



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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτοαποτελεσματικότητα
του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό**

Συγγραφέας
Μαρκάτη Αγγελική
A.M. 22027

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Αντωνίου Ευαγγελία

Αθήνα, Οκτώβριος 2024



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES
DEPARTMENT OF MIDWIFERY
MSC IN ADVANCED AND EVIDENCE-BASED
MIDWIFERY CARE**

Diploma Thesis

**The effect of working circular shifts on breastfeeding self-efficacy of
nursing staff**

Markati Angeliki

Registration Number: 22027

Supervisor: Professor Antoniou Evangelia

Athens, October 2024



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

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτοποτελεσματικότητα του μητρικού
θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό**

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Εισηγήτρια Καθηγήτρια: Αντωνίου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Επιτροπής: Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Επιτροπής: Παλάσκα Ερμιόνη, Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	Όνοματεπώνυμο	Βαθμίδα / Ιδιότητα	Ψηφιακή υπογραφή
1	Αντωνίου Ευαγγελία	Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
2	Δάγλα Μαρία	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	
3	Παλάσκα Ερμιόνη	Επίκουρη Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μαρκάτη Αγγελική του Λεωνίδα με αριθμό μητρώου 22027 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα» του τμήματος Μαιευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

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

Αντωνίου Ευαγγελία
Καθηγήτρια

Η Δηλούσα
Μαρκάτη Αγγελική



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία διεκπεραιώθηκε υπό την επίβλεψη της κας Αντωνίου Ευαγγελίας, Καθηγήτρια στο τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Εκφράζω τις ευχαριστίες μου πρωτίστως σε εκείνη για τη στοχευμένη καθοδήγηση και υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά την κα Δάγλα Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του τμήματος Μαιευτικής στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής και την κα Παλάσκα Ερμιόνη, Επίκουρη Καθηγήτρια του τμήματος Μαιευτικής στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Ταυτόχρονα ευχαριστώ την κα Οροβού Ειρήνη, Επίκουρη Καθηγήτρια στο τμήμα Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας για την καθοδήγηση όσον αφορά στη διαμόρφωση του ερωτηματολογίου και τη μεθοδολογία της ερευνητικής διαδικασίας που απαιτήθηκε.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην κα Κούκου Ζωή, Λέκτορα εφαρμογών στο τμήμα Μαιευτικής του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος για την υποστήριξη και τις πολύτιμες συμβουλές της.

Ευχαριστώ όλες τις εργαζόμενες στο Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία καθώς η συμβολή τους ήταν καθοριστική για τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς την οικογένειά μου και τις φίλες μου για την αμέριστη συμπαράσταση, την κατανόηση και την διαρκή ενθάρρυνσή τους σε όλα τα στάδια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κατάλογος εικόνων.....	9
Κατάλογος πινάκων και γραφημάτων	9
Συνοτομογραφίες	11
Περίληψη	12
Abstract	14
Εισαγωγή.....	16

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

1.1 Ανατομία μαστού.....	19
1.2 Φυσιολογία της γαλουχίας.....	21
1.2.1 Ανάπτυξη του μαστικού αδένος – Μαστογένεση	22
1.2.2 Στάδια γαλακτογένεσης	23
1.2.3 Σύσταση μητρικού γάλακτος	28
1.2.4 Διαφορές μητρικού και υποκατάστατου γάλακτος.....	32
1.3 Οφέλη μητρικού θηλασμού	34
1.3.1 Οφέλη για το βρέφος.....	35
1.3.1.1 Επίδραση στη σωματική ανάπτυξη.....	35
1.3.1.2 Προστασία από χρόνιες ασθένειες.....	37
1.3.1.3 Προστασία από λοιμώξεις και αυτοάνοσα νοσήματα	41
1.3.1.4 Νευρολογική ανάπτυξη και ωρίμανση	44
1.3.1.5 Ψυχοκοινωνική και συναισθηματική εξέλιξη.....	46
1.3.2 Οφέλη για τη μητέρα	47
1.3.3 Οφέλη για την οικονομία και το περιβάλλον.....	50
1.4 Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού.....	51
1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1 Η θεωρία της κοινωνικής - γνωστικής μάθησης.....	58
2.2 Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας	60
2.3 Διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού.....	62
2.4 Παράγοντες αύξησης της αυτοπεποίθησης και υιοθέτησης θετικής συμπεριφοράς για το μητρικό θηλασμό.....	64

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη, την εδραίωση και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού.....	67
3.1.1 Παράγοντες που σχετίζονται με τη μητέρα	68
3.1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος	75
3.1.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τον τοκετό	79
3.2 Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού	82
3.2.1 Ο μητρικός θηλασμός σε εργαζόμενες μητέρες στο τομέα της υγείας	85
3.2.2 Οι συνέπειες του κυκλικού ωραρίου στο νοσηλευτικό προσωπικό	88
3.3 Διεθνείς και εθνικές πολιτικές ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία	91
3.3.1 Η στρατηγική των 4 παραγόντων για υποστήριξη του θηλασμού στον εργασιακό χώρο	96
3.4 Νομικό πλαίσιο για την προστασία της εργαζόμενης μητέρας	98

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.....	103
4.2 Ερευνητικός σχεδιασμός.....	104
4.2.1 Χώρος μελέτης.....	104
4.2.2 Δείγμα μελέτης	104
4.3 Εργαλεία μέτρησης - Ερωτηματολόγια	104
4.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	106
4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	107
4.6 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων.....	108

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

110

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση.....	140
6.2 Προτάσεις	145
6.3 Περιορισμοί	146

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	148
---------------------------	------------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Παραχώρηση άδειας για χρήση της κλίμακας αυτοποτελεσματικότητας	188
Παράρτημα 2. Έγκριση της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας και των επιστημονικών συμβουλίων του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας και του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.....	189
Παράρτημα 3. Έγγραφο συγκατάθεσης	193
Παράρτημα 4. Ερωτηματολόγιο έρευνας	194
Παράρτημα 5. Νομοθετικές διατάξεις	200
Παράρτημα 6. Ταξινόμηση φαρμάκων που χορηγούνται στο θηλασμό κατά Hale	208

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1.1: Παρουσίαση των χωρών στις οποίες παρατηρήθηκε μεταβολή του ποσοστού αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.....	55
---	----

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 5.1: Δημογραφικά στοιχεία	111
Πίνακας 5.2: Επαγγελματικό ιστορικό	112
Πίνακας 5.3: Μαιευτικό ιστορικό.....	113
Πίνακας 5.4: Πρώτο γεύμα νεογνού και θηλασμός.....	114
Πίνακας 5.5: Μέθοδος σίτισης κατά τη παραμονή στο Μαιευτήριο και τις πρώτες μέρες στο σπίτι.....	115
Πίνακας 5.6: Σχεδιασμός και διάρκεια θηλασμού.....	116
Πίνακας 5.7: Ηλικία του βρέφους και ωράριο εργασίας	117
Πίνακας 5.8: Υποδομές και ευκολίες στο εργασιακό περιβάλλον	118
Πίνακας 5.9: Υποστήριξη για το μητρικό θηλασμό	119
Πίνακας 5.10: Άγχος και επίδραση στην εργασία	120
Πίνακας 5.11: Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό	122
Πίνακας 5.12: Στατιστικά ελέγχου κανονικότητας της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό	126
Πίνακας 5.13: Στατιστικά αξιοπιστίας της Κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό.....	126
Πίνακας 5.14: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και μέθοδος σίτισης νεογνού τις πρώτες μέρες στο σπίτι	127
Πίνακας 5.15: Κατανομή απαντήσεων συσχέτισης δημογραφικών στοιχείων και μέθοδος σίτισης νεογνού τις πρώτες μέρες στο σπίτι	128
Πίνακας 5.16: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και συνολική διάρκεια μητρικού θηλασμού	129
Πίνακας 5.17: Συσχέτιση μεταξύ της επιστροφής στην εργασία και της διακοπής του θηλασμού	130
Πίνακας 5.18: Συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και τη διάρκεια του συνολικού μητρικού θηλασμού.....	130

Πίνακας 5.19: Συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και την πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στη εργασία.....	132
Πίνακας 5.20: Κατανομή απαντήσεων συσχέτισης μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και την πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στη εργασία.....	133
Πίνακας 5.21: Συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.....	133
Πίνακας 5.22: Συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της διακοπής του μητρικού θηλασμού κατά την επιστροφή στην εργασία	134
Πίνακας 5.23: Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και αυτοαποτελεσματικότητας .	135
Πίνακας 5.24: Συσχέτιση διάρκειας του συνολικού μητρικού θηλασμού και της αυτοαποτελεσματικότητας.....	136
Πίνακας 5.25: Συσχέτιση εργασιακού άγχους κατά την προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας και της αυτοαποτελεσματικότητας	137
Πίνακας 5.26: Συσχέτιση της υποστήριξης από τον σύντροφο και της αυτοαποτελεσματικότητας.....	137
Πίνακας 5.27: Συσχέτιση της υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον και της αυτοαποτελεσματικότητας.....	138
Πίνακας 5.28: Συσχέτιση του σχεδιασμού για θηλασμό και της αυτοαποτελεσματικότητας.....	139
Πίνακας 5.29: Συσχέτιση της ευχαρίστησης με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει των προσδοκιών και της αυτοαποτελεσματικότητας.....	139
Πίνακας 5.30: Συσχέτιση των νυχτερινών βαρδιών και της αυτοαποτελεσματικότητας	140

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 5.1: Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού	121
Γράφημα 5.2: Κατανομή απαντήσεων κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό	124

Συντομογραφίες

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

ΕΦΚΑ: Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

MENN: Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

ΟΑΕΔ: Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΑΑΡ: American Academy of Pediatrics - Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων

BSES: Breastfeeding self efficacy scale - Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για το μητρικό θηλασμό

CDC: Centers for Disease, Control and Prevention - Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων

FIL: Feedback Inhibitor of Lactation - Ανασταλτικός Παράγοντας της Γαλουχίας

HIV: Human Immunodeficiency Virus - Ιός Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου

RSV: Respiratory Syncytial Virus - Αναπνευστικός Συγκυτιακός Ιός

SIDS: Sudden Infant Death Syndrome - Σύνδρομο Αιφνίδιου Βρεφικού Θανάτου

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund - Διεθνές Ταμείο Επείγουσας Βοήθειας των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η καλύτερη μέθοδος σίτισης κατά τη νεογνική και βρεφική ηλικία έχει αποδειχθεί πως είναι ο μητρικός θηλασμός. Ωστόσο, παρά τις διεθνείς και παγκόσμιες συστάσεις που αφορούν στον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 6 μήνες, παρατηρείται μια συνεχής πτωτική τάση στα ποσοστά του θηλασμού σε εθνικό επίπεδο, λόγω ορισμένων παραγόντων που επηρεάζουν την έναρξη και τη συνέχιση της γαλουχίας. Ειδικότερα, η αυτοαποτελεσματικότητα ως μια ιδιαίτερη ψυχοκοινωνική διάσταση της μητέρας που αφορά στην ικανότητά της να επιτύχει τον προσδοκώμενο στόχο της γαλουχίας όσο και οι δύσκολες εργασιακές συνθήκες στις νοσηλευτικές και μαιευτικές μονάδες των νοσοκομειακών φορέων όπου οι εργαζόμενες μητέρες απασχολούνται με κυκλικό ωράριο, έχουν άμεση επίδραση στο θηλασμό.

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου στην αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 142 γυναίκες που απασχολούνται ως Μαιές, Νοσηλεύτριες και Βοηθοί, οι οποίες εργάζονται σε κυκλικό ωράριο και έχουν επιστρέψει στα εργασιακά τους καθήκοντα μέσα στα τελευταία 5 έτη από τη γέννηση του μικρότερου παιδιού τους. Η ερευνητική διαδικασία πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2024 στο Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας «Αγία Ειρήνη» και στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων. Ως εργαλείο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο δημιουργήθηκε από την ερευνήτρια και η Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για το μητρικό θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form, BSES-SF).

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων δείχνουν ότι η πλειονότητα (53,5%) των συμμετεχουσών ανήκουν την ηλικιακή ομάδα 35-45 ετών και όσον αφορά την ειδικότητα το μεγαλύτερο ποσοστό είναι Νοσηλεύτριες (45.8%), ενώ το 40.8% είναι Μαιές. Παράλληλα, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ειδικότητα και στην επιλογή μεθόδου σίτισης του νεογνού, αφού οι Μαιές ακολουθούν τη μέθοδο του αποκλειστικού θηλασμού σε μεγαλύτερο ποσοστό και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τις Νοσηλεύτριες και τις Βοηθούς. Επιπλέον, κατά την αξιολόγηση των εργασιακών συνθηκών φάνηκε πως η τήρηση του μειωμένου ωραρίου συμβάλλει στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία, ενώ δε βρέθηκε

στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο κυκλικό ωράριο και την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Τέλος, σημαντικά ευρήματα αποτελούν οι συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν για την αυτοαποτελεσματικότητα, με τις οποίες αναφέρεται πως για τις Μαίες παρατηρήθηκαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα μέτρησης ειδικά για όσες σχεδίαζαν να θηλάσουν από την περίοδο της κύησης. Αντίθετα, χαμηλότερες τιμές αυτοαποτελεσματικότητας καταγράφηκαν στις περιπτώσεις αυξημένου άγχους κατά την προσπάθεια συνδυασμού του μητρικού θηλασμού και των εργασιακών καθηκόντων.

Λέξεις κλειδιά: Μητρικός θηλασμός, αυτοαποτελεσματικότητα, εργασία, κυκλικό ωράριο, Μαίες, Νοσηλεύτριες

ABSTRACT

Breastfeeding is considered as the best method of feeding during the newborn and infant period. However, despite international and global recommendations regarding exclusive breastfeeding in the first 6 months, there is a continuous downward trend in breastfeeding rates at the national level, due to some factors that significantly affect the initiation and continuation of breastfeeding. In particular, self-efficacy as a special psychosocial dimension of the mother that concerns her ability to achieve the expected goal of breastfeeding but also the difficult working conditions that prevail in the nursing and obstetric units of hospital organizations where working mothers are employed on a cyclical schedule have an immediate effect on the breastfeeding.

The purpose of this study is to investigate the effect of the circular shifts on the breastfeeding self-efficacy in nursing staff. The research sample consisted of 142 women as Midwives, Nurses and Nursing Assistants, who work on a rotating schedule and have returned to their work duties within the last 5 years since the birth of their youngest child. The research process was carried out between March and June 2024 at the General Hospital of Corfu "Agia Irini" and at the University General Hospital of Ioannina. A questionnaire created by the researcher and the Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form (BSES-SF) were used as a data collection tool.

The results obtained from the statistical analysis of the research data show that the majority (53.5%) of the participants belong to the age group of 35-45 years and in terms of specialty the largest percentage of participants are Nurses (45.8%), while the 40.8% are midwives. At the same time, a significant correlation was found between the specialty and the choice of feeding method of the newborn, since Midwives follow the method of exclusive breastfeeding in a greater percentage and for a longer period of time than Nurses and Assistants. In addition, during the evaluation of the working conditions at hospital units, it seems that the possibility of reducing working hours contributes to the continuation of breastfeeding after returning to work, while no statistically significant correlation was found between cyclical shifts and early cessation of breastfeeding. Finally, according to the interesting findings concerning correlations about self-efficacy, it is reported that Midwives have higher values on the measurement scale, especially for those who planned to breastfeed from the pregnancy period. Conversely, lower self-efficacy values measured in cases of increased stress when trying to combine breastfeeding and work tasks.

Key words: Breastfeeding, Self-efficacy, work, Circular Shifts, Midwives, Nurses

Εισαγωγή

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο σίτισης με πολλαπλά οφέλη για τα βρέφη και τις μητέρες (Krol et al, 2018). Σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), συστήνεται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες με στόχο την ιδανική σωματική, διανοητική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους με παράλληλη συμπληρωματική διατροφή μέχρι τα 2 έτη για την κάλυψη των αυξημένων αναγκών του (WHO, 2003). Παρά τις διεθνείς συστάσεις, παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά μητρικού θηλασμού σε εθνικό επίπεδο (Ηλιοδρομίτη και συν., 2018) και για αυτό το λόγο πραγματοποιείται μία συλλογική προσπάθεια για την βέλτιστη έκβαση του μητρικού θηλασμού όσον αφορά τους παράγοντες που επιδρούν στην έναρξη, την εδραίωση και τη διάρκειά του (Cohen et al, 2018). Η αναγνώριση των παραγόντων αυτών και η τροποποίηση τους θα συμβάλει σε μεγάλο βαθμό στην αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, βελτιώνοντας παράλληλα τις συνθήκες έκβασής του προς όφελος των βρεφών και των μητέρων.

Ένας από τους σημαντικότερους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την έναρξη και τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού είναι η αυτοαποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με τον Bandura (2012), πρόκειται για την αντίληψη που κατέχει ένα άτομο σχετικά με την ικανότητά του να πραγματοποιήσει με επιτυχία έναν επιδιωκόμενο στόχο. Η αίσθηση μάλιστα της αξιοσύνης παρέχει τη δυνατότητα επιλογής του τρόπου δράσης και επηρεάζει το μέγεθος της καταβαλλόμενης προσπάθειας καθώς και την υιοθέτηση της κατάλληλης συμπεριφοράς, αποσκοπώντας στην αντιμετώπιση τυχόν εμποδίων και δυσκολιών που θα προκύψουν (Dennis, 2013). Αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει γνωστικούς, συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, η οποία μπορεί να έχει έναν προβλεπτικό ρόλο όσον αφορά την συμπεριφορά ενός ατόμου και την ικανότητα διαχείρισης σε θέματα υγείας (Bandura, 1994).

Βασιζόμενη στην γνωστική-κοινωνική θεωρία του Bandura που αναφέρθηκε παραπάνω, η Dennis το 1999 εισήγαγε την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού, η οποία περιγράφει την αντίληψη της μητέρας σχετικά με τις ικανότητές της να θηλάσει το παιδί της, επηρεάζοντας παράλληλα τις αποφάσεις της αναφορικά με την συνολική έκβαση του θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, η επιλογή του μητρικού θηλασμού ως μέθοδος σίτισης του νεογνού/βρέφους ή όχι, η ένταση της προσπάθειας που απαιτείται για να επιτύχει το στόχο της αλλά και ο τρόπος με τον

οποίο θα ανταπεξέλθει σε δυσκολίες ή προβλήματα που ενδέχεται να εμφανιστούν, συνιστούν έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα που καθορίζει την προσήλωση στο στόχο που δεν είναι άλλος από την επιτυχή έκβαση του θηλασμού και ειδικότερα την εδραίωση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (Vincent, 2015). Συνεπώς, είναι αντιληπτό πως η ενίσχυση της αυτοπεποίθησης της μητέρας μέσω της υιοθέτησης των κατάλληλων στρατηγικών παρεμβάσεων προγεννητικά, στη διάρκεια της κύησης και μεταγεννητικά, βελτιώνει τους μητρικούς ψυχοσυναισθηματικούς παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας, επηρεάζοντας θετικά την εμπειρία της μητέρας (Gonzales, 2020).

Παράλληλα, η εργασία κατέχει μία καίρια θέση στη καθημερινότητα του ανθρώπου. Ιδιαίτερα για τις εργαζόμενες μητέρες φαίνεται πως αποτελεί μία καθημερινή πρόκληση, καθώς έρχονται αντιμέτωπες με πολλές δυσκολίες σε σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο (Chang et al, 2021). Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία σε παγκόσμια κλίμακα, έχει επιβεβαιωθεί πως η επιστροφή στην εργασία έχει σημαντική επίδραση στην έκβαση του μητρικού θηλασμού με ιδιαίτερη έμφαση στη διάρκεια και τη ποιότητά του, μειώνοντας δραματικά τα ποσοστά μητρικού θηλασμού στις εργαζόμενες μητέρες (Mendoza-Gordillo, 2023).

