονεκτήματα του θηλασμού προεκτείνονται, πέρα από τις ιδιότητες του ίδιου του ανθρώπινου γάλακτος και σε ένα σύμπλεγμα διατροφικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικοοικονομικών, ψυχολογικών καθώς και γενετικών αλληλεπιδράσεων που δημιουργεί έναν τεράστιο κατάλογο πλεονεκτημάτων του θηλασμού για την υγεία του βρέφους που θηλάζει. Τα βρέφη που θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχουν χαμηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα, λιγότερες οδοντικές ανωμαλίες και υψηλότερη νοημοσύνη από τα βρέφη που δεν θηλάζουν ή θηλάζουν για μικρότερες περιόδους. Γενικότερα, ο μητρικός θηλασμός μειώνει τα ποσοστά των αναπνευστικών και του γαστρεντερικών λοιμώξεων. Τις ίδιες επιπτώσεις φαίνεται να έχει και στη μέση ωτίτιδα. Επιπλέον, τα παιδιά που θήλασαν επιδεικνύουν καλύτερη νευρολογική ανάπτυξη σε σύγκριση με τα παιδιά που τρέφονται με γάλα του εμπορίου. Το μητρικό γάλα είναι ένα τρόφιμο με υψηλή διατροφική αξία και αποτελεί σημαντικό προστατευτικό παράγοντα κατά της παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και II. Μειώνει τον κίνδυνο ατοπικών δερματικών νοσημάτων και εκζέματος παρά το ενδεχόμενο θετικό ιστορικό της οικογένειας. Τα τελευταία χρόνια όμως υπάρχουν αντικρουόμενα αποτελέσματα στις πρόσφατες μελέτες όπου αναφέρονται ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης αλλεργιών στα βρέφη που θηλάζουν. Μια εξήγηση σε αυτά τα αποτελέσματα είναι και οι συγχυτικοί παράγοντες που πιθανόν να παίζουν ρόλο όπως η αδυναμία ελέγχου της

διατροφής της μητέρας, ο μερικός θηλασμός, ή/και η εισαγωγή των στερεών τροφών μετά τον 6^ο μήνα [16, 34, 35].

Το χρονικό διάστημα για το οποίο συνιστάται ο αποκλειστικός θηλασμός είναι περίπου οι 6 μήνες και συνήθως συνεχίζεται «όσο το επιθυμούν αμοιβαία η μητέρα και το παιδί». Επιπλέον, ο θηλασμός παρέχει οφέλη και για την υγεία της μητέρας όπως είναι η προστασία από τον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, την προστασία από το σακχαρώδη διαβήτη και την τήρηση μιας σταθερής χρονικής απόστασης μεταξύ των τοκετών (φυσική αντισύλληψη). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνιστά ότι όλα τα βρέφη πρέπει να θηλάζουν αποκλειστικά (δηλαδή να λαμβάνουν μόνο μητρικό γάλα και όχι άλλη τροφή) για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής τους για να επιτευχθεί η βέλτιστη ανάπτυξη και υγεία. Τα βρέφη θα πρέπει να λαμβάνουν συμπληρωματικές τροφές από 6 μηνών, ενώ ο θηλασμός θα πρέπει να συνεχίζεται για έως και 2 χρόνια ή και περισσότερο. Ωστόσο, αυτές οι συστάσεις δεν τηρούνται σε πολλές χώρες. Από 194 χώρες που διερεύνησε ο Π.Ο.Υ. διαπιστώθηκε ότι το 40% των παιδιών ηλικίας κάτω των 6 μηνών πραγματοποιεί αποκλειστικό θηλασμό. Επίσης, πολλές μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα θα ήθελαν να θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ότι περίπου το 60% των μητέρων στις ΗΠΑ σταμάτησαν να θηλάζουν νωρίτερα από ό,τι επιθυμούσαν, κυρίως επειδή είχαν ανησυχίες για την υγεία της μητέρας ή του παιδιού και ανησυχίες για τη διαδικασία του θηλασμού (π.χ. προβλήματα γαλουχίας και άντλησης γάλακτος). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική υποστήριξη θα μπορούσε να βοηθήσει στην αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και να βοηθήσει τις μητέρες να επιτύχουν τους στόχους του θηλασμού [36, 37].

2.2 Καθοριστικοί παράγοντες έναρξης-διακοπής μητρικού θηλασμού

Η δηλωμένη πρόθεση μιας μητέρας να θηλάσει είναι ένας από τους ισχυρότερους προγνωστικούς παράγοντες για την έναρξη του θηλασμού. Ο θηλασμός είναι μια δυναμική διαδικασία που επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά και τις εμπειρίες που έχει η μητέρα μετά την έναρξη του θηλασμού. Σύμφωνα με μια έρευνα στην Αμερική, «Listening to Mothers», το 80% των εγκύων γυναικών δηλώνουν ότι σκοπεύουν να θηλάσουν, κάτι που αντιστοιχεί σχεδόν στο υψηλό ποσοστό έναρξης θηλασμού στις Ηνωμένες Πολιτείες. Όμως, μετά τη γέννηση, οι καταστάσεις μπορεί να διαφοροποιούνται καθώς οι μητέρες, αντιμετωπίζοντας διάφορες δυσκολίες μετά τη γέννηση, δεν μπορούν να επιτύχουν τον αρχικό επιθυμητό στόχο του θηλασμού. Η ανάγκη της μητέρας για αυτονομία,

που προκύπτει στην πορεία, αλλά και η ανησυχία της σχετικά με την ανάπτυξη του βρέφους αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της συνέχισης του θηλασμού. Η επιθυμητή διάρκεια θηλασμού πολλές φορές δεν καλύπτεται από τις μητέρες καθώς έρχονται αντιμέτωπες με διάφορες δυσκολίες, ανησυχούν για τη λήψη ικανοποιητικού βάρους του βρέφους, για την ανάγκη λήψης φαρμάκων και την προσπάθεια άντλησης γάλακτος.

Η αντίληψη της μητέρας για ανεπαρκές γάλα είναι ο συνηθέστερος λόγος για τη διακοπή του θηλασμού. Ορισμένες γυναίκες δυσκολεύονται να παράγουν επαρκές μητρικό γάλα μετά από δύσκολο τοκετό, καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού, αποχωρισμό λόγω πρόωρου τοκετού, πόνο στις θηλές ή ασθένεια της μητέρας. Ένα ποσοστό 5% των γυναικών παρουσιάζουν δυσκολίες εδραίωσης του θηλασμού, που μπορεί να οφείλεται τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό.

Προϋπόθεση για αποτελεσματική γαλακτογένεση είναι η ισορροπημένη έκκριση των υπεύθυνων ορμονών, ώστε να ξεκινήσει η παραγωγή και έκκριση του γάλακτος, καθώς και η επάρκεια του αδενικού ιστού. Συνεπώς, η ανεπάρκεια παραγωγής μητρικού γάλακτος που οφείλεται σε οργανική αιτιολογία διακρίνεται σε ορμονική δυσλειτουργία και σε υποπλασία μαζικού αδένου.

Οι απλές στρατηγικές, όπως η παρατεταμένη δερματική επαφή με το βρέφος, μπορούν να αποκαταστήσουν την εμπιστοσύνη και να βοηθήσουν στην αύξηση της προσφοράς γάλακτος. Επιπλέον, συστήνεται να γίνεται χρήση της αντλίας γάλακτος ή η χρήση γαλακταγωγών παραγόντων ώστε να επιτυγχάνεται αύξηση της παραγωγής [18].

Μελέτη των Brown et al., [38] με δείγμα 500 μητέρες οι οποίες διέκοψαν εντελώς το θηλασμό στους πρώτους έξι μήνες μετά τη γέννηση του βρέφους τους, αναφέρει στα αποτελέσματά της, ότι η πλειοψηφία του δείγματος (73,6%) δήλωσε πως ο βασικός λόγος που διέκοψε το θηλασμό ήταν η κόπωση και η ταλαιπωρία που σχετίζεται με αυτή τη διαδικασία. Ο άμεσος επόμενος λόγος που διέκοψαν ήταν η ανησυχία που είχαν σχετικά με την παραγωγή γάλακτος. (22,6%). Τέλος, ένας άλλος λόγος που αναφέρθηκε από τις μητέρες ήταν και η επιστροφή στην εργασία (21,6%).

Παρόμοια μελέτη των Tracz et al., [7] υπογράμμισε τους λόγους για τους οποίους οι μητέρες διακόπτουν το θηλασμό πριν από τον 6^ο μήνα μετά τη γέννηση του βρέφους. Ανάμεσα σε αυτούς αναφέρονται η ηλικία της μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσής της, αλλά και το βάρος

γέννησης του νεογνού. Οι μητέρες που ήταν μεγαλύτερες ($35 \pm$ ετών), είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και ζούσαν σε πόλεις μεσαίου μεγέθους θήλαζαν συχνότερα αποκλειστικά, σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ. Οι γυναίκες που ήταν νεότερες, είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ζούσαν σε αγροτικές περιοχές θήλαζαν αποκλειστικά για μικρότερο χρονικό διάστημα. Ο πιο συχνά αναφερόμενος λόγος για τη διακοπή του θηλασμού ήταν οι ανησυχίες της μητέρας για την ανεπαρκή παραγωγή γάλακτος (41%).

Είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι λόγοι για τους οποίους οι μητέρες διακόπτουν το θηλασμό και σχετίζονται με τη μη επίτευξη των επιθυμητών στόχων θηλασμού, έτσι ώστε να μπορούν να σχεδιαστούν οι ανάλογες στρατηγικές παρέμβασης. Η συνεχής επαγγελματική υποστήριξη μπορεί να είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων και για να βοηθηθούν οι μητέρες να ανταποκριθούν στην επιθυμητή διάρκεια θηλασμού.

Κεφάλαιο 3

3. Λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό

Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της κάθε χώρας συνιστά αποκλειστικό θηλασμό για περίπου έξι μήνες, παράλληλα με τη συμπληρωματική τροφή έως τουλάχιστον 12 μήνες. Παρόλα αυτά, τα τρέχοντα στατιστικά στοιχεία θηλασμού δείχνουν ότι ορισμένες χώρες είναι πολύ κάτω από αυτές τις συστάσεις. Ενώ το 96% των γυναικών αρχίζει να θηλάζει, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού μειώνονται στο 39% στους τρεις μήνες και στο 15% στους πέντε μήνες. Ενόψει αυτών των στατιστικών, είναι σημαντικό να μπορούμε να δίνουμε ακριβείς πληροφορίες για την ασφάλεια των φαρμάκων, ώστε ο θηλασμός να προωθείται όσο το δυνατόν περισσότερο.