Ο εργασιακός τομέας που φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς είναι αυτός του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχόμενη πτωτική τάση στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού στις Μαίες, τις Νοσηλεύτριες και γενικότερα το προσωπικό που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο στο τομέα της υγείας (Kim et al, 2022). Οι συνθήκες που επικρατούν στον εργασιακό χώρο επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και τις αποφάσεις των μητέρων για το μητρικό θηλασμό (Irmak, 2016), καθώς παρουσιάζεται μία αδυναμία στην εξισορρόπηση των επαγγελματικών καθηκόντων και των απαραίτητων πρακτικών του θηλασμού για τη συνέχιση της γαλουχίας (Rangel et al, 2018). Ο ανεπαρκής χρόνος για διάλειμμα, η έλλειψη χώρων ειδικά διαμορφωμένων για μητρικό θηλασμό και η απουσία του κατάλληλου εξοπλισμού και υλικού για άντληση κατά την διάρκεια της εργασίας (Soomro et al, 2016) και οι αρνητικές συμπεριφορές των ανωτέρων και των συναδέλφων για τη συνέχιση του θηλασμού αποτελούν καθημερινά εμπόδια για τις θηλάζουσες μητέρες. Ειδικότερα, η αδυναμία παροχής ενός πιο ευέλικτου προγράμματος σε συνδυασμό με την νυχτερινή εργασία και γενικότερα το κυκλικό ωράριο στις ιατρικές και νοσηλευτικές δομές (Omer et al, 2015) αλλά και η απαιτητική εργασία στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (Hendrickson et al, 2022)

φαίνεται πως αποτελούν ορισμένους από τους ανασταλτικούς παράγοντες για την εκπλήρωση του στόχου του θηλασμού για τις μητέρες.

Το αυξημένο άγχος, όμως, σε συνδυασμό με τα ανάμεικτα συναισθήματα που προκαλούν οι παραπάνω συνθήκες σχετικά με την ικανότητα της ίδιας της μητέρας για την επιτυχία του αρχικού προσδοκώμενου στόχου να συνεχίσει τη γαλουχία, επηρεάζει αρνητικά την αυτοαποτελεσματικότητα, ενισχύοντας το αίσθημα της αποτυχίας (Dixit et al, 2015). Η διαταραχή που προκαλείται στην ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική διάσταση της εργαζόμενης γυναίκας, πολλές φορές οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση γνωστή ως burnout (Dyrbye et al, 2017) και στη μειωμένη ικανοποίηση της από το εργασιακό περιβάλλον, γεγονός το οποίο μπορεί να συμβάλει αρνητικά στην προώθηση του μητρικού θηλασμού.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1
ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

1.1 Ανατομία του μαστού

Ο μαστός είναι ένας τροποποιημένος ιδρωτοποιός αδένας, το μέγεθος του οποίου ποικίλει στις ενήλικες γυναίκες. Βρίσκεται στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα και εκτείνεται από τη δεύτερη έως την έκτη πλευρά και από το στέρνο έως την πρόσθια μασχαλιαία γραμμή (Καραπάντζος, 2015). Διαχωρίζεται σε τέσσερα τεταρτημόρια, το άνω-έσω, το άνω-έξω, το κάτω-έσω και το κάτω-έξω, εκ των οποίων το άνω-έξω είναι πιο παχύ καθώς περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος του μαστικού αδένος και παρατηρείται μία προσεκβολή προς τη μασχάλη, γνωστή και ως μασχαλιαία ουρά ή ουρά του Spence. Η σύσταση στο εσωτερικό του μαστού καθορίζεται από το αδενικό παρέγχυμα, το οποίο επενδύεται από ένα συνδυασμό λιπώδους, ινώδους και συνδετικού ιστού με τα συνοδά αιμοφόρα αγγεία, τα νεύρα και το λεμφικό δίκτυο. Εξωτερικά περιβάλλεται από δέρμα, το οποίο περιλαμβάνει τη θηλή και τη θηλαία άλω (Δημητρακάκης, 2018).

Ο ιστός του μαστικού αδένος εντοπίζεται πάνω από το μείζονα θωρακικό μυ και ο διαχωρισμός του από την θωρακική περιτονία οφείλεται σε μία στιβάδα λίπους που συνεχίζεται με το λιπώδες στρώμα του ίδιου του αδένος (Smith, 2019). Ο λιπώδης ιστός αποτελεί το περιμαστικό λίπος που στις περισσότερες περιπτώσεις ευθύνεται για τον όγκο και το σχήμα του μαστού, ενώ έχει διαπιστωθεί πως η μεγαλύτερη ποσότητα λίπους εντοπίζεται στην πρόσθια επιφάνεια και σε πολύ μικρότερο ποσοστό κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω. Ο συνδετικός ιστός που συναντάται στη συνολική σύσταση του αδένος απαρτίζεται από μακρόστενες, ανελαστικές ίνες, οι οποίες σχηματίζουν τους δερματικούς συνδέσμους γνωστοί και ως κρεμαστήρες σύνδεσμοι ή σύνδεσμοι Cooper. Προσφέρουν στήριξη στον μαστό πάνω στη περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός επιτρέποντας παράλληλα τη φυσική του κίνηση (McGhee & Steele, 2020).

Το παρέγχυμα αποτελεί το λειτουργικό τμήμα και σχηματίζεται από τον μαζικό ή μαστικό αδένος, ο οποίος φέρει επιμέρους επιθηλιακές δομές όπως τους λοβούς, τα λοβία, τις αδενοκυψέλες και τους γαλατοφόρους πόρους. Ο μαζικός ή μαστικός αδένος κάθε μαστού περιλαμβάνει 15-20 λοβούς που διατάσσονται ακτινωτά, καθέννας εκ των οποίων συνιστά έναν ξεχωριστό αδένος με δικό του

εκφορητικό πόρο προς τη θηλή και η σύνδεση μεταξύ τους πραγματοποιείται με συνδετικό ιστό (Alex et al, 2020). Έτσι κάθε λοβός παροχετεύεται από ένα γαλακτοφόρο πόρο και όλοι μαζί συγκλίνουν και εκβάλλουν ανεξάρτητα. Οι λοβοί υποδιαιρούνται σε μικρότερες μονάδες που ονομάζονται λοβία, πάνω στα οποία εντοπίζονται οι αδενοκυψέλες, δηλαδή οι δομές που διατάσσονται σε σχήμα δίκην σταφυλιού και είναι υπεύθυνες για την παραγωγή του γάλακτος κατά τη γαλουχία. Οι κυψελιδικοί αυλοί αποτελούν τα σημεία συσσώρευσης του γάλακτος μέχρι τη στιγμή που τα μυοεπιθηλιακά κύτταρα θα ενεργοποιηθούν, προκειμένου να συσπαστούν οι εκφορητικοί πόροι για την εξαγωγή του γάλακτος. Πιο συγκεκριμένα μικρότεροι γαλακτοφόροι πόροι που ξεκινούν από τις αδενοκυψέλες καταλήγουν σε μεγαλύτερους πόρους, οι οποίοι σχηματίζουν τον γαλακτοφόρο κόλπο πίσω από τη θηλαία άλω και εκβάλλουν στη θηλή με οπές (Hassiotou and Geddes, 2012).

Στο κέντρο της εξωτερικής ημισφαιρικής προβολής του αδένου, στο ύψος του 4^{ου} μεσοπλευρίου διαστήματος εντοπίζεται η θηλή με μέγεθος 10-12 χιλιοστά σε διάμετρο και αποτελεί την κωνική ή κυλινδρική προπέτεια στο κέντρο της θηλαίας άλω. Η κορυφή της θηλής φαίνεται σχισμοειδής λόγω των γαλακτοφόρων πόρων που εκβάλλουν σε αυτή (Platzer et al, 2009). Η σκουρόχρωμη περιοχή του δέρματος του εκάστοτε μαστού που περιλαμβάνει τη θηλή και τη θηλαία άλω έχει διάμετρο που κυμαίνεται από 1,5 έως 2,5 εκατοστά. Είναι εμφανή 10-15 επάρματα που ονομάζονται θηλαία οζίδια και είναι τοποθετημένα κυκλικά, ενώ κάτω ακριβώς από τα οζίδια εντοπίζονται οι σμηγματογόνοι αδένες ή αδένες Montgomery. Το λιπώδες έκκριμα των αδένων αυτών παρέχει έναν προστατευτικό μηχανισμό στη διαδικασία του θηλασμού και σε συνδυασμό με τη σκλήρυνση που προκαλούν οι λείες μυϊκές ίνες που βρίσκονται στον ιστό της θηλαίας άλω, διευκολύνουν τη σύλληψη της θηλής από το νεογνό και παράλληλα μειώνονται ενδεχόμενες εκδορές (Moore et al, 2013).

Όσον αφορά στην αγγειακή τροφοδότηση του μαστού, χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκη και προέρχεται από τη μασχालιαία σε ποσοστό 60%, από την έσω θωρακική σε ποσοστό 30% (Hunt et al, 2010), ενώ υπάρχει και μία αγγείωση σε μικρότερο βαθμό από άλλους κλάδους αρτηριών όπως των ακρωμοθωρακικών, των υποπλάτιων και θωρακοραχιαίων. Η φλεβική παροχέτευση του μαστού πραγματοποιείται κυρίως προς τη μασχालιαία και την έσω θωρακική φλέβα συνοδεύοντας τις αντίστοιχες αρτηρίες (vanDeventer and Graewe, 2016).

Η αισθητική νεύρωση του μαστού προέρχεται από τους πρόσθιους και πλάγιους νευρικούς κλάδους δεύτερου έως τέταρτου μεσοπλευρίου νεύρου και

ειδικότερα η αισθητικότητα στη θηλή και τη θηλαία άλω οφείλεται στη νεύρωση από το τέταρτο μεσοπλεύριο νεύρο (Lemaine, 2012). Οι κλάδοι αυτοί μεταφέρουν αισθητικές ίνες από την επιφάνεια του μαστού, συμπαθητικές ίνες προς τα αιμοφόρα αγγεία και λείες μυϊκές ίνες που εντοπίζονται στη θηλή. Για αυτό το λόγο είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο ερεθισμός που προκαλείται από το νεογνό για τη διέγερση των μαστών ενεργοποιώντας το κεντρικό νευρικό σύστημα προκειμένου να ενεργοποιηθεί η διαδικασία της γαλουχίας (Al-Chalabi et al, 2023)

Ο μαστικός αδένας διαθέτει ένα πλούσιο και παράλληλα σύνθετο λεμφικό σύστημα, στο οποίο η παροχέτευση του μαστού σε ποσοστό 75% γίνεται προς τους πλάγιους και άνω μασχαλιαίους λεμφαδένες. Το μεγαλύτερο μέρος της υπολειπόμενης λέμφου παροχετεύεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες, οι οποίοι εντοπίζονται στο εν τω βάθει πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και ένα πολύ μικρό μέρος μεταφέρεται από λεμφαγγεία συνοδεύοντας τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με μεσοπλεύριους λεμφαδένες που εντοπίζονται κοντά στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών (Drake, 2007).

1.2 Φυσιολογία της Γαλουχίας

Η ανάπτυξη του μαστικού αδένος πραγματοποιείται σε τρία διαφορετικά στάδια, από την εμβρυϊκή περίοδο έως και την ενήλικη ζωή της γυναίκας, όπου οι συνεχόμενες δομικές μεταβολές για την ανάπτυξη του αδένος καθιστούν το μαστό πλήρως λειτουργικό για την επίτευξη της γαλουχίας (Twigger & Khaled, 2021). Η ιστογένεση του αδένος αποτελεί το πρώτο στάδιο ανάπτυξης, το οποίο λαμβάνει χώρα κατά τη πρώιμη φάση της εμβρυογένεσης και ο ρυθμός στη πρόοδο της ανάπτυξης παραμένει σταθερός έως και τη νεογνική ηλικία. Στη προεφηβική και εφηβική ηλικία, όπου διακρίνεται το δεύτερο στάδιο, η εξελικτική διαδικασία πραγματοποιείται ταχύτερα και παρατηρείται επιμήκυνση και μεγαλύτερη ανάπτυξη του αδενικού παρεγχύματος, με στόχο την πλήρη προετοιμασία του για την περίοδο της γαλουχίας μέσω της λειτουργικής πλέον διαφοροποίησης λόγω των ορμονικών εκκρίσεων στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σηματοδοτώντας το τελευταίο στάδιο ανάπτυξης (Musumeci et al, 2015).

1.2.1 Ανάπτυξη του μαστικού αδένου – Μαστογένεση

Η εμφάνιση των μαστικών γραμμών που προκύπτουν από το εξώδερμα σηματοδοτεί την έναρξη του σχηματισμού του μαστικού αδένου κατά την πρώιμη εμβρυϊκή περίοδο (Inman et al, 2015). Οι μαστικές καταβολές εμφανίζονται στην πρόσθια επιφάνεια του εμβρύου κατά την 4^η εβδομάδα της κύησης ως μαστικές ή μαζικές ακρολοφίες. Η ανάπτυξή τους ξεκινάει την 6^η εβδομάδα και παρουσιάζονται ως συμπαγείς προσεκβολές του έξω βλαστικού δέρματος που εκτείνεται από τη βουβωνική χώρα έως την περιοχή της μασχάλης (Moore et al, 2009). Οι μαστικές ακρολοφίες στη συνέχεια υποστρέφουν με εξαίρεση τη περιοχή του θώρακα, όπου παρατηρείται μία κατάδυση της επιδερμίδας στο μεσέγχυμα και αργότερα θα αναπτυχθεί στο σημείο αυτό ο φυσιολογικός μαστός (Seldin et al, 2017).

Κατά την 16^η εβδομάδα, δημιουργούνται οι δευτερογενείς μαστικές καταβολές προερχόμενες από κάθε μία αρχική καταβολή, οι οποίες αναπλάθονται σταδιακά και εξελίσσονται μέσω του πολλαπλασιασμού των επιθηλιακών κυττάρων στους πρώιμους γαλακτοφόρους πόρους και τις διακλαδώσεις με συμπαγή μορφή. Παράλληλα, η δομή αυτή διεισδύει μέσα στο μαστικό λιπώδη ιστό που αποτελεί προϊόν μεσεγχυματικής προέλευσης, σχηματίζοντας ένα πρώιμο πορώδες δέντρο. (Slepicka et al, 2020). Ο καθορισμός του φύλου θα ενεργοποιήσει την αδενική διαφοροποίηση, η οποία επάγεται από τις ορμονικές εκκρίσεις των θήλων εμβρύων. Μέχρι το τέλος της κύησης με ιδιαίτερη έμφαση στις 8 τελευταίες εβδομάδες, πραγματοποιείται η τελική αύξηση του μεγέθους και μετατροπή των εκφορητικών πόρων (Κελλαρτζής και συν., 2007).

Στην διάρκεια της όψιμης εμβρυϊκής περιόδου και συγκεκριμένα περί την 12^η εβδομάδα, στο σημείο εμφάνισης της μαστικής ακρολοφίας η επιδερμίδα παρουσιάζει μια κατάδυση στο υποκείμενο μεσέγχυμα σχηματίζοντας το λεγόμενο μαστικό βοθρίο, από το οποίο δημιουργείται το σύμπλεγμα θηλής – θηλαίας άλω μέσω του πολλαπλασιασμού των επιδερμικών κυττάρων (Macías & Hinck, 2012). Η θηλαία άλω είναι διακριτή μεταξύ 20^{ης} και 24^{ης} εβδομάδας, ενώ η θηλή αναπτύσσεται αργότερα λόγω της ανύψωσης που υφίσταται το μαστικό βοθρίο από τον πολλαπλασιασμό του συνδετικού ιστού στην περιοχή της θηλαίας άλω και της διαφοροποίησης των μεσεγχυματικών κυττάρων των λείων μυϊκών ινών που απαρτίζουν τη θηλή (Moore et al, 2009).

1.2.2 Στάδια γαλακτογένεσης

Η διαδικασία της γαλακτογένεσης αποτελεί έναν εξαιρετικά σύνθετο μηχανισμό, ο οποίος έχει μελετηθεί αρκετά και φαίνεται πως επηρεάζεται σημαντικά από ένα συνδυασμό εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Βασική προϋπόθεση για την έναρξη της διαδικασίας αυτής είναι η σταδιακή μεταβολή στη σύσταση, το σχήμα και το μέγεθος του μαστού σε κάθε ξεχωριστό αναπτυξιακό στάδιο στη ζωή της γυναίκας από την εμβρυϊκή περίοδο μέχρι και την ενηλικίωση. Για την επίτευξη της γαλουχίας παρατηρείται μια παράλληλη διεργασία τόσο στην ανατομία όσο και στη φυσιολογία του μαστικού αδένου (Wagner et al, 2018). Μια συγκεκριμένη μαστική αναπτυξιακή αλληλουχία και διαφοροποίηση που πραγματοποιείται στη περίοδο της εφηβείας, στην εγκυμοσύνη και κατά τη διάρκεια της γαλουχίας, συμβάλλει με ταυτόχρονη επίδραση ειδικών ορμονικών μεταβολών στη συνολική διαμόρφωση του αδένου σε τέτοιο βαθμό ώστε να είναι εφικτή η παραγωγή και έκκριση μητρικού γάλακτος (Pillay & Davis, 2022).

Η διαμόρφωση του μαστικού αδένου που πραγματοποιείται ειδικότερα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει αρκετές δομικές μεταβολές, γεγονός το οποίο σηματοδοτεί την έναρξη της γαλουχίας και το διαχωρισμό τριών σταδίων γαλακτογένεσης. Πιο συγκεκριμένα, οι αλλαγές για τις οποίες γίνεται λόγος αφορούν την ανάπτυξη των λοβών και των λοβίων με αποτέλεσμα την αύξηση του συνολικού μεγέθους των μαστών, τον πολλαπλασιασμό των μαστικών επιθηλιακών κυττάρων, την αύξηση του αριθμού των γαλακτοφόρων πόρων και τη διαφοροποίηση των αδενοκυψέλων. Ταυτόχρονα παρατηρείται αύξηση στη διάμετρο και τη ροή των αιμοφόρων αγγείων όπως και στο λεμφικό δίκτυο καθώς και μία ανάπτυξη των τριχοειδών αγγείων γύρω από τα λοβία (Εκίζόγλου και Βιβιλάκη, 2016).

Το ενδοκρινικό σύστημα κατέχει έναν εξαιρετικά καίριο ρόλο σε όλες τις φάσεις της γαλουχίας όπως τη μαστογένεση, τη γαλακτογένεση (έναρξη της γαλουχίας) και τη γαλακτοποίηση (διατήρηση της έκκρισης γάλακτος). Όλες οι μεταβολές που επιφέρουν σταδιακά την προετοιμασία των μαστών για την επικείμενη γαλουχία οφείλονται στην ενεργοποίηση του μαστικού αδένου από τη συνδυαστική δράση των ορμονών στους ειδικούς κυτταρικούς υποδοχείς (Vandenberg, 2021). Πολλές ορμόνες όπως η ωκυτοκίνη, η προλακτίνη, η αυξητική ορμόνη, το ανθρώπινο πλακουντιακό γαλακτογόνο, τα γλυκοκορτικοστεροειδή, τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη, η έκκριση των οποίων ρυθμίζεται μέσω του συστήματος υποθαλάμου- υπόφυσης αποτελούν τους ενδογενείς παράγοντες που επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό

τη γαλουχία (Ni et al, 2021), καθώς συντονίζουν την εκκριτική λειτουργία των επιθηλιακών κυττάρων του μαστικού αδένου ως προς την ποιότητα, τη σύσταση και την ποσότητα γάλακτος που απαιτείται για κάθε νεογνό.

Οι διαδικασίες αυτές συντελούν στην έναρξη της παραγωγής του μητρικού γάλακτος σε τρεις διαφορετικές φάσεις. Οι δύο πρώτες αφορούν στην εκκριτική διαφοροποίηση (Γαλακτογένεση I) και την εκκριτική ενεργοποίηση (Γαλακτογένεση II), οι οποίες χαρακτηρίζονται ως ορμονοεξαρτώμενες. Η γαλακτοποίηση (Γαλακτογένεση III) συνιστά το τρίτο στάδιο όπου πραγματοποιείται η εδραίωση της γαλουχίας, ενώ κατά την περίοδο του αποθηλασμού παρατηρείται η λεγόμενη υποστροφή του μαστού (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015).

Γαλακτογένεση I

Το στάδιο της εκκριτικής διαφοροποίησης στο οποίο οι μαστοί προετοιμάζονται σταδιακά για την παραγωγή γάλακτος και τη σύνθεση των μοναδικών συστατικών του ξεκινάει κατά την 16^η – 18^η εβδομάδα της κύησης. Παρατηρείται μία σημαντική δομική μεταβολή, καθώς τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένου υφίστανται μια διαφοροποίηση και μετατρέπονται σε γαλακτοκύτταρα με τη δράση της προλακτίνης (Al-Chalabi et al, 2021). Έτσι, λαμβάνει χώρα πλέον λειτουργικά η εκκριτική διαφοροποίηση και παράγεται αρχικά το πρωτόγαλα ή πύαρ, ένα διαυγές, υποκίτρινο, παχύρευστο υγρό πλούσιο σε “πολύτιμα” θρεπτικά συστατικά, το οποίο είναι σχεδιασμένο ειδικά για τις ανάγκες κάθε νεογνού, αλλά η ποσότητα που ανευρίσκεται στις αδενοκυστέλες και τους γαλακτοφόρους πόρους είναι πολύ μικρή (Wagner et al, 2018).

Παράλληλα, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως τα αυξημένα επίπεδα προγεστερόνης ειδικότερα στα αρχικά στάδια τα οποία είναι υπεύθυνα για την υποστήριξη της κύησης και την παράλληλη προετοιμασία των μαστών, δρουν ανασταλτικά ως προς την έκκριση του πύατος (Hannan et al, 2022) μέχρι τον τοκετό και για αυτό το λόγο αναφέρεται πως ένας μικρός αριθμός γυναικών προς το τέλος της εγκυμοσύνης θα καταφέρει να εκθλίψει λίγες σταγόνες πρωτογάλακτος (Pillay & Davis, 2022). Πιο συγκεκριμένα, αυτό φαίνεται πως οφείλεται στη συσσώρευση του στους πόρους λόγω της αύξησης της διάτασής τους και της αιματικής ροής των περιφερικών αγγείων, καθώς επιταχύνεται η εκκριτική διαδικασία. Στο τελικό στάδιο διαφοροποίησης στη διάρκεια του τελευταίου τριμήνου της κύησης αυξάνεται

σημαντικά η μεταβολική δραστηριότητα των μαστικών επιθηλιακών κυττάρων, στην οποία συμπεριλαμβάνεται η δράση της προγεστερόνης, της προλακτίνης και του ανθρώπινου πλακουντιακού γαλακτογόνου (Truchet & Honvo-Houeto, 2017).

Γαλακτογένεση II

Το στάδιο αυτό αποτελεί τη δεύτερη φάση της γαλακτογένεσης, η οποία χαρακτηρίζεται και ως εκκριτική ενεργοποίηση. Ορίζεται ως η έναρξη μεγάλης παραγωγής γάλακτος που πραγματοποιείται αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα και διαρκεί τις πρώτες τέσσερις μέρες από τον τοκετό (Wagner et al, 2018). Οι παράγοντες που ρυθμίζουν την παραγωγή και τη μεταβολή στη σύσταση είναι καθαρά ορμονικοί και ο ενδοκρινής ρόλος της υπόφυσης είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη φάση αυτή. Κυρίαρχη ορμόνη είναι η προλακτίνη, η οποία απελευθερώνεται σε μεγάλες ποσότητες στον οργανισμό αμέσως μετά την γέννηση του πλακούντα λόγω της μείωσης των επιπέδων της προγεστερόνης, ορμόνης που μέχρι το στάδιο αυτό δρούσε ανασταλτικά στους υποδοχείς της προλακτίνης (Corona et al, 2022). Μέσα στις επόμενες 30-40 ώρες η ποσότητα του μητρικού γάλακτος αυξάνεται, όμως η χαρακτηριστική κατακόρυφη αύξηση στη γαλακτοπαραγωγή συμβαίνει 36-96 ώρες μετά το τοκετό (δηλαδή προς το τέλος της γαλακτογένεσης II), όπου η μητέρα παρουσιάζει μία δυσφορία και νιώθει τους μαστούς «γεμάτους» (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως αρκετές μελέτες παρουσιάζουν μία διακύμανση στον χρόνο έναρξης του σταδίου της γαλακτογένεσης II. Φαίνεται πως είναι ιδιαίτερα συχνή η καθυστέρηση στην ενεργοποιητική διαδικασία της γαλακτοπαραγωγής σε μητέρες οι οποίες εμφανίζουν ένα συγκεκριμένο προφίλ όσον αφορά στους βιοδείκτες που καθορίζουν τη μεταβολική υγεία (Nommsen-Rivers et al, 2012). Γίνεται λόγος για σημαντικές παραμέτρους που συμβάλουν στην καθυστερημένη αύξηση της παραγωγής σε ένα χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 72 ωρών από τον τοκετό (Mullen et al, 2022). Ειδικότερα, οι αναγνωρισμένοι πλέον κίνδυνοι που οδηγούν σε αυτή την κατάσταση διαταράσσοντας το ενδοκρινικό σύστημα (Hannan et al, 2022), περιλαμβάνουν τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος σε παχύσαρκες και υπέρβαρες γυναίκες, την ηλικία της μητέρας (άνω των 30 ετών) και τον σακχαρώδη διαβήτη (Wu et al, 2021). Σε μητέρες που ήταν παχύσαρκες ή υπέρβαρες προ κύηση αποδείχτηκε πως υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα για εμφάνιση της απότομης αύξησης της παραγωγής αργότερα από το αναμενόμενο λόγω

του μειωμένου ρυθμού πτώσης των οιστρογόνων μετά το τοκετό (Ren et al, 2022). Επιπλέον, η μελέτη του Lian W. και των συν. (2022) έδειξε πως η γέννηση του νεογνού με καισαρική τομή επηρεάζει αρνητικά την έναρξη της γαλακτογένεσης II, καθώς παρατήρησε μειωμένα επίπεδα προλακτίνης. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η αιτιολόγηση που δίνει μέσω της έρευνάς της η Fu και οι συνεργάτες (2015), καθώς αναφέρει πως η διαταραχή που πιθανόν βιώνει μία μητέρα στον κερκάδιο ρυθμό λόγω νυχτερινής εργασίας, διαταραχής ύπνου ή άλλων επιλογών στο τρόπο ζωής που διαταράσσουν τη συνολική λειτουργία του μεταβολικού συστήματος φάνηκε ότι αποτελεί έναν ακόμα παράγοντα κινδύνου για καθυστερημένη γαλακτογένεση II. Συνεπώς, είναι απόλυτα κατανοητό πως οι παράμετροι που επηρεάζουν τη φυσιολογική δραστηριότητα των μεταβολικών-ορμονικών συστημάτων στο σώμα της θηλάζουσας μητέρας επιδρούν καθοριστικά στη λειτουργικότητα του σταδίου της εκκριτικής ενεργοποίησης της γαλουχίας.

Γαλακτογένεση III

Η γαλακτογένεση III ή γαλακτοποίηση είναι το στάδιο κατά το οποίο πραγματοποιείται η διατήρηση της γαλουχίας μέσω της εδραίωσης του μητρικού θηλασμού. Ο μηχανισμός παραγωγής γάλακτος καθορίζεται από την αυτοκρινή λειτουργία του μαστικού αδένου, καθώς παύει ο ενδοκρινής έλεγχος που υπήρχε στα προηγούμενα στάδια (Truchet & Honvo-Houeto, 2017). Αρχίζει κατά την 3^η ημέρα μετά το τοκετό και ρυθμίζεται από ποικίλες ορμόνες οι οποίες παράγονται λόγω του ερεθισμού που υφίσταται η θηλή στο κάθε μαστό (Pillay & Davis, 2022).

Ειδικότερα, η έκκριση της προλακτίνης δε πραγματοποιείται αυτόματα από την υπόφυση αλλά εξαρτάται από τη διέγερση της θηλής και η δράση της αφορά στην παραγωγή γάλακτος από τα εκκριτικά μαστικά κύτταρα. Παράλληλα, ο ερεθισμός που προκαλείται κατά το θηλασμό από το στόμα του νεογνού, ενεργοποιεί το κεντρικό νευρικό σύστημα μέσω νευρικών σημάτων με αποτέλεσμα την παραγωγή μίας άλλης σημαντικής για τη γαλουχία ορμόνης από την οπίσθια υπόφυση, την ωκυτοκίνη (Christ-Crain and Ball, 2022). Διεγείρει το λεγόμενο *αντανακλαστικό απέκκρισης του γάλακτος*, μέσω του οποίου προκαλείται σύσπαση των μυοεπιθηλιακών κυττάρων στις αδενοκυψέλες προκειμένου να προωθηθεί το γάλα διαμέσου των γαλακτοφόρων πόρων προς τη θηλή (Uvnäs-Moberg et al, 2020). Η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης έχει βρεθεί πως μπορεί να πυροδοτηθεί ως απόκριση της μητέρας σε ακουστικά και οπτικά ερεθίσματα όπως το κλάμα του νεογνού αλλά

και σκέψεις, εικόνες, οσμές ή ήχους που συσχετίζονται με το βρέφος. Επομένως, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η προλακτίνη και η ωκυτοκίνη αποκαλούνται και ως “ορμόνες της μητρότητας”, καθώς έχουν μεγάλη επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση της μητέρας επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό την αναπτυσσόμενη σχέση μεταξύ της ίδιας και του βρέφους (Lowdermilk et al, 2010).

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως στο στάδιο αυτό της γαλουχίας η γαλακτοπαραγωγή ακολουθεί το νόμο “Προσφοράς και Ζήτησης”, που σημαίνει ότι η ποσότητα αυξάνεται όσο περισσότερο αδειάζει ο εκάστοτε μαστός ανά τακτά χρονικά διαστήματα (Εκιζόγλου και Βιβιλάκη, 2016). Αυτό οφείλεται στον ερεθισμό της θηλής που έχει ως αποτέλεσμα την έκκριση της ωκυτοκίνης και της προλακτίνης όπως προαναφέρθηκε. Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στη διαδικασία που περιγράφεται, είναι η μείωση του *Ανασταλτικού Παράγοντα της Γαλουχίας (Feedback Inhibitor of Lactation-FIL)*. Πρόκειται για μία πρωτεΐνη που εκκρίνεται από τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστικού αδένου και η λειτουργικότητά της αφορά στη ρύθμιση της αναστολής έκκρισης του μητρικού γάλακτος, όταν αυτή είναι αναστρέψιμη, προστατεύοντας το μαστό από τις δυσμενείς επιπτώσεις που πιθανόν να έχει μία σοβαρής μορφής υπερφόρτωση. Αυτό σημαίνει πως όταν δεν αδειάζει ικανοποιητικά ο μαστός κατά το θηλασμό, παρατηρείται μία αύξηση στη συγκέντρωση του FIL αναστέλλοντας παροδικά τη παραγωγή. Αντίθετα, στη περίπτωση που το νεογνό καταναλώσει μεγαλύτερη ποσότητα και ο μαστός αδειάζει πλήρως πιο συχνά, τα επίπεδα του FIL μειώνονται και δεν επηρεάζεται η γαλουχία (Coban et al, 2020).

Υποστροφή

Πραγματοποιείται σταδιακά κατά τη περίοδο του αποθηλασμού 40 ημέρες μετά τον τελευταίο θηλασμό και χαρακτηρίζεται ως μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την απόπτωση των επιθηλιακών μαστικών κυττάρων, διαφοροποίηση του αδενικού ιστού και του μαστικού λίπους μέχρι να επιστρέψει στην προ κύησης κατάσταση (Jena et al, 2018). Ο μαστός υφίσταται την υποστροφή λόγω της διακοπής της διέγερσης του μαστού που συμβάλλει στη μείωση όλων εκείνων των απαραίτητων ορμονών για τη διατήρηση της γαλουχίας και της συσσώρευσης των ανασταλτικών πεπτιδίων (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν., 2015).

1.2.3 Σύσταση μητρικού γάλακτος

Το ανθρώπινο μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανικότερη φυσική διατροφική πηγή για το νεογνό και το βρέφος. Χαρακτηρίζεται ως ένα πολυδύναμο “ζωντανό” προϊόν που συνθέτει με έναν μοναδικό τρόπο ο οργανισμός της θηλάζουσας μητέρας (Nuzzi et al, 2021). Η σύστασή του είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς συμβάλλει στο μέγιστο βαθμό όχι μόνο στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών του νεογνού, αλλά και στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος προστατεύοντάς το από λοιμώδη και χρόνια νοσήματα σε όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης (Thai & Gregory, 2020).

Έχει παρατηρηθεί πως η σύνθεση του μητρικού γάλακτος μπορεί να μεταβληθεί προκειμένου να καλύψει τις εκάστοτε ανάγκες του κάθε νεογνού (Martin-Carrasco et al, 2023). Αυτό καθορίζεται από την ώρα της ημέρας όπου πραγματοποιείται το γεύμα (Hahn-Holbrook et al, 2019), τις διατροφικές συνήθειες της μητέρας και την ηλικία του νεογνού, καθώς μελέτες δείχνουν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στο γάλα που παράγουν οι μητέρες πρόωρων νεογνών από αυτό που προορίζεται για τα τελειόμηνα (Cui et al, 2016). Παράλληλα, τα διαφορετικά στάδια της γαλουχίας έχουν σημαντική επίδραση στην ποικιλομορφία όσον αφορά στον παραγόμενο όγκο του μητρικού γάλακτος και τη μεταβαλλόμενη σύστασή του, με αποτέλεσμα να γίνεται λόγος για διαχωρισμό σε τρία διαφορετικά είδη: το πύαρ, το μεταβατικό γάλα και το ώριμο γάλα (Klaey-Tassone et al, 2020).

Το *πύαρ* ή *πρωτόγαλα* είναι το παχύρρευστο υγρό που παράγεται κατά τη διάρκεια της γαλακτογένεσης II μεταξύ της 1^{ης} και 4^{ης} ημέρας μετά τον τοκετό και παρουσιάζει μία χαρακτηριστική κίτρινη απόχρωση η οποία οφείλεται στην αυξημένη συγκέντρωση της β-καροτίνης, μία πρόδρομη ουσία της βιταμίνης A (Prom et al, 2022). Η σύστασή του είναι πλούσια σε νάτριο, χλώριο, λευκοκύτταρα, ένζυμα, επιδερμικό αυξητικό παράγοντα, αντιοξειδωτικά και περιέχει υψηλότερα επίπεδα πρωτεϊνών και μετάλλων με κυριότερες διαθέσιμες μορφές την εκκριτική ανοσοσφαιρίνη A και λακτοφερρίνη (Ceriani-Cernadas, 2018), ενώ παρατηρείται μικρότερη συγκέντρωση λίπους, καζεΐνης και λακτόζης συγκριτικά με το ώριμο γάλα (Grapon et al, 2015). Η αυξημένη περιεκτικότητα σε ανοσοσφαιρίνες συμβάλλει σημαντικά στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος του νεογνού, προσφέροντας αντισώματα που θα βοηθήσουν στη θωράκιση της άμυνας του οργανισμού στο εξωμήτριο περιβάλλον (Bardanzellu et al, 2017). Ταυτόχρονα οι πρωτεΐνες παρέχουν υπακτική δράση, ώστε να επιτευχθεί σταδιακά η αποβολή του

μηκωνίου και να αποκατασταθεί η φυσιολογική εντερική λειτουργία (Lowdermilk et al, 2010).

Το μεταβατικό γάλα παράγεται από την 4^η έως τη 14^η μέρα και ο όρος αυτός χρησιμοποιείται λόγω της τροποποίησης που πραγματοποιείται στα συστατικά του στο ενδιάμεσο στάδιο παραγωγής του ώριμου γάλακτος (Soyyilmaz et al, 2021). Τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, η συγκέντρωση του νατρίου μειώνεται και παρατηρείται χαμηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες, η οποία αντισταθμίζεται με τη παράλληλη αύξηση του λίπους καλύπτοντας τις ολοένα και αυξανόμενες αναπτυξιακές ανάγκες του νεογνού (Andreas et al, 2015).

Ωριμο χαρακτηρίζεται το μητρικό γάλα μετά τη διαδικασία μεταβολής των συστατικών του και παράγεται από την 14^η μέρα στη φάση της γαλακτοποίησης. Το χρώμα του έχει διαφοροποιηθεί από κίτρινο σε λευκό και διακρίνονται τρία μέρη στη διάρκεια κάθε θηλασμού. Το πρώτο μέρος αποτελεί το αποβουτυρωμένο γάλα (60%) και εκκρίνεται στα πρώτα λεπτά του θηλασμού, το δεύτερο μέρος είναι πλήρες σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και βιταμίνες (35%), ενώ το μικρότερο ποσοστό (5%) αντιστοιχεί στο πιο πυκνό γάλα το οποίο είναι πλούσιο σε λίπος, προσφέρει περισσότερες θερμίδες και εμφανίζεται προς το τέλος του θηλασμού, περίπου 15-20 λεπτά από την έναρξη (Lowdermilk et al, 2010)

Συγκεντρωτικά παρουσιάζονται τα θρεπτικά συστατικά:

- **Νερό:** Αποτελεί το 87% της συνολικής σύστασης, για αυτό και είναι επαρκές για την ενυδάτωση των νεογνών χωρίς να απαιτείται επιπλέον χορήγηση υγρών (Kim & Yi, 2020).
- **Λίπος:** Είναι η κύρια πηγή ενέργειας για το νεογνό, καθώς συμβάλλει στην ολική ενεργειακή πρόσληψη τους πρώτους 6 μήνες ζωής. Συνεισφέρει σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% στη παροχή θερμίδων και ο ρόλος του είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την ανάπτυξη του νευρικού συστήματος και του εγκεφάλου, την ομαλή λειτουργία του θερμορρυθμιστικού συστήματος και την ενίσχυση της όρασης (Brown, 2016). Τα τριγλυκερίδια αντιπροσωπεύουν το 98% της συνολικής περιεκτικότητας σε λίπος το οποίο φαίνεται πως είναι υπεύθυνο για την απορρόφηση των λιποδιαλυτών βιταμινών (Martin et al, 2016). Το υπόλοιπο μέρος αποτελείται κυρίως από μικρότερες ποσότητες ελεύθερων λιπαρών οξέων, χοληστερόλης, φωσφολιπιδίων, μονοακόρεστων λιπαρών οξέων.

- **Πρωτεΐνες:** Το πρωτεϊνικό περιεχόμενο στο ώριμο γάλα καταλαμβάνει χαμηλό ποσοστό (0,8-1,0%). Τα κυρίαρχα μόρια που συναντώνται είναι η καζεΐνη, η ορολευκοματίνη, η λακτοφερρίνη, η α-λακταλβουμίνη, η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη IgA, οι ανοσοσφαιρίνες IgG-IgD-IgE και η λυσοζύμη (Ballard & Morrow, 2013). Ειδικότερα, η σημαντικότερη μορφή πρωτεΐνης έχει αποδειχθεί πως είναι η καζεΐνη, καθώς συμβάλλει με άλλους παράγοντες στην απόδοση της λευκής χροιάς του ώριμου γάλακτος και ταυτόχρονα διευκολύνει την απορρόφηση του ασβεστίου (Mosca et al, 2017).
- **Υδατάνθρακες:** Η λακτόζη αποτελεί το βασικότερο είδος υδατάνθρακα και η συγκέντρωσή της ανέρχεται στο 7% της συνολικής σύστασης. Η περιεκτικότητα σε λακτόζη εξαρτάται από τη παραγόμενη ποσότητα γάλακτος από τη μητέρα (Eriksen et al, 2018). Η δεύτερη πιο κοινή κατηγορία υδατανθράκων που εντοπίζεται στο ώριμο γάλα είναι οι ολιγοσακχαρίτες, οι οποίοι μέσω της σύνδεσης που πραγματοποιούν με γλυκοπρωτεΐνες συμβάλλουν στη προστασία του εντέρου από παθογόνους μικροοργανισμούς (Plaza-Díaz et al, 2018). Η λειτουργία αυτή οφείλεται στην προαγωγή της ανάπτυξης του βακτηρίου *Bifidus* ενισχύοντας την εντερική χλωρίδα, γεγονός το οποίο προσδίδει μία πρεβιοτική δράση στα μόρια αυτά. Συνεπώς, οι πολλαπλές βιολειτουργικές ιδιότητες καθίστανται χρήσιμες για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και τις αντιφλεγμονώδεις δράσεις (Moukarzel & Bode, 2017).
- **Βιταμίνες:** Συνιστούν ένα μέρος των μικροθρεπτικών συστατικών του μητρικού γάλακτος. Η περιεκτικότητα στα συμπλέγματα των βιταμινών B, A, E, K και D καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τη διατροφική πρόσληψη των αντίστοιχων βιταμινών από τη μητέρα (da Silva et al, 2017). Όσον αφορά στη Βιταμίνη D, φαίνεται πως η συγκέντρωσή της είναι χαμηλή (Tsugawa et al, 2021) και για αυτό το λόγο στα θηλάζοντα βρέφη απαιτείται καθημερινή συμπληρωματική χορήγηση 400 IU Βιταμίνης D στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών λόγω της μειωμένης έκθεσής τους στην ηλιακή ακτινοβολία (Dura-Trave & Gallinas-Victoriano, 2023). Επιπλέον, σε χαμηλά επίπεδα βρίσκεται και η βιταμίνη K, η απαραίτητη ποσότητα της οποίας εξασφαλίζεται αμέσως μετά τον τοκετό μέσω της χορήγησης ενδομυϊκά δόσης εφάπαξ 0,5 mg, με στόχο την πρόληψη για την εμφάνιση της αιμορραγικής νόσου των νεογνών

που προκαλείται από την ανεπάρκεια της βιταμίνης K (Araki & Shirahata, 2020).