Ωστόσο, η ανάγκη λήψης φαρμάκων συνήθως παίζει καθοριστικό ρόλο στη διακοπή του θηλασμού. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό μητέρων (πάνω από 50%) κατά τη διάρκεια της γαλουχίας λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή όπως ορμόνες φύλου, συστηματικά αντιβακτηριακά, μη στεροειδή φάρμακα, δερματολογικούς παράγοντες, βιταμίνες, προγεστίνες, σκευάσματα σιδήρου, αντιβιοτικά, αναλγητικά ή φάρμακα για διάφορες χρόνιες παθήσεις [10].

Η βιοδιαθεσιμότητα, το μοριακό βάρος, οι ιδιότητες ιονισμού, η δέσμευση πρωτεϊνών και η διαλυτότητα στα λιπίδια θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν συνταγογραφείται ένα φάρμακο σε θηλάζουσα γυναίκα, καθώς αυτοί οι παράγοντες θα καθορίσουν την ποσότητα των απεκκρίσεων στο μητρικό γάλα. Τα περισσότερα φάρμακα, ιδιαίτερα τα φάρμακα, απεκκρίνονται στο μητρικό γάλα σε κάποιο βαθμό, αλλά οι επιδράσεις στο παιδί που θηλάζει εξαρτώνται από την ηλικία του καθώς και από τη συγκέντρωση, τον χρόνο ημιζωής, την τοξικότητα και την ημερήσια δόση της ουσίας. κύριος μηχανισμός εισόδου των φαρμάκων στο μητρικό γάλα από το πλάσμα είναι η παθητική διάχυση. Η ουσία- το φάρμακο μετακινείται από την πλευρά της υψηλής συγκέντρωσης προς την πλευρά της χαμηλότερης μέσω μιας ημιδιαπερατής μεμβράνης (γαλακτοκύτταρα). Όταν η μητέρα λαμβάνει ένα φάρμακο, αυξάνει η συγκέντρωσή του στο πλάσμα, οπότε ξεκινά η διάχυση διαμέσου της λιπιδιακής μεμβρανικής διπλοστοιβάδας προς το γάλα που έχει χαμηλή συγκέντρωση. Καθώς το φάρμακο μεταβολίζεται από τη μητέρα και απομακρύνεται από τον οργανισμό της, μειώνεται η συγκέντρωσή του στο πλάσμα της. Οπότε από τη διαφορά συγκέντρωσης που προκύπτει ένα μέρος του φαρμάκου

επιστρέφει στο πλάσμα της. Ο μηχανισμός αυτός αφορά κυρίως φάρμακα μικρού μοριακού βάρους με λιποφιλικές ιδιότητες [11].

Πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες στα παιδιά είναι έμετος, διάρροια, λήθαργος, κακή αύξηση βάρους, υποθυρεοειδισμός, υπερκινητικότητα, κνίδωση και ηπατοτοξικότητα. Έτσι, η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε χαμηλές δόσεις τις περισσότερες φορές και για όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα [12]. Διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο μεταφοράς των φαρμάκων στο μητρικό γάλα, όπως η συγκέντρωση στο πλάσμα της μητέρας, η δέσμευση των μητρικών πρωτεϊνών στο πλάσμα, το μέγεθος του μορίου του φαρμάκου, ο βαθμός ιοντισμού, η διαλυτότητα στα λιπίδια και η μητρική φαρμακογονιδιοματική. Και εάν το νεογνό εκτεθεί σε ένα φάρμακο μέσω του μητρικού γάλακτος, άλλοι παράγοντες καθορίζουν εάν θα υπάρξει αποτέλεσμα: εκτός από την τοξικότητα του φαρμάκου, η ηλικία του παιδιού και η δόση που λαμβάνεται μέσω του μητρικού γάλακτος που προκύπτει από το συνδυασμό πολλών παραγόντων συμπεριλαμβανομένου του χρόνου ημιζωής της ουσίας, του χρόνου από την κατάποση του φαρμάκου, της από του στόματος βιοδιαθεσιμότητάς του και του όγκου του γάλακτος που προσλαμβάνεται.

Τα περισσότερα φάρμακα δεν προκαλούν ανησυχία στο θηλασμό. Επιπλέον, οι περισσότερες θηλάζουσες γυναίκες λαμβάνουν λίγα φάρμακα και μόνο περιστασιακά. Επιπλέον, παρόλο που σχεδόν όλα τα φάρμακα μεταφέρονται στο μητρικό γάλα σε κάποιο βαθμό, η ποσότητα του φαρμάκου είναι συνήθως μικρή και απίθανο να προκαλέσει δυσμενή επίδραση στο νεογνό [39, 40]. Εάν είναι απαραίτητη η συνεχόμενη χρήση φαρμάκων, μόνο λίγα φάρμακα δικαιολογούν τη διακοπή του θηλασμού. [41]

Ωστόσο, η χρήση φαρμάκων από τις μητέρες μπορεί να επηρεάσει την επιτυχία του θηλασμού. Οι περισσότερες μελέτες αναφέρουν ότι περισσότερο από το 50% των γυναικών στην περίοδο της λοχείας (θηλασμό ή όχι) λαμβάνουν τουλάχιστον ένα φάρμακο. Αυτές οι γυναίκες μπορεί είτε να διακόψουν το θηλασμό είτε να μην τηρήσουν τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζονται λόγω ανησυχιών σχετικά με την έμμεση έκθεση του μωρού στο φάρμακο μέσω του μητρικού γάλακτος. Εάν τα φάρμακα είναι απαραίτητα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι κίνδυνοι και τα οφέλη και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου τα οφέλη από τη θεραπεία της ιατρικής κατάστασης της μητέρας υπερτερούν του δυνητικού κινδύνου για το βρέφος που θηλάζει.

Πολλές γυναίκες χρησιμοποιούν φάρμακα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, όπως ορισμένα αντιβιοτικά και αναλγητικά φάρμακα και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζουν την πρόκληση να προσδιορίσουν ποια φάρμακα είναι συμβατά με το θηλασμό. Αν και υπάρχει μεγάλη βιβλιογραφία σχετικά με τη διαθεσιμότητα των δραστικών συστατικών των φαρμάκων στο μητρικό γάλα, η ποιότητα των πληροφοριών σχετικά με την ασφάλειά τους κατά τη γαλουχία ποικίλλει και μπορεί να είναι αντικρουόμενη [42, 43].

Στις περισσότερες περιπτώσεις, γενικά δεν είναι απαραίτητο να διακοπεί ο θηλασμός λόγω της χρήσης φαρμάκων από τη μητέρα. Παρόλα αυτά, υπάρχουν φάρμακα που προκαλούν σημαντική τοξικότητα στα βρέφη. Συνεπώς, θα πρέπει να γίνεται κατά περίπτωση αξιολόγηση κινδύνου πριν η μητέρα ξεκινήσει το θηλασμό ή τη φαρμακευτική θεραπεία [44].

3.1 Φάρμακα που επηρεάζουν την παραγωγή μητρικού γάλακτος

Γαλακταγωγά φάρμακα

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα μπορούν να αυξήσουν την έκκριση προλακτίνης της υπόφυσης και την παραγωγή μητρικού γάλακτος μέσω του ανταγωνισμού της ντοπαμίνης, αλλά τα φάρμακα γαστρεντερικής κινητικότητας μετοκλοπραμίδη και δομπεριδόνη χρησιμοποιούνται συχνότερα ως γαλακταγωγά. Η μετοκλοπραμίδη και η δομπεριδόνη μπλοκάρουν τους υποδοχείς ντοπαμίνης D2 στην πρόσθια υπόφυση και, σε περιορισμένο αριθμό κλινικών δοκιμών, είχαν μέτρια αποτελεσματικότητα έναντι του εικονικού φαρμάκου στην έναρξη και τη διατήρηση της γαλουχίας. Η καλύτερη πιθανότητα για αποτελεσματικότητα είναι εάν το γαλακταγωγό ξεκινήσει εντός τριών εβδομάδων από τον τοκετό. Η ασφαλής διάρκεια της θεραπείας με γαλακταγωγό είναι αμφιλεγόμενη. Αν και η αυξημένη προλακτίνη μπορεί να ανιχνευθεί εντός οκτώ ωρών από την πρώτη δόση, απαιτούνται περίπου δύο εβδομάδες για τις αλλαγές του μαστού που απαιτούνται για τη διατήρηση της παραγωγής γάλακτος. Οι τρέχουσες συστάσεις 10-14 ημερών βασίζονται σε περιορισμένο αριθμό ελεγχόμενων μελετών και στον περιορισμένο αριθμό μακροπρόθεσμων ελεγχόμενων κλινικών δοκιμών [45].

Μετοκλοπραμίδη

Η μετοκλοπραμίδη είναι ένα φάρμακο κεντρικής δράσης. Μπορεί να αυξήσει την παροχή γάλακτος κατά 66–100% μέσα σε 2–5 ημέρες σε συνολικές ημερήσιες δόσεις 30–45 mg. Ενώ η σχετική δόση στο γάλα κυμαίνεται από 4,7–14,3%, δεν έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες σε βρέφη. Ωστόσο, οι επιδράσεις είναι δόσοεξαρτώμενες, με όριο 10 mg, οι δόσεις πρέπει να

χορηγούνται τακτικά τρεις φορές την ημέρα και μόνο το 50-85% των γυναικών με χαμηλή παροχή γάλακτος θα ανταποκριθεί. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες για τη μητέρα περιλαμβάνουν διάρροια και κατάθλιψη και υπάρχει θεωρητικός κίνδυνος εξωπυραμιδικών ανεπιθύμητων ενεργειών για το νεογνό. Εάν η μετοκλοπραμίδη διακοπεί γρήγορα, μπορεί να υπάρξει σημαντική ανάκαμψη στην προσφορά γάλακτος [46].

Δομπεριδόνη

Η δομπεριδόνη είναι ένας περιφερικός ανταγωνιστής ντοπαμίνης. Σε δόσεις των 10–20 mg τρεις φορές την ημέρα έχει συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τη μετοκλοπραμίδη. Λίγη δομπεριδόνη περνά στο γάλα (σχετική βρεφική δόση 0,01–0,04%), επομένως ο κίνδυνος εξωπυραμιδικών επιδράσεων στο νεογνό είναι μικρότερος από ό,τι με τη μετοκλοπραμίδη. Το 2004, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ εξέδωσε προειδοποίηση ότι η δομπεριδόνη θα μπορούσε να προκαλέσει καρδιακές αρρυθμίες. Αυτό έγινε ως απάντηση στην παράνομη εισαγωγή του στις ΗΠΑ από μητέρες που θηλάζουν. Τα δεδομένα σχετίζονται με ιστορικά περιστατικά υψηλής δόσης, ενδοφλέβιας χρήσης σε ασθενείς που λάμβαναν χημειοθεραπεία για καρκίνο. Το 2013, η Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης για την Εκτίμηση Κινδύνου του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων συνέστησε τον περιορισμό της ημερήσιας από του στόματος δόσης σε μέγιστο αριθμό 30 mg και τη χρήση της δομπεριδόνης για περισσότερο από μία εβδομάδα. Είναι επομένως σημαντικό οι γυναίκες στις οποίες προσφέρεται δομπεριδόνη ως γαλακταγωγός να έχουν δοκιμάσει πρώτα μη φαρμακολογικές στρατηγικές. Πρέπει να γνωρίζουν τον πολύ χαμηλό κίνδυνο παράτασης του διαστήματος QT και να το σταθμίζουν με τα οφέλη του θηλασμού [47].