- **Μέταλλα και ιχνοστοιχεία:** Στη κατηγορία των μικροθρεπτικών συστατικών ανήκουν το ασβέστιο, ο χαλκός, ο ψευδάργυρος και ο σίδηρος. Τα στοιχεία αυτά αν και εντοπίζονται σε μικρές ποσότητες είναι εξίσου σημαντικές για την ομαλή ανάπτυξη των βρεφών (Costa-Pozzi et al, 2015). Ο σίδηρος δεσμεύεται με την λακτοφερρίνη δημιουργώντας ένα σύμπλεγμα, το οποίο ενισχύει την καλύτερη απορρόφησή του από το έντερο. Ο δεσμός αυτός έχει διπλή δράση, καθώς καθιστά τον σίδηρο απρόσιτο στους παθογόνους μικροοργανισμούς οι οποίοι βασίζονται στον πολλαπλασιασμό τους σε αυτόν (Thai & Gregory, 2020). Βρέθηκε σημαντική διαφορά στο ποσοστό απορρόφησης, καθώς ο σίδηρος από το μητρικό γάλα απορροφάται σε ποσοστό 49% της συνολικής σύστασής του, σε αντίθεση με το μόλις 4% που απορροφάται από το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος σε σκόνη (Αντωνιάδου-Κουμάτου και συν, 2015). Παράλληλα, η αναλογία του ασβεστίου και του φωσφόρου είναι η ιδανική για την κατάλληλη ανάπτυξη των οστών και αποτελούν τα βασικότερα συστατικά του ανθρώπινου σκελετού (Lotfi et al, 2016).
- **Αυξητικοί παράγοντες:** Ένας σημαντικός αριθμός παραγόντων ανευρίσκεται στο μητρικό γάλα και επιδρούν στην ωρίμανση και την ανάπτυξη διαφόρων συστημάτων. Πιο συγκεκριμένα, ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας σε συνέργεια με τον παράγοντα νευρωνικής ανάπτυξης (Collado et al, 2015) συντελούν στην αποκατάσταση του εντερικού βλεννογόνου (Zhou et al, 2017). Ο αγγειακός ενδοθηλιακός αυξητικός παράγοντας διεγείρει την ανάπτυξη του αγγειακού συστήματος (Pichiri et al, 2016). Η διαθεσιμότητα σε ποικίλους παράγοντες επάγουν την ανάπτυξη των ιστών. Η ερυθροποιητίνη συμβάλει στην πρόληψη της αναιμίας καθώς αυξάνει τον αιματοκρίτη. Η σωματοστατίνη σε συνδυασμό με την καλσιτονίνη αποτελούν τις κυριότερες αυξητικές ορμόνες, ενώ η ρύθμιση του μεταβολισμού πραγματοποιείται από την αδιπονεκτίνη, τη λεπτίνη και τη γαστρίνη (Mohankumar et al, 2017). Επομένως, αναφέρεται ένα σύνολο ενζύμων και ορμονών που επηρεάζουν το ενδοκρινικό, το νευρικό, το αγγειακό και το γαστρεντερικό σύστημα (Ballard & Morrow, 2013).

- **Ανοσολογικοί παράγοντες:** Στα μη-θρεπτικά συστατικά του μητρικού γάλακτος περιλαμβάνονται οι βιοενεργές ουσίες και η λειτουργία τους αφορά κυρίως στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος διασφαλίζοντας την επιβίωση του νεογνού/βρέφους (Li et al, 2022). Οι ανοσολογικές ιδιότητες της α-λακταλβουμίνης, της λακτοφερρίνης, της εκκριντικής Α ανοσοσφαιρίνης (IgA) και της λυσοζύμης είναι πολύτιμες για τις αντιφλεγμονώδεις και τις αντιμολυσματικές δράσεις παρέχοντας έναν ενεργό ρόλο στην προστασία των βρεφών. Η λυσοζύμη είναι ένα ένζυμο με την ικανότητα αναστολής του πολλαπλασιασμού των αρνητικών Gram βακτηρίων μέσω της κοινής δράσης με την λακτοφερρίνη και έχει αποδειχθεί πως συμβάλλει στην προστασία από την εμφάνιση Νεκρωτικής Εντεροκολίτιδας (Nolan et al, 2019). Επιπροσθέτως, οι κυτοκίνες, οι ιντερλευκίνες IL-1b, IL-6, IL-8, IL-10 και η ιντερφερόνη-γ προστατεύουν από τον κίνδυνο μόλυνσης (Yi & Kim, 2021). Ένας ακόμα παράγοντας με ανοσολογική ιδιότητα είναι οι ολιγοσακχαρίτες, καθώς ο ρόλος τους επικεντρώνεται στην ανάπτυξη μιας εντερικής χλωρίδας πλούσια σε bifidus-bacteria, προστατεύοντας το εντερικό τοίχωμα από τη προσκόλληση παθογόνων όπως streptococcus pneumonia, E. Coli, streptococcus της ομάδας B. Η διαδικασία αυτή διασφαλίζει τη μακροπρόθεσμη προστασία και υγιή ανάπτυξη του εντέρου (Andreas et al, 2015). Τέλος στις αμυντικές ιδιότητες του μητρικού γάλακτος συμπεριλαμβάνονται τα ουδετερόφιλα, μακροφάγα και λεμφοκύτταρα, τα οποία αποτελούν τους ζωντανούς οργανισμούς και προσδίδουν ένα επιπλέον είδος ανοσίας.

1.2.4 Διαφορές μητρικού και υποκατάστατου γάλακτος

Το μητρικό γάλα αποτελεί την πλέον ιδανικότερη διατροφική πηγή για τα βρέφη, καθώς τα μακροθρεπτικά και μικροθρεπτικά συστατικά που αναλύθηκαν παραπάνω συμβάλλουν στη σωματική και γνωστική ανάπτυξη, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και στην ανάπτυξη της κατάλληλης εντερικής μικροχλωρίδας, παρέχοντας προστασία από λοιμώξεις. Παρά το γεγονός ότι η σίτιση με το μητρικό γάλα προσφέρει πολλά πλεονεκτήματα στο βρέφος, υπάρχουν εντούτοις ορισμένες περιπτώσεις όπου επιλέγονται υποκατάστατα μητρικού γάλακτος (Lönnerdal, 2013).

Το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος αποτελεί ένα εμπορικό προϊόν βρεφικής σίτισης, η σύσταση του οποίου θα πρέπει να είναι παρόμοια με αυτή του μητρικού προκειμένου να καλυφθούν στο μέγιστο βαθμό οι διατροφικές και αναπτυξιακές ανάγκες του βρέφους (Martin et al, 2016). Παρασκευάζεται βάση συγκεκριμένων προδιαγραφών και διαφοροποιείται σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την ηλικία του βρέφους (1^{ης} και 2^{ης} βρεφικής ηλικίας). Η παραγωγή τους βασίζεται στο αποβουτυρωμένο αγελαδινό γάλα ή μείγμα αποβουτυρωμένου αγελαδινού γάλακτος με προσθήκη πρωτεΐνης ορού και φυτικών ελαίων για την αντικατάσταση της ανθρώπινης πηγής λιπιδίων αλλά και λακτόζης, βιταμινών και ανόργανων στοιχείων (Su et al, 2017).

Με τη πάροδο του χρόνου και τις αυξανόμενες τάσεις στην μελέτη της σύστασης και της διατροφικής αξίας του μητρικού γάλακτος, η σύνθεση και η παρασκευή των βρεφικών υποκατάστατων έχει βελτιωθεί σε μεγάλο βαθμό ως προς τη μίμηση που απαιτείται προς το μητρικό γάλα, όσον αφορά στην προσαρμογή της αναλογίας ορού γάλακτος και πρωτεϊνών (Wallingford, 2023). Σύμφωνα με μελέτες, το αγελαδινό γάλα περιέχει περίπου 3.4% πρωτεΐνη, η οποία ανευρίσκεται σε σημαντικά υψηλότερη περιεκτικότητα από το μητρικό γάλα (0,8% - 1,0%) και παρατηρείται μία διαφορά στα επίπεδα της καζεΐνης, όπου η αναλογία ορού γάλακτος και καζεΐνης υπολογίζεται σε 20:80 σε αντίθεση με την διαθεσιμότητά της στο μητρικό η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη, ήλαδή 80 % πρωτεΐνη ορού και 20% καζεΐνη (Chong et al, 2022). Έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη συγκέντρωση των αμινοξέων φαινυλαλανίνης και τυροσίνης στο πλάσμα βρεφών που τρέφονται με υποκατάστατο εμπλουτισμένο με καζεΐνη (Su et al, 2017). Παράλληλα, ιδιαίτερα χαμηλότερα είναι τα επίπεδα λακτόζης και λακτοφερρίνης, ενώ έχει επιβεβαιωθεί η μισή συγκέντρωση α-λακταλβουμίνης και η αφθονία β-λακταλβουμίνης στο βρεφικό αγελαδινό γάλα συγκριτικά με το μητρικό (Park & Haenlein, 2013).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον δείχνουν και τα αποτελέσματα μελετών που αφορούν τον βαθμό επεξεργασίας που δέχεται το σύνολο των πρωτεϊνών που εμπεριέχονται στο παρασκευασμένο βρεφικό γάλα. Η θερμική επεξεργασία που δέχεται στη φάση της παραγωγής του οδηγεί σε μεταβολές στη σύνθεση του πεπτιδικού μοτίβου κατά τη διαδικασία της πέψης, μειώνοντας το ποσοστό απορροφητικότητας από τον οργανισμό. Πιο συγκεκριμένα, οι αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν σε δείγματα παρασκευασμένου γάλακτος έδειξαν πως οι θερμικές διαδικασίες επεξεργασίας μεταβάλουν τη συνολική δομή των πρωτεϊνών γάλακτος με αποτέλεσμα την

παραγωγή θερμικών συσσωμάτων, τα οποία επηρεάζουν τη διαλυτότητα του γάλακτος κατά την ανασύστασή του και αυξάνουν την αντοχή της καζεΐνης στη διαδικασία της πέψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη πρόσληψη της πρωτεΐνης ορού από τα επιθηλιακά κύτταρα του εντερικού βλεννογόνου (Dupont et al, 2010).

Όσον αφορά στις βιταμίνες και τα ανόργανα στοιχεία που περιέχονται στο μητρικό γάλα, η απορρόφησή τους είναι ορατή σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με το υποκατάστατο γάλα (Donovan, 2019). Για αυτό το λόγο υφίσταται εμπλουτισμός με μεγαλύτερες ποσότητες ανόργανων συστατικών όπως σίδηρος, ψευδάργυρος και βιταμίνης D προκειμένου να αντισταθμιστεί η χαμηλή βιοδιαθεσιμότητα στο γάλα εμπορίου (De Almargo Garcia, 2017).

Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως η συχνή εμφάνιση αλλεργικών επεισοδίων στον παιδικό πληθυσμό που οφείλεται στην κατανάλωση παρασκευασμάτων τα οποία περιέχουν πρωτεΐνη αγελαδινού γάλακτος, οδήγησε στην τροποποίηση της σύνθεσης των συστατικών του βρεφικού γάλακτος. Βάση των νεότερων οδηγιών που ανακοίνωσε η Ευρωπαϊκή Ακαδημία Αλλεργίας και Κλινικής Ανοσολογίας για την αποφυγή της έκθεσης στο τροφικό αλλεργιογόνο, δημιουργήθηκε η υδρολυμένη μορφή γάλακτος και μία βρεφική τροφή βασισμένη σε αμινοξέα στη περίπτωση όπου η σίτιση με την υδρολυμένη formula δεν είναι αποτελεσματική ως προς την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του βρέφους (Murano et al, 2014).

1.3 Οφέλη μητρικού θηλασμού

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη και ασφαλέστερη μέθοδο σίτισης για τα βρέφη στα πρώτα στάδια της ζωής τους με πολλαπλά βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη όχι μόνο για τα βρέφη και τις μητέρες, αλλά συνολικά για την οικονομία, το περιβάλλον και την προστασία της δημόσιας υγείας (Kro1 et al, 2018). Σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, συστήνεται ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτες 6 μήνες (WHO, 2022) με στόχο την ιδανική σωματική, διανοητική, νευρολογική και συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους με παράλληλη συμπληρωματική διατροφή τουλάχιστον για δύο (2) έτη επιτυγχάνοντας την κάλυψη των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών του (Kramer & Kakuma, 2012 – Gupta et al, 2019).

1.3.1 Οφέλη μητρικού θηλασμού για το βρέφος

1.3.1.1 Επίδραση στη σωματική ανάπτυξη

Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί την καλύτερη διατροφική πηγή για το βρέφος λόγω των υψηλών θρεπτικών απαιτήσεων για την σωματική του ανάπτυξη (Perez-Escamilla et al, 2023). Η σίτιση μέσω του θηλασμού και η σωματική ανάπτυξη αποτελούν δύο δυναμικές διαδικασίες, οι οποίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Ωστόσο, έχει παρατηρηθεί ότι ο μητρικός θηλασμός έχει μία αξιοσημείωτη επίδραση στα στάδια της πρώιμης ανάπτυξης, διαμορφώνοντας ειδικά πρότυπα ανάπτυξης για τα θηλάζοντα βρέφη. Μελέτες αποδεικνύουν, ότι υπάρχει ένα ειδικό μοτίβο αναπτυξιακής αλληλουχίας, το οποίο επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα θρεπτικά και βιοενεργά συστατικά του μητρικού γάλακτος σε συνδυασμό με την δράση των ειδικών ορμονών που σχετίζονται με την ανάπτυξη (Lind et al, 2018).

Στη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας παρατηρείται μία ραγδαία αύξηση όσον αφορά την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών κάθε βρέφους, η οποία οφείλεται στον μεγάλο ρυθμό σωματικής διάπλασης. Πιο συγκεκριμένα, στην ηλικία των 4 μηνών, ένα ποσοστό της τάξης του 30% της συνολικής ενεργειακής πρόσληψης χρησιμοποιείται για την ικανοποίηση των σωματικής αύξησης, συγκριτικά με το μόλις 5% τη ενέργειας που απαιτείται για την διαδικασία αυτή στο πρώτο έτος ζωής (Lissauer et al, 2016). Παρατηρείται μια επιτάχυνση στο ρυθμό ανάπτυξης στους πρώτους μήνες όχι μόνο στα σωματικά χαρακτηριστικά τα οποία μελετώνται με τις μετρήσεις του βάρους και του μήκους σώματος αλλά και στη συνολική σύσταση του οργανισμού. Μάλιστα ιδιαίτερη είναι η συμβολή του θηλασμού στην ανάπτυξη και το μεταβολισμό των οστών μέσω της δράσης μίας ορμόνης, της οστεοποντίνης (Si et al, 2020), καθώς και στην ενδυνάμωση των μυϊκών ομάδων στο άνω και κάτω μέρος του σώματος τόσο στα θήλαα όσο και στα άρρενα νεογνά, αφού βρέθηκε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της ανάπτυξης των μυϊκών στιβάδων (Béghin et al, 2021).

Πλήθος ερευνών έχει πραγματοποιηθεί με στόχο την μελέτη των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των νεογνών-βρεφών που σιτίζονται με μητρικό θηλασμό και του τρόπου με τον οποίο επιδρά στη σωματική ανάπτυξη. Στις 4 πρώτες εβδομάδες από τη γέννηση, η περίμετρος κεφαλής αυξάνεται σταδιακά περισσότερο, όπως έδειξε η μελέτη των Jang και Ko σε ομάδα βρεφών που θήλασαν (Jang & Ko, 2021). Ο Prentice και οι συνεργάτες (2026), παρατήρησαν μία αύξηση στο σωματικό βάρος και το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) στο χρονικό διάστημα μεταξύ 3 και 12

μητών. Παράλληλα, η μελέτη των Kramel et al (2018) έδειξε ότι τα βρέφη που θηλάζουν για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 12 μηνών παρουσιάζουν αύξηση στο βάρος και το μήκος σώματος κατά τους πρώτους 3 μήνες, σε αντίθεση με τα βρέφη που θήλασαν λιγότερο από 12 μήνες τα οποία εμφάνισαν την αντίστοιχη αύξηση μετά τους 6 μήνες από τη γέννηση. Επιπλέον, τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα μάζας σωματικού λίπους στους 3 πρώτους μήνες από εκείνα που τρέφονται με μικτό θηλασμό (Jayasinghe et al, 2021). Η συσχέτιση μεταξύ δύο διαφορετικών μεθόδων σίτισης δηλαδή το θηλασμό και το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος δείχνει πως όσα θηλάζουν εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό μάζας σωματικού λίπους στους 12 μήνες και η επίδραση του θηλασμού μειώνεται με τη σταδιακή προσθήκη των συμπληρωματικών τροφών (Jin et al, 2022).

Βέβαια, η πρόσληψη βάρους φαίνεται πως εξαρτάται και από τη συχνότητα και των αριθμό των γευμάτων, αφού ο θηλασμός περισσότερες από 10 φορές ημερησίως συμβάλει στην αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται ο ρυθμός παραγωγής του μητρικού γάλακτος και ως συνέπεια αυτού είναι η αύξηση του σωματικού βάρους (Huang & Chih, 2020). Μάλιστα, ιδιαίτερο ενδιαφέρον φαίνεται πως έχει η αλληλεπίδραση μεταξύ θηλασμού και σωματικής αύξησης, καθώς ο αυξανόμενος ρυθμός στη πρόσληψη βάρους σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (Eriksen et al, 2017).

Είναι ευρέως γνωστό πως η περιεκτικότητα σε πρωτεΐνες όπως η καζεΐνη, η ορολευκοματίνη, η λακτοφερρίνη και η α-λακταλβουμίνη, εκτός από τη προστατευτική τους δράση, έχουν έναν εξίσου σημαντικό ρόλο ενισχύοντας τη φυσιολογική διαδικασία της σωματικής ανάπτυξης. Ο συνδυασμός αυτών με τη δράση ορισμένων ορμονών όπως η λεπτίνη, η ινσουλίνη, η αυξητική ορμόνη συμβάλλουν στην καλύτερη λειτουργία του μοτίβου αναπτυξιακής αλληλουχίας των θηλαζόντων βρεφών (Lind et al, 2018).

Ενεργό ρόλο στην διαδικασία της σωματικής ανάπτυξης στη βρεφική ηλικία κατέχουν οι παράγοντες ελέγχου της όρεξης, γνωστές ως αδιποκίνες, τα προϊόντα δηλαδή που εκκρίνονται από τα λιποκύτταρα του λευκού λιπώδους ιστού και περιλαμβάνουν εκτός των άλλων, τη λεπτίνη και την αδιπονεκτίνη (Hennet et al, 2016). Οι υψηλές συγκεντρώσεις τους στο μητρικό γάλα σχετίζονται με το βάρος του βρέφους και ρυθμίζουν την ενεργειακή ομοιόσταση. Οι μετρήσεις δείχνουν ότι τα επίπεδα της αδιπονεκτίνης είναι 40 φορές μεγαλύτερα από αυτά της λεπτίνης και οι δράσεις της περιλαμβάνουν το μεταβολισμό των λιπιδίων και της γλυκόζης, τη

διέγερση για την πρόσληψη τροφής και την αντιφλεγμονώδη προστασία (Catli et al, 2014). Η αυξημένη συγκέντρωση της αδιπονεκτίνης συμβάλει στη ταχύτερη ανάπτυξη κατά τους 3 μήνες και στη μείωση της άπαχης μάζας σώματος του βρέφους, ενώ η λεπτίνη καθορίζει την εναπόθεση του λιπώδους ιστού και στο διάστημα μεταξύ 2 έως 12 μήνες αυξάνει την λιπώδη μάζα του βρέφους (Gridneva et al, 2018).

Ευρήματα διαφόρων διαχρονικών μελετών αναφέρουν την επίδραση της αδιπονεκτίνης στην προσαρμογή της ανάπτυξης στα πρώιμα στάδια, προάγοντας ένα ειδικό μοτίβο το οποίο καθίσταται υπεύθυνο για τη διακύμανση της συχνότητας εμφάνισης της παχυσαρκίας μετά την ενηλικίωση (Brunner et al, 2014, Meyer et al, 2017). Επομένως, η σύσταση του μητρικού γάλακτος έχει σημαντική επίδραση στην ανάπτυξη όχι μόνο στη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας, αλλά και στην μετέπειτα εφηβική και ενήλικη ζωή.

1.3.1.2 Προστασία από χρόνιες παθήσεις

Παχυσαρκία: Αποτελεί μία από τις σοβαρότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία τα τελευταία χρόνια και ο επιπολασμός της παρουσιάζει μία κατακόρυφη αύξηση, όχι μόνο στις ανεπτυγμένες χώρες αλλά και στις αναπτυσσόμενες (Silveira et al, 2022). Πρόκειται για μια πολύ-παραγοντική διαταραχή που ορίζεται από κοινωνικές, οικονομικές, γενετικές και βιολογικές παραμέτρους καθορίζοντας την προδιάθεση εμφάνισης (Caballero, 2019). Ο μητρικός θηλασμός παρέχει έναν αξιοσημείωτο προστατευτικό μηχανισμό και μελέτες δείχνουν πως τα συστατικά του μητρικού γάλακτος αποτελούν έναν βασικό παράγοντα που προστατεύει σε μεγάλο βαθμό από την εμφάνιση παχυσαρκίας στα μετέπειτα στάδια της παιδικής, εφηβικής και ενήλικης ζωής (Pérez-Escamilla et al, 2023).

Έχει αποδειχθεί πως η μέθοδος του αποκλειστικού θηλασμού για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών μειώνει τον κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας στα παιδιά (Ardic et al, 2019). Ο Skrypnik και οι συν. (2019) αναφέρει πως ο μητρικός θηλασμός που διαρκεί λιγότερο από 6 μήνες σε συνδυασμό με την υπερβολική αύξηση του βάρους στην κύηση και τον συνυπάρχων σακχαρώδη διαβήτη κύησης, οδηγεί στην εκδήλωση παιδικής παχυσαρκίας με κίνδυνο μεγαλύτερο από 50%. Μία πολυεθνική συγχρονική μελέτη που περιελάμβανε ως πληθυσμό 4.740 παιδιά ηλικίας 9 έως 11 ετών από 12 διαφορετικές χώρες

λαμβάνοντας υπόψη όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της παχυσαρκίας, επιβεβαίωσε τη θετική συσχέτιση του χαμηλού ποσοστού εμφάνισης με το μητρικό θηλασμό ανεξάρτητα από το συνολική διάρκεια (Ma et al, 2020). Παράλληλα φαίνεται πως η πρόσληψη πρωτεϊνών στη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών είναι μεγαλύτερη από 66-70% στα βρέφη που λαμβάνουν υποκατάστατο μητρικού γάλακτος συγκριτικά με εκείνα που θηλάζουν, καθώς τα συστατικά του μητρικού γάλακτος περιέχουν χαμηλότερη συγκέντρωση από τα συμπλέγματα πρωτεϊνών η οποία μειώνεται σταδιακά στη γαλουχία. Για αυτό το λόγο, είναι σημαντική πλέον η παραγωγή υποκατάστατου γάλακτος χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες (Kouwenhoven et al, 2022), καθώς τα μόρια αυτά συντελούν στην σωματική ανάπτυξη ανάλογα με τα επίπεδα συγκέντρωσής τους στο γάλα και αποτελούν έναν προδιαθεσικό παράγοντα στην εμφάνιση παχυσαρκίας (Koletzko et al, 2016).

Το παθολογικά αυξημένο βάρος στην παιδική ηλικία αποτελεί έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την παχυσαρκία στους ενήλικες, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις συνοδεύεται από δυσμενείς καταστάσεις που αφορούν συνολικά στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για χρόνιες παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και 2, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το μεταβολικό σύνδρομο, η υπερτασική νόσος έως και τα κακοήθη νοσήματα (Romaneli et al, 2020). Επομένως, είναι ιδιαίτερα σημαντική η πρόληψη της παχυσαρκίας μέσω της ανεύρεσης όλων εκείνων των μεθόδων που μπορούν να τροποποιήσουν τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισής τους.

Σακχαρώδης διαβήτης: Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τα θηλάζοντα βρέφη από την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη σε κάποιο στάδιο της μετέπειτα ζωής τους. Αυτό επιβεβαιώνεται από τη μελέτη που πραγματοποίησαν οι Cicekli και Durusoy σε 246 παιδιά ηλικίας 4 έως 14 ετών, καθώς φάνηκε πως κάθε μήνας αποκλειστικού μητρικού θηλασμού μειώνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και υπολογίζεται ότι θα μπορούσε να αποφευχθεί το 38,3% των περιπτώσεων σε πληθυσμό νεογνών που θηλάζουν αποκλειστικά 6 μήνες (Çiçekli & Durusoy, 2022). Παράλληλα, φαίνεται να μειώνεται σημαντικά και ο κίνδυνος για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μετά την ηλικία των 30, καθώς η ανάλυση που πραγματοποιήθηκε σε 237 ενήλικες έδειξε μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης κατά 31% σε όσους θηλάσαν αποκλειστικά τουλάχιστον για 4 μήνες κατά τη βρεφική τους ηλικία (Bjerregaard et al, 2019). Ωστόσο, τα νεογνά που προέρχονται από μητέρες που

εκδήλωσαν σακχαρώδη διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη δέχονται την προστατευτική επίδραση του θηλασμού, με αποτέλεσμα να τους παρέχει μία γλυκαιμική σταθερότητα, αν και έχει παρατηρηθεί πως τα ποσοστά θηλασμού κατά την έξοδο από το Μαιευτήριο και η συνολική διάρκειά του στις γυναίκες αυτές είναι ιδιαίτερα χαμηλά, αν αναλογιστεί κανείς τα οφέλη που έχουν τα συγκεκριμένα βρέφη (Stevens et al, 2019, Chetwynd et al, 2019).

Ο προστατευτικός μηχανισμός που καθορίζει την πιθανότητα εμφάνισης αφορά κυρίως στα συστατικά του μητρικού γάλακτος. Η υψηλή περιεκτικότητα σε πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου συμβάλλουν σε αύξηση των επιπέδων τους στη κυτταρική μεμβράνη των σκελετικών μυών και με αυτό τον τρόπο παρατηρείται μια αντίστροφη συσχέτιση με τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα διατηρώντας τα χαμηλά (Horta & de Lima, 2019). Επιπλέον, η προστασία που παρέχει ο θηλασμός έναντι της παχυσαρκίας πιθανόν αποτελεί έναν ακόμα αιτιολογικό μηχανισμό για τη ρύθμιση της εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 σε αντίθεση με τα βρέφη που σιτίζονται με αγελαδινό γάλα, το οποίο σχετίζεται με ανάπτυξη μεταβολικών παθήσεων, συμπεριλαμβανομένου και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Singhal, 2016).

Μεταβολικό σύνδρομο: Περιλαμβάνει ένα σύνολο πολύπλοκων μεταβολικών διαταραχών όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η δυσλιπιδαιμία και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου μέσω ορισμένων παθοφυσιολογικών μηχανισμών, οι οποίοι εξαρτώνται κυρίως από γενετικούς παράγοντες. Σταδιακά δείχνει να αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την ιατρική κοινότητα λόγω της ραγδαίας αύξησης των ποσοστών της παχυσαρκίας σε παγκόσμια κλίμακα (Yogita –Rochlani, 2017).

Πλήθος μελετών κάνουν λόγο για μείωση του κινδύνου εκδήλωσης των διαταραχών που συμπεριλαμβάνονται στο φάσμα του μεταβολικού συνδρόμου μέσω της προστατευτικής δράσης του θηλασμού. Οι ορμόνες που περιέχονται στο μητρικό γάλα είναι σημαντικές για τη ρύθμιση της όρεξης και την αύξηση του σωματικού βάρους του βρέφους, επηρεάζοντας τη πρόσληψη τροφών καθώς και τις διατροφικές προτιμήσεις αργότερα στη ζωή του (Hassiotou & Geddes, 2014). Παράλληλα, πραγματοποιούν μια ρύθμιση όσον αφορά στο ενεργειακό ισοζύγιο του μεταβολικού κύκλου γλυκόζης-ινσουλίνης, γεγονός το οποίο συμβάλει στα χαμηλά ποσοστά εμφάνισης των διαταραχών του συνδρόμου κυρίως της παχυσαρκίας και του

σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Savino et al, 2013). Σύμφωνα με τη μελέτη του Wisnieski και των συνεργατών (2017), υπάρχει μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και του μειωμένου κινδύνου για ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου. Η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού στο πρώτο εξάμηνο ζωής του βρέφους και πιο συγκεκριμένα στο χρονικό διάστημα 3 έως 6 μήνες σχετίζεται θετικά με χαμηλό επιπολασμό μεταβολικών διαταραχών από την παχυσαρκία, από εκείνα που θήλασαν συνολικά λιγότερο από 3 μήνες (Oyarzun et al, 2018). Ωστόσο, στη μελέτη των Yakubov et al (2015) δε βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και της μείωσης του κινδύνου για μεταβολικό σύνδρομο συγκριτικά με τη σίτιση με ξένο γάλα.

Η υπέρταση στα πρώτα χρόνια της ζωής αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου στους ενήλικες. Ένας από τους παράγοντες που σχετίζονται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση και είναι δυνατόν να αξιολογηθεί ήδη από τη παιδική ηλικία είναι η διατροφή (Gowrishankar, 2020). Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο εντοπισμός των προστατευτικών παραμέτρων όσον αφορά το μητρικό θηλασμό για την αποφυγή των περιπτώσεων υπέρτασης. Ο επιπολασμός της νόσου αυτής μειώνεται στις περιπτώσεις μεγαλύτερης διάρκειας μητρικού θηλασμού και πιο συγκεκριμένα όπως φάνηκε σε μελέτη, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 4 μηνών και η καθυστερημένη προσθήκη συμπληρωματικών στερεών τροφών στη διατροφή του βρέφους σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης (Redjala et al, 2021).

Κακοήθη νοσήματα: Ο προστατευτικός ρόλος του θηλασμού φαίνεται να σχετίζεται ακόμα και με ορισμένες μορφές καρκίνου στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Μια μετα-ανάλυση έδειξε πως ο θηλασμός με διάρκεια κατά μέσο όρο 9,6 μήνες έχει μία σημαντική προστατευτική επίδραση όσον αφορά την παιδική λευχαιμία (Gungor et al, 2019). Η ανεύρεση της σχέσης μεταξύ του θηλασμού και της συχνότητας εμφάνισης διαφόρων αιματολογικών κακοηθειών αποδείχθηκε ωφέλιμη κυρίως για την οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία και την οξεία μυελογενή λευχαιμία (Gong et al, 2022). Παράλληλα, μελετήθηκε και το νευροβλάστωμα όπου συγκριτικά με τις περιπτώσεις σύντομης διάρκειας θηλασμού ή και καθόλου θηλασμού βρέθηκε θετική συσχέτιση για τα παιδιά που θήλασαν κατά τη βρεφική τους ηλικία (Su et al, 2021). Μία ακόμα μορφή παιδικού καρκίνου με μεγάλα ποσοστά θνησιμότητας αποτελεί ο όγκος του εγκεφάλου και αντιπροσωπεύει το 25% στο σύνολο των

παιδικών νεοπλασιών (Grabas et al., 2020). Ωστόσο, υπάρχει μία αρνητική συσχέτιση του θηλασμού και της εμφάνισής του, καθώς δεν έχει επιβεβαιωθεί η προστατευτική δράση για τη συγκεκριμένη μορφή καρκίνου όπως δείχνουν οι μελέτες των Greenop et al (2015) και των Schraw et al (2023).

Σύνδρομο αιφνίδιου θανάτου (SIDS): Το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου που αποτελεί μία από τις πιο συχνές αιτίες θνησιμότητας στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής έχει συσχετιστεί με τη προστατευτική δράση του μητρικού θηλασμού (Jullien, 2021). Οι συστάσεις της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιάτρων αναφέρουν την προώθηση του μητρικού θηλασμού ως ένα μέτρο πρόληψης του συνδρόμου αυτού (AAP, 2016). Μελέτη case-control που πραγματοποιήθηκε σε 6.837 νεογνά έδειξε ότι ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για χρονική περίοδο μεγαλύτερη των 2 μηνών μειώνει τον κίνδυνο για SIDS έως και 50% (Thompson et al, 2017).

1.3.1.3 Προστασία από λοιμώξεις και αυτοάνοσα νοσήματα

Πλήθος επιδημιολογικών μελετών αποδεικνύουν πως ο μητρικός θηλασμός έχει πολλαπλά οφέλη για την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος των βρεφών. Το μητρικό γάλα περιέχει μια σειρά από διαφορετικά ανοσοενεργά μόρια όπως μεταβολίτες, ολιγοσακχαρίτες, βιταμίνες, ένζυμα, λιπίδια, ανοσολογικά κύτταρα, κυτοκίνες, ορμόνες και πολλά άλλα στοιχεία υπεύθυνα για την προστασία του οργανισμού έναντι των λοιμώξεων. Τα βιοενεργά αυτά συστατικά συμβάλουν στην διαμόρφωση της ικανότητας των θηλαζόντων βρεφών για ανοχή και κατάλληλη φλεγμονώδη απόκριση όποτε αυτή κρίνεται απαραίτητη (Lokossou et al, 2022). Έτσι, λοιπόν, το μητρικό γάλα αποτελεί εκτός από μια πλήρως προσαρμοσμένη διατροφική πηγή, έναν εξίσου σημαντικό παράγοντα για την ωρίμανση και τον μελλοντικό προγραμματισμό στη συνολική λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (Vieira Borba et al, 2017).

Λοιμώξεις αναπνευστικού συστήματος:

Μία από τις κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών είναι οι οξείες λοιμώξεις του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού συστήματος. Τα τελευταία χρόνια μελέτες τεκμηριώνουν συνεχώς τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και τη προστατευτική δράση στο συγκεκριμένο οργανικό σύστημα (Hossain & Miharshahi, 2022). Τα βρέφη που θηλάζουν μεταξύ 3

έως 6 μηνών εμφανίζουν κατά 63% μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης αναπνευστικών παθήσεων. Όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του θηλασμού τόσο πιο ευεργετικά αποτελέσματα παρατηρούνται για την αποφυγή των λοιμώξεων αυτών και ως εκ τούτου λιγότερες νοσηλείες σε δομές υγείας στη βρεφική και παιδική ηλικία (Frank et al, 2019). Όσον αφορά στο ανώτερο αναπνευστικό μελέτες επιβεβαιώνουν πως τα θηλάζοντα (μικτά ή αποκλειστικά) βρέφη εκδηλώνουν το πρώτο επεισόδιο οξείας μέσης ωτίτιδας σε μεγαλύτερη ηλικία σε ποσοστό 23% συγκριτικά με όσα σιτίζονται με υποκατάστατο γάλακτος, ενώ όσα θηλάζουν αποκλειστικά για τουλάχιστον 3 μήνες φαίνεται πως η πιθανότητα νόσησης μειώνεται κατά 50%. Αυτό οφείλεται όχι μόνο στους αντιμικροβιακούς παράγοντες του μητρικού γάλακτος αλλά και στην δυνατότητα σύγκλεισης της ευσταχιανής σάλπιγγας που επιτυγχάνεται μέσω των θηλαστικών κινήσεων του βρέφους. Η σίτιση με τροποποιημένο γάλα αγελάδας σχετίζεται με τετραπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού σε αντίθεση με το μητρικό θηλασμό, αφού υπολογίζεται ότι η διάρκεια αυτού που ξεπερνά του 4 μήνες ασκεί προστατευτική επίδραση έναντι της RSV βρογχιολίτιδας λόγω των αντισωμάτων IgA, IgG και των ευαισθητοποιημένων T-λεμφοκυττάρων που περιέχει το μητρικό γάλα (Christensen et al, 2020).

Λοιμώξεις γαστρεντερικού συστήματος:

Παράλληλα, παρέχει προστατευτική δράση και στο γαστρεντερικό σύστημα. Μειώνεται ο κίνδυνος διάρροιας στο πρώτο έτος ζωής στα βρέφη που θηλάζουν συγκριτικά με εκείνα που σιτίζονται με υποκατάστατο γάλακτος. Παρατηρείται χαμηλό ποσοστό λοιμώδους γαστρεντερίτιδας και αυτό οφείλεται στην παρεμπόδιση του πολλαπλασιασμού των παθογόνων μικροβίων λόγω της ιδιαίτερης σύστασης του μητρικού γάλακτος (Binns et al, 2016). Για αυτό, δίνεται μεγάλη σημασία στη δράση αυτή ειδικότερα όσον αφορά την μείωση της θνησιμότητας από την Νεκρωτική Εντεροκολίτιδα που υφίστανται τα πρόωρα νεογνά που νοσηλεύονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μενν), καθώς το μητρικό γάλα αποτελεί έναν μηχανισμό που βασίζεται στα πρόδρομα μόρια νιτρικού οξειδίου και στους ολιγοσακχαρίτες, προκειμένου να αυξηθεί η αιματική κυκλοφορία στο εντερικό βλεννογόνο και να αποτρέψει την δράση των ξενιστών (Hackam & Caplan, 2017).

Φλεγμονώδεις εντερικές παθήσεις:

Περιλαμβάνονται η ελκώδης κολίτιδα και η νόσος του Crohn οι οποίες αποτελούν χρόνιες φλεγμονώδεις ασθένειες του γαστρεντερικού σωλήνα.

Παράγοντες που προδιαθέτουν την εκδήλωση των παθήσεων είναι η προκαθορισμένη γενετική ευαισθησία, η διαταραχή του μικροβιώματος του εντέρου σε συνδυασμό με την επίδραση εξωτερικών και περιβαλλοντικών παραμέτρων (Van der Sloot et al, 2017). Η πιθανότητα νόσησης μειώνεται σημαντικά για τα βρέφη που θήλασαν περισσότερο από 12 μήνες (Agrawal et al, 2021) και αυτό επιβεβαιώνεται με τη μετα-ανάλυση των Xu και συν. (2017) σύμφωνα με την οποία ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο της νόσου Crohn και της ελκώδους κολίτιδας. Παρατηρήθηκε μία «δοσοεξαρτώμενη» σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών της μελέτης κατά την οποία όσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια του θηλασμού τόσο ισχυρότερη είναι η παρεχόμενη προστασία. Επομένως, καταλήγει στο συμπέρασμα πως τα θηλάζοντα βρέφη μέσω του μητρικού γάλακτος και της πλούσιας σύστασής του σε αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, μπορούν να διαμορφώσουν την ανοσολογική επάρκεια του γενετικά ευαισθητοποιημένου εντερικού βλεννογόνου τους (Strisciuglio et al, 2017).

Αυτοάνοσα νοσήματα:

Είναι εμφανές πλέον πως το μικροβιολογικό προφίλ του μητρικού γάλακτος παρέχει σημαντική δράση στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος καθιστώντας εφικτή την μακροπρόθεσμη προστασία από διάφορα αυτοάνοσα νοσήματα (Vieira-Borba et al, 2017). Μια προοπτική μελέτη επιβεβαίωσε τη θετική συσχέτιση του αποκλειστικού ή/και μικτού μητρικού θηλασμού για τουλάχιστον 4 μήνες με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης ιδιοπαθούς αρθρίτιδας (Kindgren et al, 2017). Ο Chen και οι συν.(2015) σε μια μετανάλυση όπου συμμετείχαν 1.672 ασθενείς πάσχοντες από ρευματοειδή αρθρίτιδα, έδειξαν πως ανεξάρτητα από τη συνολική διάρκεια του θηλασμού υπάρχει μείωση του κινδύνου για εμφάνιση της νόσου. Ομοίως στην περίπτωση της πολλαπλής σκλήρυνσης, όπου επηρεάζεται το κεντρικό νευρικό σύστημα, η συγκεκριμένη μέθοδος σίτισης αποδεικνύεται ιδιαίτερα ωφέλιμη (Conradi et al, 2013). Η εκδήλωση της κοιλιοκάκης, μιας αυτοάνοσης διαταραχής του λεπτού εντέρου, η οποία αφορά την επεξεργασία της γλουτένης με γενετική προδιάθεση και εμφανίζεται κυρίως στα μέσα της βρεφικής περιόδου, δείχνει να επηρεάζεται από το θηλασμό. Τα αποτελέσματα μιας μετανάλυσης κάνουν λόγο για μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στα θηλάζοντα βρέφη κατά 52% την περίοδο σταδιακής εισαγωγής της γλουτένης στη διατροφή τους (Lionetti et al, 2014).