Συμπληρωματικά φάρμακα

Οι γαλακταγωγοί παράγοντες που προέρχονται από βότανα χρησιμοποιούνται εδώ και αιώνες στη λαϊκή ιατρική για την ενίσχυση της γαλουχίας. Αυτά τα φυτά περιέχουν λιπόφιλα, φαρμακολογικά ενεργά συστατικά τα οποία, εάν ληφθούν σε επαρκή ποσότητα, μπορούν να περάσουν στο μητρικό γάλα. Ενώ γενικά υπάρχουν λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, υπάρχουν περιορισμένες ενδείξεις αποτελεσματικότητας [48].

3.2 Κανόνες λήψης φαρμάκων κατά το μητρικό θηλασμό

Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι ο θηλασμός, λόγω των πολυάριθμων ευεργετικών του επιδράσεων στην υγεία του παιδιού και της μητέρας, είναι η καλύτερη μέθοδος σίτισης για τα

βρέφη. Η χρήση φαρμάκων από τη θηλάζουσα μητέρα και η συμβουλή του ιατρού για διακοπή του θηλασμού είναι οι πιο συχνοί λόγοι διακοπής του θηλασμού. Ο ιατρός παίζει έναν εξαιρετικά ευαίσθητο ρόλο και θα πρέπει να είναι σε θέση να αξιολογεί τους κινδύνους και τα οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί. Το ζήτημα του ποια φάρμακα είναι ασφαλή να ληφθούν κατά τη διάρκεια της γαλουχίας είναι αρκετά περίπλοκο. Τρεις κύριοι παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη: φαρμακοκινητική, εκτίμηση του κινδύνου για το βρέφος και τη γαλουχία. Εξαιρετικές πηγές αξιόπιστων πληροφοριών είναι τα βιβλία αναφοράς. Λίγα φάρμακα έχουν αποδειχθεί ότι αντενδείκνυνται απολύτως κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Για τα περισσότερα φάρμακα εξακολουθούν να λείπουν σαφείς, ασφαλείς και αξιόπιστες πληροφορίες. Θα ήταν ιδανικό να βελτιωθεί η γνώση σχετικά με τους μηχανισμούς μεταφοράς φαρμάκων στο μητρικό γάλα, να αναλυθεί η διαδικασία βιομετατροπής για ένα δεδομένο φάρμακο και να μελετηθούν οι κλινικές συνέπειες της έκθεσης των βρεφών σε φάρμακα που υπάρχουν στο γάλα [49].

Όταν ο θηλασμός πρέπει να προσαρμοστεί ατομικά για να μειώσει την έκθεση του βρέφους στα φάρμακα, αυτό συχνά απαιτεί πρόσθετη προσπάθεια από τον υπεύθυνο ιατρό όσον αφορά την παροχή πληροφοριών στη μητέρα και τη διενέργεια παρακολούθησης της μητέρας και του βρέφους [50].

3.3 Ο ρόλος της μαιάς στην ενημέρωση της μητέρας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά το θηλασμό

Λόγω του φόβου της θηλάζουσας μητέρας ότι θα βλάψει το νεογέννητό της, αποφασίζει να σταματήσει το θηλασμό ή να διακόψει τη δική της φαρμακευτική αγωγή. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά δίνουν συμβουλές στις γυναίκες να διακόψουν το θηλασμό λόγω της προκατειλημμένης αντίληψης κινδύνου για τη χρήση φαρμάκων κατά τη γαλουχία. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται στην έλλειψη γνώσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με αυτό το θέμα, στην έλλειψη πρόσβασης σε έγκυρες πηγές πληροφοριών ή στη χρήση πηγών που δεν παρέχουν πληροφορίες βασισμένες σε ενδείξεις. Υπάρχει έντονη ανάγκη ενημέρωσης και επικοινωνίας (κυρίως των ιατρών και των μαιών) σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων που επηρεάζουν το νευρικό σύστημα.[51].

Το πιο σημαντικό σημείο είναι οι επαρκείς δεξιότητες των μαιών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη λήψη ιατρικού ιστορικού, όπου συλλέγονται σημαντικές πληροφορίες για τη θηλάζουσα γυναίκα. Η δήλωση της μητέρας ότι θηλάζει το νεογνό της μπορεί να

κατευθύνει σωστά τον επαγγελματία υγείας όσον αφορά την ασφαλή χρήση των φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Υπάρχουν και επαγγελματίες υγείας που αισθάνονται σιγουριά στο να συμβουλευθούν τις γυναίκες που θηλάζουν και να είναι προσεκτικές με τη χρήση των φαρμάκων αλλά ταυτόχρονα πιστεύουν ότι είναι καλύτερο να σταματήσει ο θηλασμός παρά να διακινδυνεύσει να εκτεθεί το βρέφος σε ένα επιβλαβές φάρμακο [52].

Είναι πιθανό, ορισμένοι επαγγελματίες υγείας να έχουν βιώσει προσωπικά την εμπειρία του θηλασμού, να έχουν καλύτερες γνώσεις και επομένως μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση όσον αφορά τη συμβουλευτική λήψη απόφασης της μητέρας σχετικά με θέματα θηλασμού και φαρμακευτικής αγωγής [53].

Οι μαίες, έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας με τη θηλάζουσα μητέρα είναι σε θέση να ενημερώνουν εκτενώς και επαρκώς τις μητέρες για την ασφάλεια των φαρμάκων, τις πιθανές παρενέργειες τους και να παρέχουν εναλλακτικές επιλογές σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να λάβουν μια συγκεκριμένη φαρμακευτική αγωγή ή όταν η μητέρα επιλέγει να μην ξεκινήσει τη συγκεκριμένη θεραπεία. Επιπλέον, μπορεί να αποτρέψει την πρόωρη ακούσια διακοπή του θηλασμού και το αίσθημα «αποτυχίας» που πιθανόν να αισθανθεί η μητέρα αφού δεν κατάφερε να θηλάσει αποκλειστικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα το βρέφος της. Ο πολύ σημαντικός ρόλος των μαιών ενισχύεται με τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όπως για παράδειγμα μαθήματα, διαλέξεις, σεμινάρια και διαδραστικά εργαστήρια. Ταυτόχρονα, οι τακτικές εκπαιδευτικές συναντήσεις μπορούν να βελτιώσουν την επαγγελματική πρακτική των μαιών και να ενισχύσουν το αίσθημα ασφάλειας της θηλάζουσας μητέρας. Ο βασικός στόχος είναι να αναθεωρηθούν οι παλιές γνώσεις και να προαχθεί η έρευνα [54].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία από γυναίκες που θηλάζουν στην Ελλάδα. Στόχοι της μελέτης ήταν α) η αξιολόγηση της στάσης των θηλαζουσών γυναικών ως προς τη λήψη φαρμάκων και β) του βαθμού ικανοποίησης όσον αφορά τις πληροφορίες που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τα φάρμακα αλλά και γ) η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Στην παρούσα μελέτη η «πρόσληψη φαρμάκων» αναφέρεται σε συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα φάρμακα.

2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

2.1 Ερευνητικός σχεδιασμός

Πρόκειται για μια προοπτική περιγραφική διαχρονική μελέτη παρατήρησης, που διενεργήθηκε την περίοδο μεταξύ Ιανουαρίου-Μαΐου 2020. Η μελέτη εγκρίθηκε από τις Επιτροπές Ηθικής και Δεοντολογίας πέντε μαιευτηρίων, τριών δημόσιων και δύο ιδιωτικών, στην Αττική.

2.2 Δείγμα μελέτης

Το τελικό μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε αρχικά από συγκεκριμένους περιορισμούς χρόνου και συνθηκών, καθώς ήταν υποχρεωτικό να ολοκληρωθεί η δειγματοληψία εντός ενός μήνα σε κάθε μαιευτήριο και να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες μητέρες. Αυτή η μελέτη διεξήχθη κατά τη διάρκεια της πρόσφατης πανδημίας COVID-19, επομένως ο αντίκτυπος στις μεθόδους δειγματοληψίας δεν πρέπει να αγνοηθεί.

Σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης, οι μητέρες θα έπρεπε α) να επικοινωνούν αποτελεσματικά στην ελληνική γλώσσα και β) να διαθέτουν αριθμό τηλεφώνου, ώστε να είναι εφικτή η επακόλουθη συνομιλία στο μέλλον. Συνολικά 350 μητέρες προσεγγίστηκαν και προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος στη μελέτη. Από τις 350, οι 325 συναίνεσαν στη συμμετοχή και στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της μελέτης (ποσοστό ανταπόκρισης 92,8%). Τέλος, συμπεριλήφθηκαν 283 μητέρες, καθώς 42 αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν α) ελλιπείς απαντήσεις/απώλεια του ερωτηματολογίου εντός νοσηλείας (n=17), β) έλλειψη ανταπόκρισης σε ένα από τα τρία χρονικά σημεία της μετανοσοκομειακής

παρακολούθησης (n=20) και γ) μητέρες των οποίων το βρέφος διαγνώστηκε με περιορισμένο προσδόκιμο ζωής ή κακή πρόγνωση (n=5).

2.3 Μετρήσεις

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου που σχεδιάστηκε από τον κύριο ερευνητή μετά από ενδελεχή σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση [14,55,56].

Αρχικά, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε πέντε ειδικούς για να αξιολογήσουν το περιεχόμενό του και να ελέγξουν τη σαφήνεια των ερωτήσεων. Στη συνέχεια, δοκιμάστηκε σε πιλοτική μελέτη, τον Δεκέμβριο του 2019, με δείγμα 50 μητέρων προκειμένου να εντοπιστούν πιθανές προβληματικές περιοχές και ελλείψεις στο ερευνητικό εργαλείο και πρωτόκολλο, πριν από την εφαρμογή του στην πλήρη μελέτη. Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις ανοιχτού και κλειστού τύπου.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αφορούσε δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (ηλικία της μητέρας, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, εργασιακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, είδος νοσοκομείου και καπνιστικές συνήθειες). Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου εξέταζε το ιατρικό ιστορικό, το μαιευτικό ιστορικό και το ιστορικό γαλουχίας (σωματικό βάρος της μητέρας πριν από την εγκυμοσύνη και πριν τον τοκετό, διάρκεια κύησης, τρόπος τοκετού, φύλο νεογνού και βάρος γέννησης, διάρκεια θηλασμού προηγούμενου παιδιού, 6 μήνες παρακολούθηση του θηλασμού και λόγος διακοπής του θηλασμού) καθώς και δεδομένα σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Τέλος, το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά α) με τη στάση των θηλαζουσών γυναικών ως προς τη λήψη φαρμάκων, β) τον βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά τις πληροφορίες που παρέχουν οι επαγγελματίες υγείας για τα φάρμακα και γ) τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Η μετανοδοκομειακή παρακολούθηση βασίστηκε στην τηλεφωνική επικοινωνία τον 1ο, 3ο και 6ο μήνα μετά τον τοκετό. Οι ορισμοί του πλήρους θηλασμού και του μικτού θηλασμού ακολούθησαν την ταξινόμηση του ΠΟΥ [57].