Αλλεργίες:

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται σχετικά με την πρόληψη εμφάνισης αλλεργιών στην βρεφική έως και την πρώιμη παιδική ηλικία. Η πιθανότητα εμφάνισης κάποιου είδους αλλεργίας αυξάνεται στην περίπτωση του τυποποιημένου γάλακτος, καθώς με αυτό τον τρόπο το βρέφος εκτίθεται στις αλλεργιογόνες ουσίες του ίδιου του γάλακτος, οι οποίες έχουν την ικανότητα να διαπερνούν το ανώριμο λειτουργικά και ανοσολογικά εντερικό βλεννογόνο, ευαισθητοποιώντας τον οργανισμό σε μεγάλο βαθμό (Munblit & Verhasselt, 2016). Ο κίνδυνος αυτός ελαχιστοποιείται μέσω της σίτισης με μητρικό γάλα αφού η υψηλή περιεκτικότητα σε εκκριτική IgA ανοσοσφαιρίνη συμβάλλει στην εκμηδένιση της έκθεσης του βρέφους σε τροφικά κυρίως αλλεργιογόνα. Ωστόσο, αυτό εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατανάλωση αλλεργιογόνων τροφών κατά το τελευταίο τρίμηνο της κύησης και τη γαλουχία (Garcia-Larsen et al, 2018). Πιο συγκεκριμένα, τα θηλάζοντα βρέφη εμφανίζουν σπανιότερα άσθμα και ατοπική δερματίτιδα σε ποσοστό 26% και 27% αντίστοιχα (Heine, 2018). Μικρότερο επιπολασμό τοπικού εκζέματος και εμφάνισης σχετικών συμπτωμάτων παρατηρείται επίσης στα βρέφη αυτά λόγω των αντιφλεγμονωδών παραγόντων που συνιστούν μέρος της προστατευτικής σύστασης του μητρικού γάλακτος (Chiu et al, 2016).

1.3.1.4 Νευρολογική ανάπτυξη και ωρίμανση

Η νεογνική και βρεφική ηλικία αποτελούν τις πιο κρίσιμες περιόδους που χαρακτηρίζονται από ταχείς ρυθμούς μεταγεννητικής νευρολογικής ανάπτυξης και ωρίμανσης του εγκεφάλου (Berger et al, 2023). Οι δύο αυτές δυναμικές διαδικασίες αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παρέχουν μια ομαλή δομική υποστήριξη συμβάλλοντας στα καλύτερα δυνατά νευροαναπτυξιακά αποτελέσματα στην παιδική ηλικία, τα οποία επηρεάζουν τη συνολική νευρική και εγκεφαλική λειτουργικότητα στην υπόλοιπη ενήλικη ζωή (Vohr, 2022). Γίνεται λόγος για ορισμένους παράγοντες, ο ρόλος των οποίων είναι καθοριστικός για την νευροαναπτυξιακή αλληλουχία, με στόχο την εδραίωση των γνωστικών, γλωσσικών και κινητικών δεξιοτήτων, καθώς και την ενίσχυση των κοινωνικοσυναισθηματικών ικανοτήτων με σημαντικό μακροπρόθεσμο όφελος.

Μελέτες δείχνουν πως ένας από τους παράγοντες αυτούς είναι το μητρικό γάλα με την πολύτιμη σύστασή του. Αποτελεί την ιδανική πηγή βρεφικής διατροφής

και χαρακτηρίζεται ως ζωτικής σημασίας κατά τη διάρκεια του σχηματισμού του εγκεφάλου, καθώς τόσο τα μακροθρεπτικά όσο και τα και μικροθρεπτικά συστατικά του είναι απαραίτητα για την βέλτιστη ανάπτυξη και ωρίμανση του κεντρικού νευρικού συστήματος (Krebs et al, 2017). Με τη δράση των πρωτεϊνών και των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλύσου πραγματοποιείται η νευρογένεση και η διαφοροποίηση νευρικών κυττάρων (Lockyer et al, 2021). Η λακτοφερρίνη, επίσης, είναι η κύρια πρωτεΐνη που συναντάται στο μητρικά γάλα, η δράση της οποίας είναι ιδιαίτερα σημαντική λόγω της προστασίας που παρέχει στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο από μία ενδεχόμενη νευρολογική βλάβη. Πιο αναλυτικά, η συγκεκριμένη πρωτεΐνη είναι υπεύθυνη σε μεγάλο βαθμό για την παραγωγή νευροτροφινών και ενισχύει την δημιουργία νευρικών συνάψεων (Schirmbeck et al, 2022).

Η πρόσληψη μητρικού γάλακτος, όπως επιβεβαιώνεται από μελέτες, σχετίζεται με αυξημένη ανάπτυξη λευκής και φαιάς ουσίας (Charissi και συν. 2019), γεγονός το οποίο οδηγεί σε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο θηλασμό και την εξέλιξη της νοημοσύνης. Έχει παρατηρηθεί μια σημαντική επίδραση στη νοητική ικανότητα κατά τη παιδική ηλικία (McGowan & Bland, 2023) και η έρευνα των Amiel Castro et al (2021), η οποία συμπεριέλαβε 11.096 παιδιά, απέδειξε πως ο θηλασμός (αποκλειστικός ή μικτός) αυξάνει το δείκτη νοημοσύνης – IQ στην ηλικία των 8 ετών. Τα θηλάζοντα βρέφη έχουν εξαιρετικά καλή προοπτική γνωστικής ανάπτυξης η οποία εξελίσσεται συνεχώς μέχρι την εφηβεία, όπως αναφέρει η προοπτική μελέτη των Pereyra et al (2021) στην οποία πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις με ειδικά διαγνωστικά εργαλεία στις ηλικίες των 5, 7, 11 και 14 ετών επιβεβαιώνοντας την αύξηση του επιπέδου της γνωστικής ικανότητας συγκριτικά με όσα δε θήλασαν στη βρεφική ηλικία. Παράλληλα, συνδέεται με βελτίωση στις γλωσσικές δεξιότητες των παιδιών, καθώς η μεγαλύτερη διάρκεια συνολικού θηλασμού συμβάλλει σε καλύτερες γλωσσικές επιδόσεις μεταξύ 5 έως 9 ετών (Loncevic, 2023).

Η κινητική ανάπτυξη αντιπροσωπεύει έναν δείκτη της συνολικής εξελικτικής νευρολογικής ωρίμανσης στα πρώτα χρόνια ζωής. Επιτρέπει την απόκτηση δεξιοτήτων που θα συμβάλουν στη συμμετοχή του παιδιού σε δραστηριότητες, διαμορφώνοντας, παράλληλα, μία άμεση και ενεργητική σχέση με το ευρύτερο περιβάλλον (Hernandez-Luengo et al, 2019). Παρά το γεγονός ότι η βιβλιογραφία είναι ελλιπής όσον αφορά τη συσχέτιση της κινητικής ανάπτυξης με το μητρικό θηλασμό, ευρήματα ορισμένων μελετών δείχνουν μεγαλύτερη βελτίωση των κινητικών

δεξιοτήτων στους πρώτους 4 μήνες για τα θηλάζοντα βρέφη από εκείνα που έλαβαν υποκατάστατο μητρικού γάλακτος (Tinius et al, 2020). Μία προοπτική μελέτη που εκτίμησε την κινητική εξέλιξη σε βρέφη από 3 μηνών έως παιδιά 5 ετών, επισημαίνει πως παρατηρείται μια θετική επίδραση του θηλασμού στην καλύτερη και ταχύτερη ανάπτυξη της αδρής κινητικότητας κυρίως στην ηλικία 3 έως 5 ετών. Βελτιώνεται η ενεργοποίηση των μεγάλων μυϊκών στιβάδων του σώματος για εκτέλεση βασικών κινήσεων όπως βάδισμα και τρέξιμο, οι οποίες αργότερα θα αποτελέσουν το υπόβαθρο για την σταδιακή εφαρμογή της λεπτής κινητικότητας και του αδρού συντονισμού (D'Souza et al, 2022).

Η συνεχόμενη νευρολογική ανάπτυξη και ωρίμανση που υφίσταται κάθε θηλάζων βρέφος ενεργοποιεί μια διαδικασία απόκτησης ενός αισθητηριακού προφίλ. Σύμφωνα με τον Dunn (2024), πρόκειται για την ικανότητα που αναπτύσσει κάθε άτομο να λαμβάνει, να επεξεργάζεται και να ερμηνεύει αποτελεσματικά αισθητηριακά ερεθίσματα που δέχεται από το εξωτερικό περιβάλλον μέσα από τις οπτικές, απτικές ακουστικές και αιθουσαίες εμπειρίες που βιώνει. Διάφορα θεωρητικά μοντέλα υποστηρίζουν πως οι διεργασίες αυτές εξαρτώνται από αρκετούς παράγοντες, όμως η κύρια παράμετρος που λαμβάνεται υπόψη είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, καθώς και η δυναδική συμπεριφορά που αναπτύσσεται μεταξύ τους (Whipps et al, 2018). Μελέτη απέδειξε πως η συχνότητα και η διάρκεια του μητρικού θηλασμού σε συνδυασμό με την συνεχή δυναδική ενασχόληση βελτιώνει και ενισχύει στο μέγιστο την αισθητηριακή ικανότητα του βρέφους περί αντίληψης και διεργασίας, βάση του μοντέλου αισθητηριακής επεξεργασίας, δεδομένα τα οποία καθίστανται ιδιαίτερα χρήσιμα για την μελλοντική εξέλιξη της δυνατότητας ανταπόκρισης και αλληλεπίδρασης σε ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο ως ενήλικας (Gee et al, 2021).

1.3.1.5 Ψυχολογική και συναισθηματική εξέλιξη

Πλήθος μελετών αναφέρουν τις θετικές επιδράσεις του μητρικού θηλασμού όχι μόνο στη σωματική αλλά και στη ψυχοσυναισθηματική υγεία και ανάπτυξη των βρεφών, αποδεικνύοντας τη σημαντικότητα του θηλασμού για τη συνολική ανάπτυξή τους όχι μόνο όσον αφορά τη διαμόρφωση του χαρακτήρα τους αλλά και ως ενεργά μέλη της κοινωνίας (Χαραμή και συν., 2015).

Η συναισθηματική ωρίμανση πραγματοποιείται στη διάρκεια της πρώιμης μεταγεννητικής περιόδου και ξεκινάει από τις πρώτες στιγμές μετά τη γέννηση του βρέφους όπου έρχεται σε επαφή για πρώτη φορά με τη μητέρα του στο εξωμήτριο περιβάλλον (Power et al, 2019). Η φυσική σύνδεση που παρατηρείται ανάμεσά τους μέσω της βλεμματικής επαφής και της επαφής δέρμα με δέρμα διεγείρει την αμοιβαία συναισθηματική και σωματική αλληλεπίδραση μεταξύ τους συμβάλλοντας στη δημιουργία ενός μοναδικού είδους δεσμού (Norholt, 2020). Μελέτες αναφέρουν τη σπουδαιότητα του δεσμού που αναπτύσσεται σταδιακά μέσα από τη διαδικασία και ολόκληρη τη φιλοσοφία του μητρικού θηλασμού, καθώς λαμβάνει χώρα η άμεση ικανοποίηση των αναγκών του βρέφους που προσπαθεί να επικοινωνήσει μέσα από το θηλασμό, την αγκαλιά και γενικότερα την σωματική επαφή. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποκτά η διαφοροποίηση στη διαμόρφωση του είδους των δεσμών ανάλογα με τη μέθοδο σίτισης, καθώς ο μητρικός θηλασμός ενισχύει τη δημιουργία ασφαλούς δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος με πολλαπλά μακροπρόθεσμα οφέλη (Penacoba & Catola, 2019), σε σχέση με τον ανασφαλή δεσμό που προκύπτει στη περίπτωση σίτισης με ξένο γάλα (Bianciardi et al, 2013).

Αξίζει να αναφερθεί πως η πολύτιμη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος ενισχύει ακόμα περισσότερο τις συναισθηματικές σχέσεις ολόκληρης της οικογένειας (Gibbs et al, 2018). Φαίνεται λοιπόν πως με αυτό τον τρόπο παρέχεται συναισθηματική ασφάλεια στο βρέφος, γεγονός το οποίο θα συμβάλει μεταγενέστερα στην απόκτηση μιας καλής ψυχικής και συναισθηματικής υγείας. Η ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική εξέλιξη καθορίζονται στο μέγιστο από τους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς στη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας και αποτελεί τον βασικό πυλώνα για την διάπλαση της συμπεριφοράς, την ανάπτυξη της ικανότητας αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον και τη δημιουργία υγιών σχέσεων με άλλους ανθρώπους. (Turner et al, 2019).

1.3.2 Οφέλη για τη μητέρα

Υπάρχουν πολλές καταγραφές πλέον σχετικά με τη θετική επίδραση του μητρικού θηλασμού βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα όσον αφορά τη σωματική υγεία (Binns et al, 2016). Ειδικότερα, αναφέρονται παρακάτω τα οφέλη που αποκομίζει η θηλάζουσα μητέρα.

- *Παλινδρόμηση της μήτρας*: Μετά τον τοκετό η μήτρα σταδιακά μειώνεται σε μέγεθος και επανέρχεται στην προ κύηση κατάσταση με τη συμβολή των

συσπάσεων που προκαλούνται από την ωκυτοκίνη, μία από τις πιο σημαντικές ορμόνες που συμπεριλαμβάνονται στο ορμονικό προφίλ του θηλασμού. Παράλληλα, παρατηρείται μείωση στο αίσθημα του πόνου που προκαλείται από τις έντονες συσπάσεις της μήτρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού και μειώνεται ο κίνδυνος για αιμορραγία μετά τον τοκετό (Abendi et al, 2016), μια επείγουσα κατάσταση η οποία μπορεί να οδηγήσει τη γυναίκα έως το θάνατο και κατέχει τη 3^η θέση στις αιτίες θνησιμότητας (Tristão et al, 2023).

- *Απώλεια βάρους:* Η ανάκτηση του σωματικού βάρους στη λοχεία επιτυγχάνεται μέσω του θηλασμού, καθώς οι συνολικές ενεργειακές δαπάνες της θηλάζουσας μητέρας είναι υψηλές. Αυξάνεται ο ρυθμός των μεταβολικών διαδικασιών με αποτέλεσμα την ταχύτερη απώλεια του βάρους (Lambrinou et al, 2019).
- *Υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσος:* Η διάρκεια θηλασμού μεγαλύτερη από 6 μήνες αποτελεί έναν ισχυρό παράγοντα έναντι στην εκδήλωση υπέρτασης (Qu et al, 2018) και ταυτόχρονα μειώνει το κίνδυνο ανάπτυξης κάποιας πάθησης που αφορά το καρδιαγγειακό σύστημα (Tschiederer et la, 2022).
- *Εμμηνος ρύση:* Ο θηλασμός αποτελεί μια φυσική μέθοδο αντισύλληψης, καθώς αναστέλλεται η ωορρηξία και οι γυναίκες που θηλάζουν παρουσιάζουν αμηνόρροια για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Abou-Dakn, 2018). Αυτό σημαίνει ότι η πιθανότητα συνεχιζόμενης αμηνόρροιας για 6 μήνες μετά τον τοκετό είναι 23% πιο υψηλή στη περίπτωση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (Crowdhury et al, 2015).
- *Οστεοπόρωση:* Στη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού λόγω της αυξημένης μεταφοράς ασβεστίου από τη μητέρα προς το έμβρυο και το βρέφος αντίστοιχα, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για οστεοπόρωση (Yumusakhuylu et al, 2013). Παρά το γεγονός ότι η οστική πυκνότητα είναι χαμηλή, ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην απορρόφηση του ασβεστίου και τη παραγωγή καλσιτριόλης μετά τον απογαλακτισμό μειώνοντας τον κίνδυνο για οστεοπόρωση και κατάγματα έως και την εμμηνόπαυση (Duan et al, 2017, Scioscia & Zanchetta, 2023).
- *Προστασία από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών:* Ο θηλασμός πλέον αποτελεί ένα σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για 2 από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου που αφορούν το γυναικείο πληθυσμό (Fan et al, 2023). Ευρήματα πολλών μελετών αποδεικνύουν το μειωμένο κίνδυνο

εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 4,3% ανά 12 μήνες μητρικού θηλασμού, ενώ συνολικά οι πιθανότητες εμφάνισης κακοήθειας στο μαστό είναι χαμηλότερες κατά 22% (Stordal, 2023). Ο μηχανισμός που εμπλέκεται στη διαδικασία αυτή αφορά κυρίως τη διαφοροποίηση των κυττάρων του μαστικού αδένου προστατεύοντάς τον από μια ενδεχόμενη νεοπλασία (Borgers et al, 2020). Επιπλέον, ο θηλασμός από 1 έως 3 μήνες σχετίζεται με ελαττωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών κατά 18% ενώ η διάρκεια που αντιστοιχεί σε 12 ή περισσότερους μήνες μειώνει τον κίνδυνο κατά 34% (Babic et al, 2020). Στη μελέτη των Modugno et al (2019) φαίνεται πως ο θηλασμός (μικτός ή αποκλειστικός) συγκριτικά με τη σίτιση με ξένο γάλα συμβάλλει σε μείωση του αναφερόμενου κινδύνου κατά 30%.

Εκτός αυτών, η μητέρα δέχεται θετική επίδραση που σχετίζεται με το *ψυχολογικό και συναισθηματικό επίπεδο*. Μέσα από τη διαδικασία του μητρικού θηλασμού η αλληλεπίδραση με το βρέφος οδηγεί στη διαμόρφωση μιας πιο χαλαρής και θετικής διάθεσης (Whitley et al, 2020). Η ωκυτοκίνη, η οποία απελευθερώνεται ως απόκριση στο θηλασμό, οδηγεί σε αλλαγές προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ψυχολογική προσαρμογή της μητέρας στις ανάγκες της γονεϊκότητας (Uvnäs-Moberg et al, 2020). Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η μείωση του άγχους ιδιαίτερα σε όσες γυναίκες σιτίζουν τα βρέφη τους με αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (Gila-Diaz et al, 2020), ελαχιστοποιώντας τις συνέπειες που προκαλεί η σωματική αντίδραση στο stress προς τη μέγιστη βελτίωση της ψυχοσυναισθηματικής ωρίμανσης και εξέλιξης μέσα από το δεσμό μητέρας- βρέφους (Walter et al, 2021).

Επιπλέον, αξίζει να αναφερθεί η πολύτιμη επίδραση του θηλασμού στη προστασία της ψυχικής υγείας της μητέρας. Οι ερευνητές διαπίστωσαν πως τα πλεονεκτήματα που αφορούν στη ψυχολογική ευημερία της θηλάζουσας μητέρας αυξάνονται αντίστοιχα με την επιθυμία και την προσπάθεια για έναν επιτυχημένο θηλασμό (Ross-Cowdery et al, 2017). Η προστατευτική επίδραση φαίνεται πλέον στη μείωση των περιπτώσεων μεταγεννητικής καταθλιπτικής και αγχώδους διαταραχής μέχρι και την εμφάνιση σχιζοφρένειας μεταγενέστερα σε κάποια περίοδο της ζωής (Bugaeva et al, 2023). Σύμφωνα με την μετα-ανάλυση των Xia et al (2022), ο μητρικός θηλασμός για περισσότερο από 1 μήνα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο κατά 37% για εκδήλωση επιλόχειου κατάθλιψης. Ο αποκλειστικός, μάλιστα, μητρικός θηλασμός συγκριτικά με αποκλειστική σίτιση με ξένο γάλα παρέχει μεγαλύτερη προστατευτική δράση έναντι της ψυχικής νόσου αυτής σε ποσοστό 53%.

Η συνεχόμενη υποστήριξη της θηλάζουσας μητέρας σε ψυχολογικό και πρακτικό επίπεδο συμβάλλει στην μέγιστη ικανοποίηση και στο ισχυρό αίσθημα ικανότητας βελτιώνοντας παράλληλα την αυτοαποτελεσματικότητα. Έτσι λοιπόν, παρατηρείται ακόμα μεγαλύτερη μείωση στις πιθανότητες για εμφάνιση κάποιας ψυχικής διαταραχής στη διάρκεια της λοχείας (Chrzan-Dejko et al, 2021).

1.3.3 Οφέλη για την οικονομία και το περιβάλλον

Ο μητρικός θηλασμός έχει αντίκτυπο και στην οικονομία τόσο σε οικογενειακό επίπεδο όσο και σε επίπεδο πολιτείας. Τα έξοδα που απαιτούνται για τον ανεφοδιασμό με υποκατάστατο γάλακτος και όλο τον απαραίτητο εξοπλισμό αντιστοιχούν σε υψηλές μηνιαίες δαπάνες για την οικογένεια (Quesada et al, 2020). Εκτός αυτού, ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας που έχει σοβαρές οικονομικές συνέπειες είναι το αυξημένο κόστος στη περίπτωση μη θηλασμού για υγειονομική περίθαλψη βρεφών και παιδιών συμπεριλαμβανομένων των εισαγωγών σε Νοσοκομεία, παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επείγοντα περιστατικά και απαιτούμενα φάρμακα (Santacruz-Salas et al, 2019).

Σε μελέτη παρατηρήθηκε μια μεγάλη διαφορά όσον αφορά την κοστολόγηση υπηρεσιών υγείας για αντιμετώπιση λοιμώξεων, περιστατικά πνευμονίας και γαστρεντερίτιδας (Walters, 2016), ακόμα και επεισόδια αλλεργιών από το αγελαδινό γάλα (Cawood et al, 2022), καθώς στη περίπτωση σίτισης αποκλειστικά με ξένο γάλα το κόστος υπολογίζεται σε 1.339,5 ευρώ έναντι 443,5 ευρώ για την περίθαλψη των θηλαζόντων βρεφών (Lechosa-Munoz et al, 2020). Ωστόσο, το επίπεδο νοσηρότητας μεταφράζεται στο αντίστοιχο θεραπευτικό κόστος του παγκόσμιου συστήματος υγείας ύψους \$ 1.1 δις ετησίως. Συγκεντρώνοντας όλα τα κόστη, οι συνολικές παγκόσμιες οικονομικές απώλειες εκτιμάται ότι ανέρχονται σε \$ 341,3 δις ή σε 0,70% του παγκόσμιου πλούτου (Walters et al, 2019). Επομένως, ο θηλασμός συμβάλει στη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας λόγω χαμηλών ποσοστών της παιδικής και μητρικής νοσηρότητας. Παρέχεται προστασία στο δημόσιο σύστημα υγείας μέσω της εξοικονόμησης χρημάτων από την ελάττωση των ιατρικών, θεραπευτικών παρεμβάσεων και νοσηλευτικής φροντίδας.

Μερικά ακόμα οφέλη που προσφέρει ο θηλασμός προασπίζοντας το συνολικό κοινωνικό συμφέρον αφορούν το περιβάλλον σε παγκόσμια κλίμακα. Το ανθρώπινο γάλα αποτελεί μια απόλυτα φυσική και ανανεώσιμη διατροφική πηγή,

προστατεύοντας το περιβάλλον από ρίπους που οδηγούν σε επιβάρυνση της μόλυνσης και των κλιματικών αλλαγών (Mohapatra & Samantaray, 2023). Ειδικότερα, η σίτιση με μητρικό γάλα δεν απαιτεί τη χρήση συσκευασιών και ενέργειας όπως στη περίπτωση όπου η σίτιση πραγματοποιείται με τη παρασκευή ξένου γάλακτος. Μετά από διάφορες αναλύσεις δειγμάτων απορριμμάτων φαίνεται πως η παραγωγή του ξένου γάλακτος, η διαδικασία της παρασκευής των συσκευασιών συμπεριλαμβανομένων των υλικών (αλουμίνιο, πλαστικό) σε συνδυασμό με την δαπανώμενη ενέργεια για τη βιομηχανική λειτουργία έχουν σοβαρές οικολογικές επιπτώσεις (Smith, 2019). Επιπλέον, τα πλαστικά μπουκάλια με τα εξαρτήματά τους και οι θηλές που χρησιμοποιούνται και απορρίπτονται μετά από κάθε χρήση, οδηγούν στη συσσώρευση των απορριμμάτων με αποτέλεσμα να μεγεθύνεται το ήδη υπάρχον πρόβλημα με τη μόλυνση του αέρος και των υδάτων. Επομένως, είναι κατανοητό πως ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τη βέλτιστη επιλογή σίτισης μειώνοντας τον περιβαλλοντικό αντίκτυπο και παράλληλα πραγματοποιείται εξοικονόμηση των παγκόσμιων πόρων και της ενέργειας (Verghese et al, 2015).

1.4 Αντενδείξεις μητρικού θηλασμού

Οι αντενδείξεις για τον μητρικό θηλασμό που αφορούν τόσο το βρέφος όσο και τη μητέρα διακρίνονται σε σχετικές και απόλυτες, όπως παρουσιάζονται παρακάτω.

Απόλυτες αντενδείξεις

Μεταβολικά νοσήματα νεογνού: Στα νεογνά που πάσχουν από Γαλακτοζαιμία απαιτείται σίτιση με ειδικό τροποποιημένο γάλα ελεύθερης λακτόζης, διότι υπάρχει κίνδυνος ηπατικής ανεπάρκειας (Schulpis & Lakonou, 2019). Τα νεογνά που πάσχουν από τη «νόσο με οσμή ούρων σαν σιρόπι σφενδάμου» χορηγείται ειδικό γάλα ελεύθερο από λευκίνη, ισολευκίνη και βαλίνη. Στην περίπτωση πάλι της φαινυλκετονουρίας ο μητρικός θηλασμός μπορεί να συνεχιστεί με παράλληλη χορήγηση ειδικού συμπληρώματος ελεύθερης φαινυλαλανίνης προκειμένου να ελέγχεται η ποσότητα πρόσληψης γάλακτος και συγχρόνως απαιτείται τακτική ιατρική παρακολούθηση και εργαστηριακός έλεγχος ως προς την ανάπτυξη του βρέφους (Zuvadelli et al, 2022).

Μητέρες θετικές στον ανθρώπινο T- λεμφοτρόπο ιό I και II (HTLV I & II), (Meek & Noble, 2022, American Academy of Pediatrics - AAP, 2022 & CDC, 2024)

Μη θεραπευμένη φυματίωση: επανέναρξη θηλασμού 2 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας (Loveday et al, 2020).

Μη θεραπευμένη βρουκέλωση (Tuon et al, 2017).

Δερματικές βλάβες απλού έρπητα τύπου 1 στο στήθος (Barrett et al, 2016).

Ανεμοβλογιά: 5 ημέρες πριν έως και 2 ημέρες μετά τον τοκετό: το μητρικό γάλα μπορεί να χορηγηθεί μετά από άντληση (Jaiyeoba et al, 2012).

Φάρμακα κατηγορίας L5 κατά Hale: Ο T.W. Hale πρότεινε ένα ταξινομικό σύστημα το οποίο κατατάσσει τα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν σε θηλάζουσες γυναίκες σε 5 κατηγορίες βάσει του κινδύνου για ανεπιθύμητες ενέργειες ή πρόκλησης σοβαρής βλάβης στο βρέφος (L1: Συμβατό με το θηλασμό – L5: Επικίνδυνο / Παράρτημα 6). Μελέτες δείχνουν ότι οι ουσίες που περιλαμβάνονται στα φάρμακα, τα οποία έχουν ταξινομηθεί στην κατηγορία L5, δύναται να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες στο βρέφος και για αυτό το λόγο ο κίνδυνος που αναφέρεται υπερτερεί προς οποιοδήποτε άλλο όφελος που περιγράφεται για το μητρικό θηλασμό (Hale, 2004). Πρόκειται για τα εξής: Αντινεοπλασματικά, Ρετινοειδή, Χλωραμφενικόλη, Λίθιο, Τετρακυκλίνη, Φενινδιόνη, Ραδιενεργά ισότοπα, Άλατα χρυσού, Χημειοθεραπευτικά/Κυτταροστατικά, Αντιρευματικά, Αντιρετροϊκά, Αντιμεταβολίτες (Cardoso et al, 2023).

Χρήση ναρκωτικών ουσιών: Εξαίρεση αποτελούν οι μητέρες που βρίσκονται σε πρόγραμμα απεξάρτησης με χορήγηση μεθαδόνης και δεν είναι θετικές στον ιό HIV, οι οποίες μπορούν να θηλάζουν (Fugii et al, 2022 & AAP, 2021).

Σχετικές αντενδείξεις

Λοιμώξεις: Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να ανασταλεί για ένα χρονικό διάστημα στη περίπτωση σοβαρής λοίμωξης της μητέρας μέχρι την αρχική φάση της θεραπείας και εφόσον υπάρχουν κλινικά σημεία βελτίωσης. Τέτοιου είδους λοιμώξεις προκαλούνται από ειδικούς μικροοργανισμούς όπως Ομάδα B Streptococcus, Staphylo-Coccus Aureus, Haemophilus Influenza b, Streptococcus Pneumonia ή Neisseria meningitidis (MacDonald, 2006).

Λοίμωξη HIV: Στις ανεπτυγμένες χώρες οι μητέρες με λοίμωξη HIV δε θηλάζουν τα νεογνά (CDC, 2024), αντιθέτως με τις αναπτυσσόμενες όπου η μεγάλη επίπτωση του ιού σε συνδυασμό με τα αυξημένα ποσοστά του υποσιτισμού και λοιμώξεων στα παιδιά, καθιστούν το αποκλειστικό μητρικό θηλασμό απαραίτητο για 6 μήνες και στη

συνέχεια χορήγηση ειδικής αντιρετροϊκής αγωγής με την έναρξη των στερεών τροφών (Moseholm & Weis, 2020, Darteh et al, 2021).

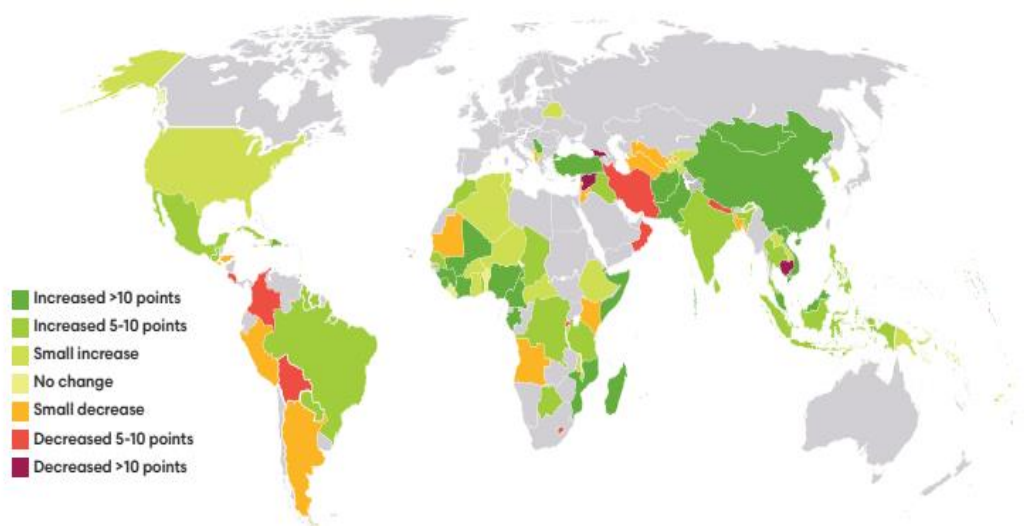
Κατανάλωση αλκοόλ: Κατά τη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών ο θηλασμός απαγορεύεται. Ωστόσο, όταν δεν είναι δυνατός ο περιορισμός στη λήψη του, τότε συστήνεται από την Αμερικανική Ακαδημία Παιδιάτρων η αποφυγή του θηλασμού για 2 ώρες μετά την κατανάλωση αλκοόλ (Gibson & Porter, 2020). Μελέτες δείχνουν ότι η υπερβολή ποσότητα αλκοόλ κατά τη διάρκεια του θηλασμού έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία της ίδιας της μητέρας με εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, καρδιαγγειακής νόσου, σακχαρώδη διαβήτη και καρκίνο του μαστού (Mukamal et al, 2016) όσο και στη σωματική, νευρολογική, κοινωνική και συμπεριφορική ανάπτυξη του βρέφους στην ηλικία των 12 μηνών (Wilson et al, 2017), λόγω της μεταβολής των παραγόμενων συστατικών του μητρικού γάλακτος από το αλκοόλ (Porona et al, 2022).

Κάπνισμα: Όσον αφορά το κάπνισμα στη διάρκεια της λοχείας αποτελεί μία ακόμα αντένδειξη (AAP, 2021) καθώς η νικοτίνη επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σύσταση και τη γεύση του μητρικού γάλακτος για το βρέφος, με αρνητικές συνέπειες για την υγεία και την ανάπτυξη του (Napierala et al, 2016). Όταν όμως είναι αδύνατη η διακοπή του καπνίσματος, προτιμάται η συνέχιση του μητρικού θηλασμού αποφεύγοντας τη δημιουργία ενός παθητικού καπνιστικού περιβάλλοντος (Rowe et al, 2015).

1.5 Επιδημιολογικά στοιχεία

Η διακύμανση που παρατηρείται στα επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν στο μητρικό θηλασμό καθορίζονται από ορισμένους παράγοντες, επηρεάζοντας συνολικά τα ποσοστά τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο (Balogun et al, 2016). Ειδικότερα, η χρονική έναρξη, η αποκλειστικότητα ως μέθοδος σίτισης καθώς και η διάρκεια σε βάθος χρόνου αποτελούν βασικές παραμέτρους βάση των οποίων διαμορφώνεται μία ποικιλία στα ποσοστά. Μεταξύ των χωρών σημαντικά κοινωνικά, οικονομικά και γεωγραφικά κριτήρια όπως φαίνεται στις μελέτες που αναφέρονται παρακάτω, είναι οι κύριοι λόγοι διακύμανσης των αριθμητικών στοιχείων που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα και τη προώθηση στην συγκεκριμένη επιλογή σίτισης των βρεφών παγκοσμίως (Victora et al, 2016).

Η πιο πρόσφατη δημοσίευση που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία της UNICEF και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2023) σχετικά με τα νεότερα δεδομένα όσον αφορά τις πρακτικές που ακολουθούνται σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο για το μητρικό θηλασμό, αναφέρει αξιοσημείωτη βελτίωση στα ποσοστά μέσω των επιτυχημένων πολιτικών και των προγραμμάτων ενίσχυσης και υποστήριξης των μητέρων και των βρεφών (UNICEF & WHO, 2020). Η μελέτη αυτή έδειξε αύξηση του παγκόσμιου ποσοστού για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό πάνω από 10% στη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών συγκριτικά με τη προηγούμενη 10ετία (WHO, 2018), το οποίο κυμαίνεται στο 48%, δηλαδή κοντά στον στόχο του 50% που είχε τεθεί από το Συμβούλιο Παγκόσμιας Υγείας μέχρι το 2025. Από τις 100 χώρες που είναι καταγεγραμμένες ήδη από τη τελευταία καταχώρηση του 2017 και συμμετείχαν στη μελέτη, ενημέρωσαν τα εθνικά στατιστικά δεδομένα που αφορούσαν το μητρικό θηλασμό και ανέφεραν αύξηση οι 70 χώρες.



Εικόνα 1.1: Παρουσίαση των χωρών στις οποίες παρατηρήθηκε μεταβολή του ποσοστού αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (UNICEF & WHO, 2023).

Σύμφωνα με τη UNICEF (2014), ο παγκόσμιος μέσος όρος που αντιστοιχεί στην έναρξη του μητρικού θηλασμού ανέρχεται στο ποσοστό του 44%. Ωστόσο, παρατηρείται μεγάλη διακύμανση σε ορισμένες χώρες με την Ινδία και το Πακιστάν να δηλώνουν ποσοστά 23,3 % και 18,4% αντίστοιχα. Άνω του 90% υπολογίζεται σε χώρες όπως Αυστραλία, Χιλή, Ιταλία, Ιαπωνία, Ρωσία, Σαουδική Αραβία και στις Σκανδιναβικές χώρες, ενώ χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στο Ηνωμένο

Βασίλειο (81%), στη Γαλλία (63%) και στην Ιρλανδία (55%) (Victoria et al, 2016). Παρά το γεγονός ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ) τα τελευταία 11 χρόνια επισημαίνεται μια αύξηση της τάξης του 3,6% στην έναρξη του μητρικού θηλασμού και παρατηρούνται συνεχώς αυξητικές τάσεις με το πέρασμα των χρόνων, σε ορισμένες κοινωνικές και εθνικές μειονότητες στο πληθυσμό της Αμερικής υπάρχει μια διαφορετική διακύμανση των ποσοστών (Grundy et al, 2022). Αναφορές κάνουν λόγο για διατήρηση των μειωμένων ποσοστών στις Αφρο-αμερικανίδες (60%), στις ισπανόφωνες (33%) και στις Αμερικανίδες Ινδιάνες-Ιθαγενείς της Αλάσκας (59%). Όπως αποδεικνύεται σε έρευνα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που αφορούν το χαμηλό εισόδημα, την έλλειψη κοινωνικής - πολιτιστικής - εργασιακής αποδοχής και υποστήριξης, αδυναμία πρόσβασης στην εκπαίδευση και την ενημέρωση ειδικά με ζητήματα σχετικά με τις πρακτικές του θηλασμού, αποτελούν σημαντικά εμπόδια στην αύξηση των ποσοστών (Jones et al, 2015).

Τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια αύξηση στη μέση διάρκεια θηλασμού στην Κίνα. Στη συστηματική ανασκόπηση των Lin et al (2020) η οποία συμπεριέλαβε μελέτες από το 2007 έως το 2018, φαίνεται πως η μέση διάρκεια του θηλασμού αυξήθηκε στους 10 μήνες από τους 8 που είχε βρεθεί σε προηγούμενη αντίστοιχη ανασκόπηση. Επιπλέον, βρέθηκε ότι το ποσοστό θηλασμού στους 4 μήνες υπολογίζεται στο 83% από το 78% τη προηγούμενη 10ετία. Στην Αυστραλία, ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους πρώτους 6 μήνες ανέρχεται στο 64% και η συνολική διάρκειά του στο πρώτο χρόνο αντιστοιχεί στο 80% (Tawia et al, 2020). Σύμφωνα με την εθνική δημογραφική έρευνα υγείας που πραγματοποιήθηκε το 2018, επισημαίνονται τα ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά στη Νιγηρία, καθώς οι φτωχές πρακτικές που αφορούν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό υπολογίζεται μόλις στο 29% (Nduagubam et al, 2021). Στις χώρες της υποσαχάριας Αφρικής πραγματοποιείται μια μεγάλη προσπάθεια μέσα από προγράμματα προώθησης του μητρικού θηλασμού και υποστήριξης των μητέρων και των οικογενειών τους για την ανάδειξη των πολλαπλών οφελών στην υγεία τους με σκοπό να βελτιωθούν τα στατιστικά δεδομένα των χωρών αυτών (Chirojola et al, 2022). Μεγάλο ενδιαφέρον για την επιστημονική κοινότητα δείχνει να έχει η πολιτεία της Δυτικής Αφρικής και οι 13 οικονομικές κοινότητες που συγκαταλέγονται σε αυτή, καθώς μελέτη που συμπεριέλαβε δείγμα 19.345 βρεφών από το 2010 έως το 2018 επιβεβαίωσε μια αξιοσημείωτη διακύμανση των ποσοστών του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού

στους 6 μήνες μετά τη γέννηση ανάμεσα στις κοινότητες από 13% έως 58%. Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις απέδειξαν πως οι γυναίκες που ολοκλήρωσαν τουλάχιστον τη στοιχειώδη πρωτοβάθμια εκπαίδευση, όσες έχουν μεγαλύτερη ηλικία και κατοικούν σε αγροτικές περιοχές αλλά και αυτές που πραγματοποίησαν 4 ή περισσότερες προγεννητικές επισκέψεις σε κάποιο κέντρο υγειονομικής περίθαλψης έχουν περισσότερες πιθανότητες για έναν επιτυχή αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (Agho et al, 2019).

Η Ευρωπαϊκή περιφέρεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρει πως πολλές από τις χώρες που ανήκουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση συμπεριλαμβάνονται στις περιοχές με τα χαμηλότερα ποσοστά (περίπου 25%) στους 6 μήνες αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Συγκριτική μελέτη των εθνικών στατιστικών δεδομένων και των συστημάτων παρακολούθησης σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες (το Βέλγιο, την Κροατία, τη Δανία, τη Γερμανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Νορβηγία, την Ολλανδία, την Ισπανία, τη Σουηδία και την Ελβετία) έδειξε ότι η έναρξη του θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό έγινε για το 56% έως 98% των βρεφών συνολικά από όλες τις χώρες, ενώ στους 6 μήνες η σίτιση αποκλειστικά με μητρικό γάλα πραγματοποιήθηκε για το 13% - 39% σε αντίθεση με τη μέθοδο μικτής σίτισης (μητρικό και ξένο γάλα) που αντιστοιχεί σε 38% - 71% (Theurich et al, 2019). Επιπλέον, μια γερμανική συστηματική ανασκόπηση στην οποία συμπεριλαμβάνονται 35 προοπτικές μελέτες της περιόδου από 1990 έως 2014, επιβεβαιώνει την απότομη μείωση του ποσοστού εντός των πρώτων 6 μηνών από τη γέννηση, καθώς στη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών παρά το γεγονός ότι σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά για την έναρξη (72% - 97%), η πτώση ξεκινάει αισθητά στους 2 μήνες με αποτέλεσμα να θηλάζει μόνο το 50% των βρεφών στους 6 μήνες (Weissenborn et al, 2016).