2.4 Συλλογή δεδομένων

Ο ερευνητής ενημέρωνε τις μητέρες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης για το σκοπό και τη φύση της μελέτης 24 ώρες μετά τον τοκετό και μέσω προσωπικής συνέντευξης. Το ερωτηματολόγιο έπρεπε να απαντηθεί πριν την έξοδό τους από το μαιευτήριο (η μέση διάρκεια

νοσηλείας σε εθνικό επίπεδο στην κλινική μετά τον τοκετό είναι τέσσερις ημέρες). Με αυτόν τον τρόπο, δόθηκε επαρκής χρόνος σε όλες τις υποψήφιες συμμετέχουσες να εξετάσουν εάν ενδιαφέρονται ή όχι να προχωρήσουν στη διαδικασία συναίνεσης.

Μόλις οι μητέρες δεχόντουσαν εθελοντικά να συμμετέχουν, τους δίνονταν ένας φάκελος που περιείχε το ερωτηματολόγιο της μελέτης και ένα έντυπο συγκατάθεσης το οποίο υπέγραφαν κατόπιν ενημέρωσης. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αυτοπροσώπως από τον κύριο ερευνητή προκειμένου α) να αποφευχθούν συστηματικά λάθη που οφείλονται στον ταχυδρομικό χειρισμό, β) να δοθούν επεξηγήσεις στους συμμετέχοντες όταν χρειάζεται και γ) να επιτευχθεί σαφήνεια των απαντήσεων.

Μετά τη συμπλήρωση, το ερωτηματολόγιο και το υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης επιστρεφόταν στον κύριο ερευνητή σε κλειστό φάκελο, προκειμένου να διατηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο των δεδομένων. Έναν, τρεις και έξι μήνες μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, οι μητέρες παρακολουθήθηκαν - μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης, προκειμένου να ανακτηθούν πληροφορίες σχετικά με τη λήψη φαρμάκων. Επίσης, διερευνήθηκε η κατάσταση του θηλασμού και οι λόγοι διακοπής του. Το ποσοστό ανταπόκρισης στον διαχρονικό έλεγχο ανήλθε σε 93%. Η κωδικοποίηση όλων των συμμετεχόντων δημιουργήθηκε αυτόματα από τη βάση δεδομένων που χρησιμοποιείται για να διατηρηθεί η αποταυτοποίηση.

3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές \pm τυπική απόκλιση και οι κατηγορικές μεταβλητές ως συχνότητες (%). Τα βασικά χαρακτηριστικά συγκρίθηκαν με την εφαρμογή ενός τεστ (χ^2) για τις κατηγορικές μεταβλητές και ανεξάρτητων δειγμάτων t-test για τις συνεχείς μεταβλητές. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με χρήση του SPSS ver. 20. Το επίπεδο πιθανότητας μικρότερο ή ίσο με 0,05 θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα βασικά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας, του επιπέδου εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και του αριθμού των μελών της οικογένειας, της εργασιακής απασχόλησης πριν από την εγκυμοσύνη, του τύπου του μαιευτηρίου που έλαβε χώρα ο τοκετός, της περιοχής κατοικίας και της εθνικότητας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων (N=283).

Βασικά χαρακτηριστικά	Μέση Τιμή (\pmT.A.)*	n (%)
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Βασική εκπαίδευση		63 (22.2)
Πανεπιστήμιο		186 (65.7)
Μεταπτυχιακές σπουδές		34(12.1)
Εργασιακή Απασχόληση πριν την εγκυμοσύνη		
Ναι		219 (77.4)
Όχι		64 (22.6)
Τύπος Μαιευτηρίου		
Ιδιωτικό		135 (47.7)
Δημόσιο		148 (52.3)
Τόπος Μόνιμης Κατοικίας		
Αττική		218 (77.1)
Επαρχία		65 (22.9)
Εθνικότητα		
Ελληνική		255 (90.1)
Άλλη		28 (9.9)
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος		265 (93.6)
Άγαμος		18 (6.4)
Αριθμός μελών οικογενείας	3.63 \pm 0.85	
Ηλικία	33.27 \pm 5.11	

*T.A.: Τυπική Απόκλιση

Η μέση ηλικία του δείγματος που μελετήθηκε ήταν τα 33,27 \pm 5,11 έτη. Η πλειονότητα των μητέρων ήταν έγγαμες, Ελληνίδες και με υψηλή μόρφωση. Όταν ρωτήθηκαν για την εργασιακή τους κατάσταση πριν την εγκυμοσύνη, οι περισσότερες (77,4%) απάντησαν ότι ήταν επαγγελματικά ενεργές. Πάνω από τις μισές μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα (77,1%) ανέφεραν ότι ζούσαν στην περιοχή της Αττικής. Το μαιευτικό ιστορικό που σχετίζεται με την εγκυμοσύνη, τη γέννηση και τη γαλουχία παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2. Ατομικό ιστορικό της μητέρας που αφορά την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τον θηλασμό (N=283).

Μεταβλητές	Μέση Τιμή (±T.A.)*	n (%)
Φύλο του νεογνού		
Θήλυ		123 (43.5)
Άρρεν		160 (56.5)
Τρόπος -Είδος τοκετού		
Κολπικός - φυσιολογικός τοκετός		86 (30.4)
Καισαρική Τομή		197 (69.6)
Αναλγησία κατά την διάρκεια του τοκετού		
Επισκληρίδιος αναισθησία		260 (91.9)
Τοπική αναισθησία		10 (3.5)
Γενική αναισθησία		13 (4.6)
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού		
Ναι		128 (45.2)
Όχι		155 (54.8)
Θέληση- Διάθεση -Επιθυμία για θηλασμό		
Ναι		259 (91.5)
Όχι		24 (8.5)
Θηλασμός		
24 ώρες μετά τον τοκετό		
Αποκλειστικός θηλασμός		133 (47)
Μεικτή σίτιση		126 (44.5)
Διακοπή θηλασμού		24 (8.5)
Ένα μήνα μετά τον τοκετό		
Αποκλειστικός θηλασμός		141 (49.8)
Μεικτή σίτιση		85 (30.1)
Διακοπή θηλασμού		57 (20.1)
Τρεις μήνες μετά τον τοκετό		

Αποκλειστικός θηλασμός	129 (45.6)
Μεικτή σίτιση	43 (15.2)
Διακοπή θηλασμού	111 (39.2)
Έξι μήνες μετά τον τοκετό	
Αποκλειστικός θηλασμός	27 (9.5)
Μεικτή σίτιση	108 (38.2)
Διακοπή θηλασμού	148 (52.3)
Διακοπή θηλασμού μέχρι τον 6^ο μήνα	
Ναι	148 (52.3)
Όχι	135 (47.7)
Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού	
Μειωμένη παραγωγή γάλακτος (πεποίθηση μητέρας)	63 (42.6)
Προβλήματα προσκόλλησης θηλασμού	10 (6.8)
Επιλογή μητέρας	13 (8.8)
Κατανάλωση νικοτίνης	4 (2.7)
Επαγγελματικοί λόγοι	6 (4.0)
Τραυματισμός θηλής	4 (2.7)
Μαστίτιδα	7 (4.7)
Ψυχολογικοί λόγοι- θέματα μητέρας	5 (3.4)
Επίπεδες θηλές	4 (2.7)
Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού	4 (2.7)
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής	18 (12.2)
Άλλο	10 (6.8)
Κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη	
Ναι	93 (32.9)
Όχι	190 (67.1)
Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	

Ναι	23 (8.1)
Όχι	260 (91.9)
Αριθμός νεογνών	1.61 ± 0.75
Διάρκεια εγκυμοσύνης (σε εβδομάδες)	38.30 ± 1.53
Βάρος νεογνού (σε γραμμάρια)	3.132 ± 473.80
Βάρος μητέρας πριν την εγκυμοσύνη	66.64 ± 14.6
Βάρος μητέρας πριν τον τοκετό	79.62 ± 14.0

*Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση

Αξιοσημείωτο είναι ότι πάνω από τις μισές μητέρες που ερωτήθηκαν (69,6%) είχαν γεννήσει με καισαρική τομή. Η πλειοψηφία των μητέρων ήταν πρόθυμες να θηλάσουν (91,5%) και κάποιες είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (45,2%). Τις πρώτες 24 ώρες μετά τη γέννηση, ένα μεγάλο ποσοστό των μητέρων (47%) θηλάζαν πλήρως τα νεογνά τους. Σε χρονικές περιόδους 1 και 3 μηνών, παρόμοιο ποσοστό συνεχίστηκε με τον αποκλειστικό θηλασμό (49,8% και 45,6%, αντίστοιχα), ενώ 6 μήνες μετά τον τοκετό το ποσοστό μειώθηκε στο 9,5%. Όσον αφορά τη μικτή σίτιση, στις 24 ώρες μετά τη γέννηση, το 44,5% των μητέρων διατήρησαν μεικτή σίτιση που μειώθηκε σε 30,1% και 15,2% στον 1 και 3 μήνες μετά τον τοκετό αντίστοιχα, αυξάνοντας όμως και πάλι στο 38,2% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Με τους μήνες, όλο και περισσότερες μητέρες σταμάτησαν να θηλάζουν με το ποσοστό να φτάνει τελικά στο 52,3% (N=148/283) στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Οι πιο συχνοί λόγοι διακοπής του θηλασμού ήταν η υποκειμενική χαμηλή παραγωγή γάλακτος (42,6%, N=63/148) και η λήψη φαρμάκων (12,2%, N=18/148). Όσον αφορά την κατανάλωση τσιγάρου, λίγες μητέρες (8,1%, N=23/283) συνέχισαν το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, αν λάβουμε υπόψη ότι το 32,9% των μητέρων ήταν καπνίστριες πριν την εγκυμοσύνη.

Περίπου το ένα τρίτο των μητέρων (30,7%) λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή λόγω μιας χρόνιας νόσου πριν από την εγκυμοσύνη, αλλά μόνο το 23,7% από αυτές το διατήρησαν κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Ένα μεγάλο ποσοστό των μητέρων (48,4%) δήλωσε ότι θα απέφευγε τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας καθώς ήταν η στάση τους απέναντι στη ζωή. Επιπλέον, το 53% των συμμετεχόντων θεώρησε λανθασμένα ότι κατά τη διάρκεια της γαλουχίας οι γυναίκες μπορούν να λαμβάνουν λιγότερα φάρμακα από ό,τι κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης.

Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος που μελετήθηκε (45,2%) ήταν ικανοποιημένο με τις πληροφορίες που παρείχαν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία, αλλά το 66,1% των μητέρων υπέδειξε την ανάγκη περαιτέρω καθοδήγησης. Οι περισσότερες από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα (43,5%) έλαβαν πληροφορίες σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία από παιδίατρο, σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες υγείας και επιστημονικούς/επαγγελματικούς ιστότοπους ή φόρουμ. Όταν οι μητέρες δεν ήταν ικανοποιημένες με την παροχή συμβουλών, οι περισσότερες από αυτές αναζήτησαν καθοδήγηση από άλλες πηγές (72%) και κάποιες από αυτές (25,1%) τελικά επανέλαβαν τον θηλασμό χωρίς λήψη φαρμάκων (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Πληροφορίες σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

Μεταβλητές	n (%)
Λήψη φαρμάκων για χρόνιο νόσημα πριν την εγκυμοσύνη	
Ναι	87 (30.7)
Όχι	196 (69.3)
Λήψη φαρμάκων για χρόνιο νόσημα στη διάρκεια της εγκυμοσύνης	
Όχι	211 (74.5)
Ίδια δοσολογία και συχνότητα όπως πριν την εγκυμοσύνη	21 (7.4)
Ίδια δοσολογία με μειωμένη συχνότητα	3 (1.1)
Ίδια δοσολογία με αυξημένη συχνότητα	42 (14.9)
Αλλαγή φαρμάκου-φαρμακευτικής ουσίας	6 (2.1)
Λήψη φαρμάκων για χρόνιο νόσημα στη διάρκεια της γαλουχίας	
Όχι	216 (76.3)
Ίδια δοσολογία και συχνότητα όπως πριν την εγκυμοσύνη	18 (6.4)
Ίδια δοσολογία με μειωμένη συχνότητα	3 (1.1)
Ίδια δοσολογία με αυξημένη συχνότητα	41 (14.5)
Αλλαγή φαρμάκου-φαρμακευτικής ουσίας	5 (1.7)

Άποψη- στάση σχετικά με τη λήψη φαρμάκων

Θετική	30 (10.6)
Αποφυγή	161 (56.9)
Άρνηση	92 (32.5)

Πιθανοί λόγοι για άρνηση λήψης φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Φόβος για το νεογνό	88 (31.1)
Στάση ζωής	137 (48.4)
Μόνο εάν είναι απαραίτητο	58 (20.5)

Πεποίθηση- Άποψη - Γνώση μητέρας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων στον θηλασμό

Οι θηλάζουσες μητέρες μπορούν να πάρουν περισσότερα φάρμακα σε σχέση με τις έγκυες 34 (12)

Οι θηλάζουσες μπορούν να πάρουν τα ίδια φάρμακα με τις έγκυες 99 (35)

Οι θηλάζουσες μπορούν να πάρουν λιγότερα φάρμακα από τις έγκυες 150 (53)

Η ικανοποίηση των μητέρων από την πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής στον θηλασμό

Ναι 128 (45.2)

Όχι 155 (54.8)

Ανάγκη για περισσότερη πληροφόρηση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Ναι 187 (66.1)

Όχι 96 (33.9)

Ξεκάθαρη - Έγκυρη πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια του θηλασμού

Ναι 130 (45.9)

Όχι 153 (54.1)

Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής

Ναι 201 (71.1)

Όχι 82 (28.9)

Πηγή πληροφόρησης σχετικά με τη λήψη φαρμάκων στη διάρκεια της γαλουχίας

Μαιευτήρας-Γυναικολόγος	111 (39.2)
Μαία/-τής	23 (8.1)
Παιδίατρος	123 (43.5)
Φαρμακοποιός	3 (1.1)
Επιστημονικές ιστοσελίδες - διαδίκτυο	18 (6.4)
Σύμβουλος θηλασμού στο νοσοκομείο	2 (0.7)
Πιστοποιημένη σύμβουλος θηλασμού	3 (1)

Αντίδραση μητέρας μετά από μία ασαφή ενημέρωση για ένα φάρμακο στη διάρκεια του θηλασμού

Συνέχιση του θηλασμού χωρίς τη λήψη φαρμάκου	71 (25.1)
Διακοπή θηλασμού και έναρξη λήψης φαρμάκου	5 (1.8)
Συνέχιση θηλασμού και έναρξη φυτικού σκευάσματος	3 (1.1)
Αναζήτηση βιβλιογραφίας, πληροφοριών από άλλες πηγές	204 (72)

Τα αποτελέσματά μας τόνισαν ότι η συμμετοχή των μητέρων στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία συσχετίζεται σημαντικά με κοινωνικοδημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, όπως μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, τρόπος τοκετού, πηγή πληροφοριών, κατάσταση θηλασμού ένα μήνα μετά τη γέννηση και τέλος μητρική αντίδραση μετά από ασαφή συμβουλευτική (Πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα, μητέρες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και ελληνικής καταγωγής καθώς και μητέρες που γέννησαν κοιλικά συμμετείχαν σημαντικά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία ($p=0,001$, $p=0,001$ και $p=0,01$ αντίστοιχα). Επιπλέον, η ανάλυση αποκάλυψε ότι οι μητέρες που μοιράζονταν τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας α) είχαν περισσότερες πιθανότητες να διατηρήσουν αποκλειστικό θηλασμό και μεικτή σίτιση έναν μήνα μετά τη γέννηση παρά να σταματήσουν το θηλασμό ($p=0,005$) και β) έλαβαν κυρίως πληροφορίες από παιδίατρο ($p=0,02$). Είναι ενδιαφέρον ότι οι μητέρες που συμμετείχαν στη λήψη αποφάσεων και πίστευαν ότι η παροχή συμβουλών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία ήταν ασαφής, αναζήτησαν

πρόσθετες πληροφορίες από άλλες πηγές ή έλαβαν ένα φυτικό προϊόν που ήταν ασφαλέστερο για το θηλασμό ($p=0,01$). Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν, συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας της μητέρας, του αριθμού των παιδιών, του αριθμού των μελών της οικογένειας και της διάρκειας της εγκυμοσύνης δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τη συμμετοχή της μητέρας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία (τα αποτελέσματα δεν φαίνονται στον Πίνακα 4).

Πίνακας 4. Κοινωνικο-δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τη Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά την διάρκεια του θηλασμού.

	Επίπεδο Εκπαίδευσης			
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Βασική εκπαίδευση %	Πανεπιστήμιο %	Μεταπτυχιακές σπουδές %	
Nαι %	60,3	71,4	91,2	p 0,001*
Όχι %	39,7	28,6	8,8	
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Εθνικότητα			
	Ελληνική %	Άλλη %		
Nαι %	74,1	44,4		p 0,001*
Όχι %	25,9	55,6		
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Οικογενειακή Κατάσταση			
	Άγαμος %	Έγγαμος %		
Nαι %	72,2	71,2		p 0,92
Όχι %	27,8	28,8		
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Εργασιακή Απασχόληση πριν την εγκυμοσύνη			

	Nαι %	Όχι %	
Nαι %	71,2	71,4	p
Όχι %	28,8	28,6	0,97
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Η ικανοποίηση των μητέρων από την πληροφόρηση που λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής στον θηλασμό		
	Nαι %	Όχι %	
Nαι %	48,3	51,7	p
Όχι %	38,3	61,7	0,12
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Ξεκάθαρη - Έγκυρη πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την λήψη φαρμάκων κατά την διάρκεια του θηλασμού		
	Nαι %	Όχι %	
Nαι %	49,2	50,8	p
Όχι %	38,3	61,7	0,17
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Τρόπος -Είδος τοκετού		
	Κολπικός - φυσιολογικός τοκετός %	Καισαρική Τομή %	
Nαι %	34,5	65,5	p
Όχι %	19,8	80,2	0,01*
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Τόπος Μόνιμης Κατοικίας		
	Αττική %	Επαρχία %	
Nαι %	77,1	22,9	p
Όχι %	76,5	23,5	0,80
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Τύπος Μαιευτηρίου		

	Ιδιωτικό %	Δημόσιο %				
Ναι %	47,3	52,7			p 0,74	
Όχι %	49,4	50,6				
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Αναλγησία κατά τη διάρκεια του τοκετού					
	Επισκληρίδιος αναισθησία %	Τοπική αναισθησία %	Γενική αναισθησία %			
Ναι %	90,5	4	5,5			p 0,44
Όχι %	95,1	2,5	2,5			
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Λήψη φαρμάκων για χρόνια νόσημα στη διάρκεια της γαλουχίας					
	Όχι %	Ίδια δοσολογία και συχνότητα όπως πριν την εγκυμοσύνη %	Ίδια δοσολογία με μειωμένη συχνότητα %	Ίδια δοσολογία με αυξημένη συχνότητα %	Αλλαγή φαρμάκου-φαρμακευτικής ουσίας %	
Ναι %	75,6	5,5	1	13,9	2,5	p 0,28
Όχι %	69,1	8,6	1,2	16	0	
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Άποψη- στάση σχετικά με τη λήψη φαρμάκων					
	Θετική %	Αποφυγή %	Άρνηση %			
Ναι %	11,4	54,7	33,8			p 0,44
Όχι %	8,6	63	28,4			
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με την λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Πηγή πληροφόρησης σχετικά με την λήψη φαρμάκων στη διάρκεια της γαλουχίας					

	Μαιευτήρας/ Γυναικολόγος %	Μαία %	Παιδιάτρος %	Φαρμακοποιός %	Επιστημονικές ιστοσελίδες - διαδίκτυο %	Σύμβουλος θηλασμού στο νοσοκομείο %	Πιστοποιημένη σύμβουλος θηλασμού %	
Ναι %	33,8	9,5	46,3	1	8,5	0,5	0	
Όχι %	53,1	4,9	37	1,2	1,2	1,2	1,2	p 0,02*
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Θηλασμός ένα μήνα μετά τον τοκετό							
	Αποκλειστικός θηλασμός %	Μεικτή σίτιση %	Διακοπή θηλασμού %					
Ναι %	51,7	32,8	15,4					
Όχι %	45,7	22,2	32,1					
	p 0,005*							
Συμμετοχή της μητέρας στην απόφαση σχετικά με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του θηλασμού	Αντίδραση μητέρας μετά από μία ασαφή ενημέρωση για ένα φάρμακο τη διάρκεια του θηλασμού							
	Συνέχιση του θηλασμού χωρίς την λήψη φαρμάκου	Διακοπή θηλασμού και έναρξη λήψης φαρμάκου	Συνέχιση θηλασμού και έναρξη φωτικού σκευάσματος	Αναζήτηση βιβλιογραφίας, πληροφοριών από άλλες πηγές				
Ναι %	20,9	1	1,5	76,6				
Όχι %	35,8	3,7	0	60,5				
	p 0,01*							

*Στατιστικά σημαντικό

Τέλος, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ α) της μητρικής ικανοποίησης με τις πληροφορίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία και την κατάσταση ή διακοπή του θηλασμού, και β) τη στάση της μητέρας ως προς τη λήψη φαρμάκων και την εθνικότητα, την οικογενειακή κατάσταση ή το μορφωτικό επίπεδο (δεν εμφανίζονται αποτελέσματα).

5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που εντοπίζει κοινωνικοδημογραφικούς, πολιτιστικούς και ατομικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων των γυναικών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία στο ελληνικό περιβάλλον.

Η γαλουχία είναι μια πολύ ευαίσθητη περίοδος κατά την οποία οι γυναίκες αναζητούν πληροφορίες σχετικά με τους κινδύνους και τα οφέλη των φαρμάκων ώστε να τα χρησιμοποιούν με ασφάλεια τόσο για τις ίδιες όσο και για το παιδί τους [58,59]. Προηγούμενες μελέτες αναφέρουν ότι οι μητέρες που χρειάζονταν λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας σταμάτησαν το θηλασμό νωρίτερα από το επιθυμητό [18]. Πολλές γυναίκες μπορεί να συγχέουν τη λήψη φαρμάκων ως εμπόδιο στο θηλασμό, με αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά θηλασμού. Η έλλειψη επαρκών και κατάλληλων πληροφοριών που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας συμβάλλει στην πρόωρη διακοπή του θηλασμού ή στην ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη για τις γυναίκες που θηλάζουν [60,61].

Στη μελέτη μας, τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού μειώθηκαν σταδιακά από τον πρώτο στον τρίτο και τον έκτο μήνα μετά τον τοκετό, αν και παρατηρήθηκε ελαφρά αύξηση από 24 ώρες μετά τη γέννηση έως έναν μήνα μετά τον τοκετό (47% και 49,8% αντίστοιχα). Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τους Tavourari et al. [62], οι οποίοι διεξήγαγαν μια μελέτη στην ίδια ελληνική περιοχή με εμάς και διαπίστωσαν ότι τα ποσοστά θηλασμού μειώθηκαν κατά την περίοδο παρακολούθησης (87,5% για τον πρώτο, 57,0% για τον τρίτο και 38,8% για τον έκτο μήνα μετά τον τοκετό). Αυτή η μείωση στα ποσοστά θηλασμού μπορεί πιθανώς να εξηγηθεί και στις δύο μελέτες από την περιορισμένη ύπαρξη νοσοκομειακών πρακτικών φιλικών προς το θηλασμό και την περιορισμένη φροντίδα συνέχειας από τις μαίες της κοινότητας στην Ελλάδα. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη, ο πιο συχνός λόγος για τη διακοπή του θηλασμού εντός των πρώτων έξι μηνών μετά τον τοκετό, ήταν η υποκειμενική αντίληψη περί χαμηλής ποσότητας γάλακτος, εύρημα που συνάδει με προηγούμενα αποτελέσματα [63,64].

Αν και οι περισσότερες μητέρες (48,4%) στη μελέτη μας ανέφεραν ότι θα αρνούσαν πιθανώς τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας μετά τη νοσηλεία ως στάση ζωής, τελικά ήταν η δεύτερη πιο σημαντική αιτία διακοπής του θηλασμού, που καταγράφηκε από ένα μικρό αλλά, ωστόσο, όχι ασήμαντο ποσοστό των μητέρων (12,2%). Αυτό το αποτέλεσμα διαφέρει από τα δεδομένα που ελήφθησαν σε προηγούμενες ελληνικές μελέτες [8], όπου η

κόπωση, ο απογαλακτισμός και τα γενικά προβλήματα θηλασμού ήταν πιο συνήθεις λόγοι διακοπής από την κατανάλωση φαρμάκων.

Οι παιδίατροι και οι μαιευτήρες αναφέρθηκε ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων της μητέρας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας στην παρούσα μελέτη. Αυτό το εύρημα δεν ήταν έκπληξη, καθώς οι μη Ελληνίδες συμμετέχουσες ήταν λίγες (9,9%) και στην ελληνική κουλτούρα οι μητέρες έχουν ισχυρή προσωπική αλληλεπίδραση με αυτούς τους επαγγελματίες υγείας, ειδικά λόγω του γεγονότος ότι λαμβάνουν συμβουλευτική και συνεχή υποστήριξη κατά την περίοδο μετά τον τοκετό στον ιδιωτικό τους χώρο. Εξάλλου, υψηλό ποσοστό μητέρων (47,7%) είχε γεννήσει σε ιδιωτικό μαιευτήριο όπου οι παρεχόμενες υπηρεσίες ενθαρρύνουν τη στενή σχέση μεταξύ παιδιάτρων/μαιευτηρίων και μητέρων. Ομοίως, οι Al-Sawalha et al. [17] σε μια εθνική μελέτη, αξιολόγησαν τις πεποιθήσεις και τις στάσεις 903 Ιορδανών γυναικών σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πλειοψηφία τους συμβουλευτήκε τον ιατρό ή τον φαρμακοποιό τους, προκειμένου να ξεκινήσει ή να αλλάξει οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή. Σε αντίθεση με τις προσδοκίες, οι μαιείες και στις δύο μελέτες δεν βρέθηκαν να είναι το πρόσωπο-κλειδί σε αυτή τη διαδικασία, αν και ο προαγωγικός και υποστηρικτικός τους ρόλος στο θηλασμό έχει αναγνωριστεί προηγουμένως [65].

Αυτά τα δεδομένα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ολοκληρωμένα εκπαιδευτικά προγράμματα θηλασμού και μαθήματα επικοινωνιακών δεξιοτήτων που θα ενσωματωθούν στο πρόγραμμα σπουδών της μαιευτικής, ώστε να αντιμετωπιστεί η προηγούμενη ανισότητα. Ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις ότι πολλές μητέρες, ειδικά εκείνες με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, ενσωματώνουν πληροφορίες σχετικά με φάρμακα κατά τη γαλουχία από πολλαπλούς πόρους, ώστε να αποφασίσουν εάν θα προχωρήσουν ή όχι στην κατανάλωσή τους [12,59].

Μια πρόσφατη μελέτη στη Γαλλία, διερεύνησε τις αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για τις στάσεις και τις συμπεριφορές των θηλαζουσών γυναικών σχετικά με τη χρήση φαρμάκων [61]. Τα αποτελέσματα αποκάλυψαν ότι η άρνηση των μητέρων να λάβουν συμβατικά φάρμακα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας ήταν ένα φλέγον ζήτημα για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς σύμφωνα με αυτές, οι μητέρες χαρακτηρίζαν τα φάρμακα μη απαραίτητα και προτιμούσαν τον διαρκή πόνο και την ενόχληση κατά τη διάρκεια του θηλασμού αντί να λαμβάνουν κάποια φάρμακα. Εξάλλου, οι επαγγελματίες υγείας ανέφεραν ότι οι μητέρες έπαιρναν φάρμακα μόνο

όταν ήταν απολύτως απαραίτητο. Αυτές οι παρατηρήσεις επιβεβαιώνουν τα δεδομένα μας, καθώς οι γυναίκες στη μελέτη μας κατέγραψαν ότι θα απέφευγαν τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας (48,4%) ως στάση ζωής ή θα έπαιρναν φάρμακα μόνο όταν ήταν απαραίτητο (20,5%). Δεν μπορεί να αγνοηθεί ότι ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας να προσφέρουν καλά ενημερωμένη συμβουλευτική είναι υψίστης σημασίας και θα πρέπει να οργανωθεί σωστά από όλους τους υπεύθυνους φορείς υγείας [66,67]. Οι επαγγελματίες υγείας υποχρεούνται να ενημερώνουν διεξοδικά και επαρκώς τις γυναίκες που θηλάζουν για την ασφάλεια των φαρμάκων και των πιθανών παρενεργειών τους, και να παρέχει εναλλακτικές επιλογές σε περιπτώσεις όπου τα φάρμακα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν [68].

Επιπλέον, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία συσχετίστηκε σημαντικά με την μη ελληνική καταγωγή. Είναι πιθανό ότι οι αλλοδαποί είναι α) πεπεισμένοι με την καθοδήγηση που παρέχουν οι Έλληνες επαγγελματίες υγείας, β) δεν έχουν πρόσβαση σε άλλες πηγές σχετικά με τη διασταύρωση των δεδομένων ή γ) δεν έχουν την δύναμη να εκφράσουν τη γνώμη τους για τη λήψη φαρμάκων. Δεδομένου ότι το εύρημα βασίζεται σε περιορισμένο αριθμό μη Ελληνίδων μητέρων (9,9%), τα αποτελέσματα από μια τέτοια ανάλυση θα πρέπει συνεπώς να αντιμετωπίζονται με ιδιαίτερη προσοχή.

Τέλος, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τρόπος τοκετού και η κατάσταση θηλασμού ένα μήνα μετά τη γέννηση, φάνηκε να είναι άλλες σημαντικές βασικές μεταβλητές για την κοινή λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία. Πιστεύουμε έντονα ότι οι γυναίκες στο δείγμα μας συμμετείχαν περισσότερο λόγω της υψηλής μόρφωσης και της μεγάλης πρόσβασης σε πληροφορίες και υγειονομική περίθαλψη. Ο κολπικός τοκετός και η διατήρηση αποκλειστικού θηλασμού και μεικτής σίτισης έναν μήνα μετά τη γέννηση υποδηλώνουν την πιθανότητα ότι οι περισσότερες γυναίκες είχαν παρακολουθήσει προγεννητικά εκπαιδευτικά προγράμματα ή/και είχαν λάβει σημαντική υποστήριξη και βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας κατά τη γέννηση και την περίοδο μετά τον τοκετό.

Δυνατά σημεία και περιορισμοί της μελέτης

Αυτή η μελέτη έχει συμβάλει κατά κάποιο τρόπο προς την ενίσχυση της κατανόησής μας όσον αφορά τη λήψη αποφάσεων από τις μητέρες σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία, ειδικά στον Ελλαδικό χώρο. Γνωρίζουμε ωστόσο ότι η έρευνά μας είχε κάποια δυνατά

σημεία και περιορισμούς. Το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε αυτοπροσώπως από τον κύριο ερευνητή που ήταν διαθέσιμος για επεξηγήσεις και διευκρινίσεις, αυξάνει την αξιοπιστία και συνεπώς τη δύναμη της έρευνάς μας. Επιπλέον πλεονεκτήματα ήταν τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης τόσο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όσο και κατά την παρακολούθηση, καθώς και ότι οι συμμετέχουσες προέρχονταν από πέντε μαιευτήρια, είτε ιδιωτικά είτε δημόσια, υποδεικνύοντας ένα πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα.

Ο πρώτος περιορισμός της μελέτης μας ήταν το μικρό μέγεθος δείγματος που πιθανώς επηρέασε τα αποτελέσματα που προέκυψαν, αναφερόμενος κυρίως στην έλλειψη σημαντικών συσχετίσεων είτε μεταξύ της ικανοποίησης της μητέρας με τις πληροφορίες που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία και την κατάσταση/διακοπή θηλασμού είτε μεταξύ των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και τη στάση της μητέρας απέναντι στη λήψη φαρμάκων. Ωστόσο, η συμμετοχή της μητέρας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία συσχετίστηκε σημαντικά με κοινωνικοδημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, όπως μορφωτικό επίπεδο, εθνικότητα, τρόπος τοκετού και κατάσταση θηλασμού ένα μήνα μετά τη γέννηση. Ο δεύτερος περιορισμός ήταν ότι το δείγμα προερχόταν από μία μόνο μεγάλη πόλη, αν και τα νοσοκομεία που περιλαμβάνονται, εξυπηρετούν και γυναίκες από την επαρχία. Σε κάθε περίπτωση, η γενίκευση των ευρημάτων περιορίζεται σε εθνικό επίπεδο. Τέλος, οι κατευθυντήριες γραμμές και η παροχή συμβουλών μεταξύ μαιευτηρίων και επαγγελματιών υγείας μπορεί να διαφέρουν και η ποιότητα των παρεχόμενων πληροφοριών δεν μπορούσε να αξιολογηθεί.

Συστάσεις για εφαρμογή στην κλινική πρακτική και για μελλοντική έρευνα

Οι επαγγελματίες υγείας και οι μητέρες πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις για τη λήψη φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, ενσωματώνοντας τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τον αντίκτυπο της νόσου στη μητέρα και στα νεογνά/βρέφη. Αυτά τα δεδομένα θα πρέπει να περιλαμβάνουν την κλινική φαρμακοκινητική, την ασφάλεια της μητέρας και του νεογνού/βρέφους, πηγές πληροφοριών που βασίζονται σε στοιχεία και διαθέσιμες κατευθυντήριες γραμμές από επιστημονικές επιτροπές [69]. Οι συστάσεις για την καθημερινή κλινική πρακτική και τη μελλοντική έρευνα είναι:

- Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσφέρουν μια ενδεδειγμένη ανάλυση κινδύνου-οφέλους πριν συνταγογραφήσουν ή συμβουλευθούν φάρμακα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Οι

μητέρες θα πρέπει επίσης να γνωρίζουν όλα τα αναλώσιμα φάρμακα και τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, πριν εξετάσουν το ενδεχόμενο ενός φαρμακευτικού προϊόντος, εάν είναι πολυάριθμο για μια ασθένεια, μαζί με τις αρνητικές παρενέργειές τους.

- Η λήψη κλινικών αποφάσεων πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ετικέτες φαρμάκων για συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα που παρέχουν βασικές πληροφορίες για την ασφάλεια και τη σωστή χρήση. Στην ιδανική περίπτωση, η ετικέτα θα πρέπει να περιλαμβάνει μια αφηγηματική ενότητα που σχετίζεται με τη γαλουχία.

- Οι πηγές πληροφοριών, τόσο για επαγγελματίες υγείας όσο και για μητέρες, σχετικά με την ασφάλεια των φαρμάκων και τη δοσολογία κατά τη γαλουχία πρέπει να είναι καθολικές, εύκολα προσβάσιμες και να ενημερώνονται συχνά.

- Στις μητέρες θα πρέπει να προσφέρεται συνεχής φροντίδα μετά τον τοκετό από επαγγελματίες υγείας που θα επανεξετάζουν τακτικά τα φάρμακα που λαμβάνονται κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

- Τα συνεχιζόμενα εκπαιδευτικά μαθήματα που ενσωματώνουν την κοινή προσέγγιση λήψης αποφάσεων στην καθημερινή κλινική πρακτική θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά για τους επαγγελματίες υγείας. Τέτοια μαθήματα είναι πιθανό να εισάγουν την έννοια της κοινής λήψης αποφάσεων με μια επιστημονική προσέγγιση και μπορούν ενδεχομένως να βελτιώσουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, να ενισχύσουν τη συμμόρφωση της μητέρας με τα φάρμακα και να αυξήσουν την ικανοποίηση των μητέρων με την παρεχόμενη φροντίδα.

- Η ανάπτυξη αποτελεσματικών ζωικών μοντέλων και νέων ερευνητικών τεχνικών που αξιολογούν και αξιολογούν τη χρήση και την ασφάλεια των φαρμάκων κατά τη διάρκεια της γαλουχίας μπορεί να καλύψει τα ερευνητικά κενά.

- Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στα πρόωρα/χρόνια νεογνά και τα βρέφη που εκτέθηκαν σε φάρμακα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. Απαιτούνται μελέτες που επεκτείνουν την περίοδο παρακολούθησης πέραν των 6 μηνών, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πιθανή σύνδεση μεταξύ των νευροαναπτυξιακών διαταραχών και της έκθεσης σε φάρμακα κατά τη διάρκεια της γαλουχίας.

- Συνιστώνται μελλοντικές μελέτες σχετικά με τη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία, προκειμένου να διευκρινιστούν οι σχετικοί παράγοντες επιρροής. Απαιτείται περαιτέρω εργασία σε μεγαλύτερα μεγέθη δειγμάτων, τα οποία θα καθοδηγούνται από ομοιόμορφα αποδεκτές πηγές πληροφοριών και θα είναι καλά καθορισμένα ως προς την εθνικότητα, τον πολιτισμό, την κατάσταση της υγείας και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν ότι η πηγή και η ποιότητα των πληροφοριών που παρέχονται σχετικά με τη λήψη φαρμάκων κατά τη γαλουχία μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά τις γυναίκες να ξεκινήσουν, να διατηρήσουν ή να διακόψουν το θηλασμό. Η εφαρμογή εκπαιδευτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών με προβληματισμό σχετικά με το θέμα της λήψης φαρμάκων κατά τη γαλουχία θα πρέπει να γίνει αναπόσπαστο μέρος των προπτυχιακών, μεταπτυχιακών και συνεχιζόμενων εκπαιδευτικών προγραμμάτων προκειμένου να εφαρμοστεί αποτελεσματικά στην καθημερινή κλινική πράξη από τους επαγγελματίες υγείας. Η πρόοδος των γνώσεων, των δεξιοτήτων επικοινωνίας, της εμπιστοσύνης και της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας στη διαχείριση του θηλασμού αναμφίβολα θα συμβάλει θετικά στους δείκτες θηλασμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lewis CL, Pignone MP. Promoting informed decision-making in a primary care practice by implementing decision aids. *N C Med J.* 2009;70(2):136-139.
2. Gupta PM, Perrine CG, Chen J, Elam-Evans LD, Flores-Ayala R. Monitoring the World Health Organization Global Target 2025 for Exclusive Breastfeeding: Experience From the United States [published correction appears in *J Hum Lact.* 2017 Nov;33(4):823]. *J Hum Lact.* 2017;33(3):578-581. doi:10.1177/0890334417693210.
3. Radzyminski S, Callister LC. Health Professionals' Attitudes and Beliefs About Breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2015;24(2):102-109. doi:10.1891/1058-1243.24.2.102.
4. Iliadou M, Lykeridou K, Prezerakos P, Swift EM, Tziaferi SG. Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women. *Mater Sociomed.* 2018;30(4):240-245. doi:10.5455/msm.2018.30.240-245.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding Data and Statistics. Retrieved from Centers for Disease Control and Prevention website 2021; Available from: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/index.htm>. Date of access 21-4-2021
6. Neves PAR, Vaz JS, Maia FS, et al. Rates and time trends in the consumption of breastmilk, formula, and animal milk by children younger than 2 years from 2000 to 2019: analysis of 113 countries. *Lancet Child Adolesc Health.* 2021;5(9):619-630. doi:10.1016/S2352-4642(21)00163-2.
7. Tracz J, Gajewska D. Factors Influencing the Duration of Breastfeeding among Polish Women. *J Mother Child.* 2020;24(1):39-46. doi:10.34763/jmotherandchild.2020241.2006.000007.
8. Vlastarakos PV, Psaltopoulou T, Chrousos G, Kreatsas G, Gryparis A, Linos A. Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?. *World Journal of Clinical Pediatrics.* 2016;5(3):349–357. doi:10.5409/wjcp.v5.i3.349

9. Saha MR, Ryan K, Amir LH. Postpartum women's use of medicines and breastfeeding practices: a systematic review. *Int Breastfeed J.* 2015;10:28. doi:10.1186/s13006-015-0053-6.
10. Davanzo R, Bua J, De Cunto A, et al. Advising Mothers on the Use of Medications during Breastfeeding: A Need for a Positive Attitude. *J Hum Lact.* 2016;32(1):15-19. doi:10.1177/0890334415595513.
11. Fríguls B, Joya X, García-Algar O, Pallás CR, Vall O, Pichini S. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breastfeeding when taking drugs. *Anal Bioanal Chem.* 2010;397(3):1157-1179. doi:10.1007/s00216-010-3681-0.
12. Anderson PO. Medication Information Sources for Breastfeeding Mothers. *Breastfeed Med.* 2017;12(7):396-397. doi:10.1089/bfm.2017.0110.
13. Zauderer C, Davis W. Treating postpartum depression and anxiety naturally. *Holist Nurs Pract.* 2012;26(4):203-209. doi:10.1097/HNP.0b013e3182596172.
14. Colaceci S, Giusti A, De Angelis A, et al. Medications, "Natural" Products, and Pharmacovigilance during Breastfeeding: A Mixed-Methods Study on Women's Opinions. *J Hum Lact.* 2016;32(2):324-332. doi:10.1177/0890334415619746.
15. Bettiol A, Lombardi N, Marconi E, et al. The use of complementary and alternative medicines during breastfeeding: results from the Herbal supplements in Breastfeeding Investigation (HaBIT) study. *Br J Clin Pharmacol.* 2018;84(9):2040-2047. doi:10.1111/bcp.13639.
16. Shamir R. The Benefits of Breast Feeding. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser.* 2016;86:67-76. doi:10.1159/000442724.
17. Al-Sawalha NA, Tahaineh L, Sawalha A, Almomani BA. Medication Use in Breastfeeding Women: A National Study. *Breastfeed Med.* 2016;11:386-391. doi:10.1089/bfm.2016.0044.
18. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics.* 2013;131(3):e726-e732. doi:10.1542/peds.2012-1295.

19. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Educ Couns.* 2015;98(10):1172-1179. doi:10.1016/j.pec.2015.06.022
20. Bomhof-Roordink H, Gärtner FR, Stiggelbout AM, Pieterse AH. Key components of shared decision making models: a systematic review. *BMJ Open.* 2019 Dec 17;9(12):e031763. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031763.
21. Fisher KA, Tan ASL, Matlock DD, Saver B, Mazor KM, Pieterse AH. Keeping the patient in the center: Common challenges in the practice of shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2018 Dec;101(12):2195-2201.
22. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D, Kretschmer KL. Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician.* 2017 Sep;63(9):682-684.
23. Nibbelink CW, Brewer BB. Decision-making in nursing practice: An integrative literature review. *J Clin Nurs.* 2018 Mar;27(5-6):917-928. doi: 10.1111/jocn.14151.
24. Grad R, Légaré F, Bell NR, Dickinson JA, Singh H, Moore AE, Kasperavicius D, Kretschmer KL. Shared decision making in preventive health care: What it is; what it is not. *Can Fam Physician.* 2017 Sep;63(9):682-684.
25. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, Cording E, Tomson D, Dodd C, Rollnick S, Edwards A, Barry M. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012 Oct;27(10):1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6.
26. Oerlemans AJM, Knippenberg ML, Olthuis GJ. Learning shared decision-making in clinical practice. *Patient Educ Couns.* 2021;104(5):1206-1212. doi:10.1016/j.pec.2020.09.034
27. Gertosio C, Meazza C, Pagani S, Bozzola M. Breastfeeding and its gamut of benefits. *Minerva Pediatr.* 2016;68(3):201-212.
28. Golan Y, Assaraf YG. Genetic and Physiological Factors Affecting Human Milk Production and Composition. *Nutrients.* 2020 May 21;12(5):1500. doi: 10.3390/nu12051500.

29. Truchet S., Honvo-Houéto E. Physiology of milk secretion. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 2017;31:367–384. doi: 10.1016/j.beem.2017.10.008
30. Żelaźniewicz A, Pawłowski B. Maternal breast volume in pregnancy and lactation capacity. *Am J Phys Anthropol.* 2019;168(1):180-189. doi:10.1002/ajpa.23734
31. Alzaheb RA. A Review of the Factors Associated With the Timely Initiation of Breastfeeding and Exclusive Breastfeeding in the Middle East. *Clin Med Insights Pediatr.* 2017;11:1179556517748912.
32. Rasmussen KM, Felice JP, O'Sullivan EJ, Garner CD, Geraghty SR. The Meaning of "Breastfeeding" Is Changing and So Must Our Language About It. *Breastfeed Med.* 2017 Nov;12(9):510-514. doi: 10.1089/bfm.2017.0073.
33. Duale A, Singh P, Al Khodor S. Breast Milk: A Meal Worth Having. *Front Nutr.* 2022;8:800927. Published 2022 Jan 26. doi:10.3389/fnut.2021.800927
34. Oddy WH. Breastfeeding, Childhood Asthma, and Allergic Disease. *Ann Nutr Metab.* 2017;70 Suppl 2:26-36. doi:10.1159/000457920
35. Duale A, Singh P, Al Khodor S. Breast Milk: A Meal Worth Having. *Front Nutr.* 2022;8:800927. Published 2022 Jan 26. doi:10.3389/fnut.2021.800927
36. van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A. The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health.* 2019;19(1):993. Published 2019 Jul 24. doi:10.1186/s12889-019-7331-y
37. Abbass-Dick J, Dennis CL. Breast-feeding Coparenting Framework: A New Framework to Improve Breast-feeding Duration and Exclusivity. *Fam Community Health.* 2017;40(1):28-31. doi:10.1097/FCH.0000000000000137
38. Brown CR, Dodds L, Legge A, Bryanton J, Semenic S. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health.* 2014 May 9;105(3):e179-85. doi: 10.17269/cjph.105.4244.
39. Hotham N, Hotham E. Drugs in breastfeeding. *Aust Prescr.* 2015 Oct;38(5):156-9. doi: 10.18773/austprescr.2015.056. Epub 2015 Oct 1. Erratum in: *Aust Prescr.* 2016 Feb;39(1):27.

40. Stultz EE, Stokes JL, Shaffer ML, Paul IM, Berlin CM. Extent of medication use in breastfeeding women. *Breastfeed Med.* 2007;2(3):145-51. doi: 10.1089/bfm.2007.0010.
41. Varalda A, Coscia A, Di Nicola P, et al. Medication and breastfeeding. *J Biol Regul Homeost Agents.* 2012;26(3 Suppl):1-4.
42. Bar-Oz B, Bulkowstein M, Benyamini L, et al. Use of antibiotic and analgesic drugs during lactation. *Drug Saf.* 2003;26(13):925-935. doi:10.2165/00002018-200326130-00002
43. Pieh Holder KL. Contraception and Breastfeeding. *Clin Obstet Gynecol.* 2015;58(4):928-935. doi:10.1097/GRF.0000000000000157
44. Lutz BH, Bassani DG, Miranda VIA, Silveira MPT, Mengue SS, Dal Pizzol TDS, da Silveira MF, Bertoldi AD. Use of Medications by Breastfeeding Women in the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jan 16;17(2):568. doi: 10.3390/ijerph17020568.
45. Zuppa AA, Sindico P, Orchi C, Carducci C, Cardiello V, Romagnoli C. Safety and efficacy of galactogogues: substances that induce, maintain and increase breast milk production. *J Pharm Pharm Sci.* 2010;13(2):162-174. doi:10.18433/j3ds3r
46. Hussain NHN, Noor NM, Ismail SB, Zainuddin NA, Sulaiman Z. Metoclopramide for Milk Production in Lactating Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Korean J Fam Med.* 2021;42(6):453-463. doi:10.4082/kjfm.20.0238
47. Khorana M, Wongsin P, Torbunsupachai R, Kanjanapattanakul W. Effect of Domperidone on Breast Milk Production in Mothers of Sick Neonates: A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Trial. *Breastfeed Med.* 2021;16(3):245-250. doi:10.1089/bfm.2020.0234
48. Bazzano AN, Hofer R, Thibeau S, Gillispie V, Jacobs M, Theall KP. A Review of Herbal and Pharmaceutical Galactagogues for Breast-Feeding. *Ochsner J.* 2016;16(4):511-524.
49. Bertino E, Varalda A, Di Nicola P, et al. Drugs and breastfeeding: instructions for use. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012;25 Suppl 4:78-80. doi:10.3109/14767058.2012.715034

50. Nordeng H, Havnen GC, Spigset O. Drug use and breastfeeding. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2012;132(9):1089-1093. doi:10.4045/tidsskr.11.1104
51. Jahnsen JA, Widnes SF, Schjøtt J. Analysis of questions about use of drugs in breastfeeding to Norwegian drug information centres. *Int Breastfeed J.* 2018 Jan 9;13:1. doi: 10.1186/s13006-017-0143-8.
52. Ronai C, Taylor JS, Dugan E, Feller E. The identifying and counseling of breastfeeding women by pharmacists. *Breastfeed Med.* 2009;4(2):91-95. doi:10.1089/bfm.2008.0122
53. Ronai C, Taylor JS, Dugan E, Feller E. The identifying and counseling of breastfeeding women by pharmacists. *Breastfeed Med.* 2009;4(2):91-95. doi:10.1089/bfm.2008.0122
54. Chesnel MJ, Healy M, McNeill J. The experiences of trained breastfeeding support providers that influence how breastfeeding support is practised: A protocol for a qualitative evidence synthesis. *PLoS One.* 2021 Jul 29;16(7):e0254445. doi: 10.1371/journal.pone.0254445.
55. Elwyn G, Durand MA, Song J, et al. A three-talk model for shared decision - making: multistage consultation process. *BMJ.* 2017;359:j4891. doi:10.1136/bmj.j4891.
56. Schirm E, Schwagermann MP, Tobi H, de Jong-van den Berg LT. Drug use during breastfeeding. A survey from the Netherlands. *Eur J Clin Nutr.* 2004;58(2):386-390. doi:10.1038/sj.ejcn.1601799.
57. Vossenaar M, van Beusekom I, Doak C, Solomons NW. Feeding patterns before 6 months of age: the relative validity of recall from interviews of mothers of Guatemalan infants and toddlers. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2014;23(4):634-640. doi:10.6133/apjcn.2014.23.4.07.
58. Chaves RG, Lamounier JA. Uso de medicamentos durante a lactação [Breastfeeding and maternal medications]. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5 Suppl):S189-S198. doi:10.2223/1246.
59. Lutz BH, Bassani DG, Miranda VIA, et al. Use of Medications by Breastfeeding Women in the 2015 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(2):568. doi:10.3390/ijerph17020568.

60. McClatchey AK, Shield A, Cheong LH, Ferguson SL, Cooper GM, Kyle GJ. Why does the need for medication become a barrier to breastfeeding? A narrative review. *Women Birth*. 2018;31(5):362-366. doi:10.1016/j.wombi.2017.12.004.
61. Spiesser-Robelet L, Brunie V, de Andrade V, Gagnayre R. Knowledge, Representations, Attitudes, and Behaviors of Women Faced With Taking Medications While Breastfeeding. *J Hum Lact*. 2017;33(1):98-114. doi:10.1177/0890334416679383.
62. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, et al. Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?. *World J Clin Pediatr*. 2016;5(3):349-357. doi:10.5409/wjcp.v5.i3.349.
63. Aldalili AYA, El Mahalli AA. Research Title: Factors Associated with Cessation of Exclusive Breastfeeding. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:239-246. doi:10.2147/JMDH.S277819.
64. Chang PC, Li SF, Yang HY, et al. Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *Int Breastfeed J*. 2019;14:18. doi:10.1186/s13006-019-0213-1.
65. Battersby S. The role of the midwife in breastfeeding: Dichotomies and dissonance. *British Journal of Midwifery*. 2014;22(8):551–556. doi:10.12968/bjom.2014.22.8.55.
66. Blixt I, Johansson M, Hildingsson I, Papoutsi Z, Rubertsson C. Women's advice to healthcare professionals regarding breastfeeding: "offer sensitive individualized breastfeeding support"- an interview study. *Int Breastfeed J*. 2019;14:51. doi:10.1186/s13006-019-0247-4.
67. Ekström A, Kylberg E, Nissen E. A process-oriented breastfeeding training program for healthcare professionals to promote breastfeeding: an intervention study. *Breastfeed Med*. 2012;7(2):85-92. doi:10.1089/bfm.2010.0084.
68. Hussainy SY, Dermele N. Knowledge, attitudes and practices of health professionals and women towards medication use in breastfeeding: A review. *Int Breastfeed J*. 2011;6:11. doi:10.1186/1746-4358-6-11.
69. Riley LE, Cahill AG, Beigi R, Savich R, Saade G. Improving Safe and Effective Use of Drugs in Pregnancy and Lactation: Workshop Summary. *Am J Perinatol*. 2017;34(8):826-832. doi:10.1055/s-0037-1598070.