Σε εθνικό επίπεδο λαμβάνοντας υπόψη την ελληνική βιβλιογραφία στις μετρήσεις των δεικτών για το μητρικό θηλασμό τα ποσοστά έναρξης κυμαίνονται από 85% για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και 23% για το μικτό, ενώ μετά από 1 μήνα τα αντίστοιχα ποσοστά υπολογίζονται σε 79% και 61% (Bakoula και συν, 2007). Ο επιπολασμός του θηλασμού στην Ελλάδα είναι περίπου 55% και ορισμένοι κοινωνικό - πολιτισμικοί και γεωγραφικοί παράγοντες καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη διαμόρφωσή του. Οι ημιαστικές περιοχές σημειώνουν ελαφρώς πιο αυξημένα ποσοστά συγκριτικά με τις αστικές (Tsanidou και συν. 2019) και τις αγροτικές, στις οποίες εκτός των άλλων παρατηρείται και μικρότερη διάρκεια (Spyrakou και συν., 2022). Όσον αφορά τη διάρκεια του θηλασμού στον πρώτο, τον τρίτο και τον έκτο

μήνα ζωής του βρέφους, οι μετρήσεις δείχνουν 87,5%, 57% και 38, 75% αντίστοιχα (Tavoulari και συν., 2016). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα αποτελέσματα μιας έρευνας στην οποία μελετήθηκαν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού σε Ελληνίδες μητέρες οι οποίες έλαβαν εξατομικευμένη μαιευτική φροντίδα και συμβουλευτική συγκριτικά με την παροχή της συνηθισμένης φροντίδας εντός 24 μηνών από τη γέννηση του βρέφους και επιβεβαιώθηκε η επικράτηση του αποκλειστικού θηλασμού καθώς ήταν συχνότερος και με υψηλότερα ποσοστά από την ομάδα ελέγχου (Truна και συν., 2021).

Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί δύο εθνικές μελέτες, εκ των οποίων η πρώτη «Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού» (Gaki και συν., 2009) αποτέλεσε το έναυσμα για τον υπολογισμό των ποσοτικών δεδομένων που περιγράφουν τον αποκλειστικό και τον μικτό θηλασμό, τη διάρκειά του καθώς και παράγοντες που επηρέασαν τη πρόωρη διακοπή του. Η δημοσίευση της δεύτερης σε σειρά εθνικής μελέτης αφορούσε την εκτίμηση του επιπολασμού στην Ελλάδα, στοχεύοντας στην διαχρονική σύγκριση των δεικτών και των προσδιοριστικών παραγόντων μέσα στη διάρκεια 10 ετών (2007-2017). Διαπιστώθηκε μεγαλύτερη συχνότητα το 2017 όπου το 94% αφορούσε την έναρξη του θηλασμού, αναλογικά με τους δείκτες που είχαν βρεθεί το 2007. Μέχρι το τέλος του πρώτου, του τέταρτου και του έκτου μήνα τα ποσοστά αντιστοιχούσαν σε 80%, 56% και 45% (Piiodromith και συν, 2020). Η Gaki προτείνει τον εντοπισμό των μητέρων εκείνων που πιθανόν ανήκουν σε μια ομάδα αυξημένου κινδύνου για την πρόωρη διακοπή από τους επαγγελματίες υγείας στο διάστημα παραμονής τους στο μαιευτήριο, προκειμένου να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες και οι γυναίκες να λάβουν την απαραίτητη υποστήριξη και καθοδήγηση. Ωστόσο στη μελέτη της Piiodromiti, οι πρακτικές που ενισχύουν το μητρικό θηλασμό, όπως η επαφή δέρμα με δέρμα μέσα στη πρώτη ώρα από τη γέννηση, η συνδιαμονή μητέρα – βρέφους (rooming in), φαίνεται πως με το πέρασμα του χρόνου εδραιώνονται σε μεγαλύτερο βαθμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

2.1 Η θεωρία της κοινωνικής – γνωστικής μάθησης

Η διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς ερμηνεύεται από πολλές θεωρίες, οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς την αντίληψη των μηχανισμών εκείνων που ευθύνονται για την εξέλιξη στη συμπεριφορά κάθε ατόμου (Sheeran et al, 2016). Συγκεκριμένα, οι συμπεριφοριστές υποστήριζαν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τη συμπεριφορά, όμως τα νεότερα δεδομένα όπως προέκυψαν από τη διατύπωση της θεωρίας κοινωνικής-γνωστικής μάθησης του Bandura (1986), δείχνουν το σημαντικό ρόλο της μάθησης, των νοητικών διεργασιών γενικότερα και της παρατήρησης στη διαδικασία αυτή.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται ανάμεσα στους ανθρώπους που συμμετέχουν σε μια παρόμοια δυναμική διαδικασία, αποτελεί ένα σημαντικό αντικείμενο μελέτης των κοινωνικών θεωριών, καθώς δίνεται έμφαση στις αναπτυσσόμενες διαπροσωπικές σχέσεις που βασίζονται στη μίμηση και την προτυποποίηση. Είναι γεγονός πως κάθε άτομο μπορεί να διδάσκεται από το άλλο σε μια τέτοια εξελικτική σχέση, όταν σύμφωνα με τον Bandura οι συμπεριφοριστικές πτυχές συνδυάζονται με τις γνωστικές διαδικασίες και κυριαρχούν η σκέψη, η αντίληψη, η παρατηρησιακή μάθηση και η δημιουργία προτύπων μέσω της μίμησης και της ταύτισης (Bandura, 1977). Οι μηχανισμοί αυτοί είναι ιδιαίτερα χρήσιμοι στην κατανόηση και την επεξεργασία των πληροφοριών, καθώς αποτελούν τα θεμέλια στη διαμόρφωση του πλαισίου της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, βάση του οποίου τροποποιείται μόνιμα και σε όλα τα επίπεδα η ανθρώπινη συμπεριφορά.

Ειδικότερα ο όρος «κοινωνικογνωστική» θεωρία αποδίδεται στο συνδυασμό των κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμπεριφορά και τη δράση του ατόμου και των γνωστικών διεργασιών, κατά τις οποίες οι διαδικασίες της σκέψης και της αντίληψης αποτελούν βασικές παραμέτρους καθοδήγησης των προσωπικών κινήτρων, καθορισμού των συναισθημάτων και των δράσεων που επιθυμεί να εκτελέσει κάθε άνθρωπος (Bandura, 2001). Έτσι, λοιπόν, η επεξεργασία και η κωδικοποίηση των προσλαμβανόμενων πληροφοριών οδηγεί στην μετατροπή τους σε συμβολικές αναπαραστάσεις που καθοδηγούν τη διαδικασία απόκτησης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς όμοιας με αυτής του προτύπου. Επομένως, η

τροποποιήσιμη συμπεριφορά σύμφωνα με τη θεωρία είναι το αποτέλεσμα της συνεχούς αλληλεπίδρασης ανάμεσα στα προσωπικά χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύει κάθε άνθρωπος, στους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τα πρότυπα συμπεριφοράς (Bandura, 2004).

Η γνώση φαίνεται να κατέχει το ρόλο του διασυνδεδετικού παράγοντα στη διαδικασία της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στη συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά του ατόμου. Αποκτά την ικανότητα να δημιουργήσει την πραγματικότητα, να εκτελέσει ένα είδος αυτορρύθμισης προκειμένου να επιτύχει την κατάλληλη συμπεριφορά μέσα από προσδοκίες, προθέσεις και πεποιθήσεις. Η φυσική συνέπεια της κάθε πράξης καθορίζει και τη συναισθηματική αντίδραση. Ως εκ τούτου, κάθε άνθρωπος ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαθέτει ή τη κοινωνική κατάσταση στην οποία εντάσσεται, δέχεται και διαφορετική αντίδραση από το εκάστοτε κοινωνικό περιβάλλον. Οι γνωστικές ικανότητες, η αντίληψη και οι προσωπικές πεποιθήσεις τροποποιούνται από κοινωνικούς παράγοντες μέσω συναισθηματικών αντιδράσεων που προκαλούν οι διαδικασίες της μοντελοποίησης, της καθοδήγησης και της κοινωνικής πειθούς (Bandura, 1986).

Όσον αφορά το εξωτερικό περιβάλλον, ο Bandura (1997) αναφέρει 3 τύπους περιβαλλοντικών δομών ο καθένας εκ των οποίων αντιστοιχεί σε διαφορετική διαβάθμιση στο επίπεδο εστίασης και προσωπικής δράσης που απαιτείται. Διάφοροι οικονομικοί, κοινωνικοί, εκπαιδευτικοί και επαγγελματικοί παράγοντες που προέρχονται από τις δομές του ευρύτερου περιβάλλοντος, αποτελούν την απαρχή των ψυχολογικών μηχανισμών με στόχο τη παραγωγή συμπεριφορικών αντιδράσεων. Η καθημερινή ζωή περιλαμβάνει αρκετές πηγές επιρροής που μεσολαβούν στον επαναπροσδιορισμό της συμπεριφοράς χωρίς όμως αυτό να είναι απαραίτητο κάθε φορά, καθώς το περιβάλλον θεωρείται μια μεταβλητή οντότητα καθιστώντας δυνατή την αλληλεπίδραση με αμφίδρομη κατεύθυνση ανάμεσα στη συμπεριφορά του ατόμου και το εξωτερικό περιβάλλον.

2.2 Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας

Σύμφωνα με τον Bandura (2012), ως αυτοαποτελεσματικότητα ορίζεται η αντίληψη που κατέχει ένα άτομο σχετικά με την ικανότητά του να πραγματοποιήσει με επιτυχία έναν επιδιωκόμενο στόχο. Αποτελεί μια δυναμική διαδικασία που περιλαμβάνει γνωστικούς, συναισθηματικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, η οποία μπορεί να έχει έναν προβλεπτικό ρόλο στη διαμόρφωση της κατάλληλης συμπεριφοράς και στην απόκτηση της ικανότητας διαχείρισης σε θέματα υγείας (Bandura, 1994). Ουσιαστικά, πρόκειται για μια διαδικασία που αφορά την αυτοπεποίθηση του ατόμου και την αντίληψη αυτού σχετικά με την ικανότητα αυτορρύθμισης των σκέψεων, των προσωπικών κινήτρων, των συναισθημάτων και των επιρροών από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον για την επεξεργασία και την εκτέλεση της ανάλογης συμπεριφοράς (Bandura, 1986).

Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμμετέχει στον καθορισμό της ατομικής συμπεριφοράς, καθώς αντανακλά την ιδεολογική αντίληψη για τις ικανότητες που κατέχει το άτομο και όχι απαραίτητα τις πραγματικές του ικανότητες. Δε συνιστά ένα από τα στοιχεία που απαρτίζουν στο σύνολο την προσωπικότητα αλλά μια εξειδικευμένη αντίληψη για μια συγκεκριμένη κατάσταση που βιώνει. Μέσα από τη θεωρία αυτή, αναφέρεται πως πραγματοποιείται μια εντονότερη κινητοποίηση και αυξάνονται οι προσδοκίες αποσκοπώντας στην επίτευξη των προσωπικών στόχων με το καλύτερο δυνατό τρόπο. Αναγνωρίζονται τα κίνητρα και οι επιθυμητοί στόχοι, με αποτέλεσμα την βέλτιστη κατανόηση στην ανθρώπινη συμπεριφορά μέσα από την καθοδήγηση που απαιτείται για την εκπλήρωσή τους (Cannon & Rucker, 2022).

Ευρήματα μελετών αποδεικνύουν πως η πεποίθηση του ατόμου για τις ικανότητές του επηρεάζει τον τρόπο σκέψης και τη συμπεριφορική αντίδραση σε διάφορες καταστάσεις. Η απόλυτη πεποίθηση στον τομέα αυτό υποδηλώνει ότι το άτομο αισθάνεται ικανό για τη λήψη πρωτοβουλιών και τη συμμετοχή σε προκλητικές δραστηριότητες, ενώ η αμφιβολία και η αρνητική σκέψη μειώνει την υφιστάμενη προσπάθεια. Η αξιολόγηση της ατομικής αυτοαποτελεσματικότητας είναι υψίστης σημασίας, αφού συνιστά μια καίρια παράμετρο που επηρεάζει τους στόχους που επιθυμεί να θέσει, την προσπάθεια και την επιμονή που θα καταβάλει προκειμένου να υλοποιηθούν, κυρίως όμως την συναισθηματική κατάσταση στην οποία εντάσσεται σε κάθε περίπτωση έτσι ώστε να επιδιώξει την αντιμετώπιση ενδεχόμενων δυσκολιών που θα προκύψουν (van der Bijl & Shortridge-Baggett,

2001). Επομένως, η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στην συνολική απόδοση και στις μεταβολές της συμπεριφοράς. Η επίγνωση των δυνατοτήτων που διαθέτει το κάθε άτομο το καθιστά ικανό να φέρει εις πέρας οποιαδήποτε δυσκολία προκύψει στη διάρκεια επίτευξης ενός στόχου, καταβάλλοντας ακόμα μεγαλύτερη προσπάθεια. Αντιθέτως, αν πιστεύει ότι είναι αδύνατον να επιτύχει τα επιθυμητά αποτελέσματα μέσω των πράξεων του, τότε υποδηλώνεται η απουσία προσωπικών κινήτρων που θα το κινητοποιήσει για να ενεργήσει και να επιμείνει σε τυχόν εμπόδια (Wingo et al, 2015).

Η προσδοκία της επιτυχίας δεν είναι απλά μια γενικευμένη αντίληψη της ικανότητας, αλλά αντιπροσωπεύει μια ορισμένη πεποίθηση η οποία προσανατολίζεται στο μέλλον και υποστηρίζει την επιτυχή ολοκλήρωση ενός έργου. Παρόμοιες περιγραφές αναφέρονται στη θεωρία προσδοκίας – αξίας, σύμφωνα με την οποία οι Wigfield και Eccles (2000) επισημαίνουν ότι η προσδοκία για μια επιτυχία διαμορφώνεται με την πεποίθηση των προσωπικών κινήτρων που εντάσσονται σε τρεις (3) μεγάλες κατηγορίες: το στόχο, την αυτοαντίληψη και το βαθμό δυσκολίας. Οι στόχοι που θέτονται περιλαμβάνουν μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους, οι οποίοι σε συνδυασμό με τις γενικές εντυπώσεις που αφορούν την ικανότητα στον εκάστοτε τομέα δραστηριοποίησης και την αντιληπτή (όχι απαραίτητα την πραγματική) δυσκολία, αποτελούν έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα προσπάθειας συμμετοχής και κατ' επέκταση της επιτυχίας (Cook & Artino, 2016).

Συνεπώς, η ενεργητική παραγωγική λειτουργία του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον ενισχύει την ανεξαρτησία και μειώνει την ανάπτυξη εξαρτημένων συμπεριφορών. Ταυτόχρονα μελέτες που λαμβάνουν χώρα για την διερεύνηση της σχέσης των πολιτισμικών και ψυχολογικών αλλαγών στα πλαίσια της κοινωνικής ανάπτυξης, επιβεβαιώνουν την αύξηση του βαθμού της αυτοαποτελεσματικότητας με την πάροδο του χρόνου. Σε μετανάλυση, η αύξηση αυτή αποδίδεται στις μεταβολές που δέχεται από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον λόγω των αλλαγών που υφίσταται κάθε κοινωνικό σύνολο προς βελτίωσή του σε παγκόσμια κλίμακα (Jiao et al, 2020).

2.3 Διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού

Βασιζόμενη στην κοινωνική-γνωστική θεωρία του Bandura, η Dennis (1999) εισήγαγε την έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού, η οποία περιγράφει την αντίληψη της μητέρας σχετικά με τις ικανότητές της να θηλάσει το παιδί της, επηρεάζοντας παράλληλα τις αποφάσεις της αναφορικά με τη συνολική έκβαση του μητρικού θηλασμού. Ειδικότερα η επιλογή ή όχι του θηλασμού, η ένταση της προσπάθειας για την επίτευξη του προσδοκώμενου στόχου, καθώς και ο τρόπος ανταπόκρισης της γυναίκας σε δυσκολίες και σε προβλήματα που πιθανόν να εμφανιστούν, αποτελούν έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα που καθορίζει την επιτυχημένη ή μη έκβαση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού (Vincent, 2015). Επομένως, ο βαθμός που αντιπροσωπεύει την αυτοαποτελεσματικότητα της μητέρας επηρεάζει γενικότερα τις σκέψεις της αναφορικά με το μητρικό θηλασμό και ακολούθως την συμπεριφορά της.

Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura, επισημαίνονται ορισμένοι παράμετροι που αποτελούν τις βασικές πηγές πληροφόρησης για τη μητέρα, οι οποίες επιδρούν είτε θετικά είτε αρνητικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς και της πεποίθησης της ίδιας. Ειδικότερα:

- i. *Προσωπικά επιτεύγματα*: οι προηγούμενες θετικές εμπειρίες σχετικά με το μητρικό θηλασμό μπορούν να επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα εμφανίζοντας μεγαλύτερες τιμές, ενώ οι αρνητικές εμπειρίες την επηρεάζουν αρνητικά (Gonzalez, 2020). Όταν ο θηλασμός συνοδεύεται από προβλήματα που αφορούν το βρέφος, τη μητέρα ή τη διαδικασία γενικότερα, παρουσιάζεται ένας αρνητικός αντίκτυπος στην αυτοπεποίθηση της μητέρας, μειώνοντας όχι μόνο το βαθμό της αυτοαποτελεσματικότητας αλλά και τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού (Li et al, 2022). Κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί, επίσης, πως το μέγεθος της επίδρασης δεν εξαρτάται μόνο από τις εμπειρίες της γυναίκας αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αντιλήφθηκε και βίωσε η ίδια ένα θετικό ή αρνητικό γεγονός καθώς και το τελικό αποτέλεσμα. Επομένως, η έμφαση που δίνεται στα θετικά σημεία μιας εμπειρίας ενισχύει την αίσθηση της αυτοπεποίθησης και της επιμονής, συγκριτικά με την συνεχόμενες ανεπιτυχείς προσπάθειες με τις οποίες μειώνεται η αυτοαποτελεσματικότητα (Dennis, 1999).

- ii. *Παρατήρηση*: όπως υποστήριξε και ο Bandura, η μάθηση που πραγματοποιείται μέσω της παρατήρησης και της μίμησης άλλων προτύπων με παρόμοια συμπεριφορά είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα. Η επίδραση που επιτυγχάνεται μέσα από τη διαδικασία της προτυποποίησης εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του μοντέλου, δηλαδή ένα μέλος της οικογένειας ή του ευρύτερου φιλικού - κοινωνικού κύκλου που θηλάζει και μοιράζεται την εμπειρία του. Στη περίπτωση όπου τα δημογραφικά, ψυχοσυναισθηματικά και κοινωνικά στοιχεία ταιριάζουν με τα αντίστοιχα του προτύπου, έχει μεγαλύτερη επίδραση στο άτομο που επιδιώκει την ανάπτυξη μιας παρατηρησιακής συμπεριφοράς για την υλοποίηση ενός στόχου (Ngo et al, 2019).
- iii. *Λεκτική πειθώ*: Εξίσου σημαντική είναι η λεκτική ενθάρρυνση και η αναγνώριση της προσπάθειας που καταβάλλει μια θηλάζουσα μητέρα από το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον και το σύνολο των επαγγελματιών υγείας που την παρακολουθεί (Dennis, 1999). Η υποστήριξη που δέχεται σε κοινωνικό επίπεδο ενισχύει το αίσθημα της αυτοπεποίθησης και την αυτοαποτελεσματικότητα, επιδρώντας με θετικό πρόσημο στη σωματική και ψυχολογική ευημερία της γυναίκας, γεγονός το οποίο παρέχει σημαντική βελτίωση στη πρακτική του μητρικού θηλασμού, ξεπερνώντας παράλληλα τα προβλήματα με τη κατάλληλη καθοδήγηση (Faridvand et al, 2017).
- iv. *Φυσιολογική και συναισθηματική εγρήγορση*: Υποστηρίζεται πως η εγρήγορση επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου και όταν αυτό βρίσκεται σε μια κατάσταση σωματικής ή συναισθηματικής εγρήγορσης, τείνει να ερμηνεύει διαφορετικά μέσω γνωστικών διεργασιών. Η κατάσταση που εκλαμβάνεται με το συναίσθημα του φόβου και του άγχους επιδρά αρνητικά στην αποτελεσματικότητα προκειμένου να το αντιμετωπίσει. Αντίθετα, όταν εκλαμβάνεται με ταραχή, η προσπάθεια εντείνεται προκειμένου να βελτιώσει την ικανότητά του. Η συναισθηματική διέγερση αποτελεί έναν ιδιαίτερο παράγοντα εκτίμησης των ικανοτήτων και προάγει την υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς. Ο ενθουσιασμός και η ικανοποίηση που νιώθει το άτομο συμβάλει στην αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας, ενώ ο σωματικός

πόνος, το άγχος και γενικότερα τα αρνητικά συναισθήματα εγείρουν την αποδυνάμωσή της. Επιπλέον, όπως επιβεβαιώνεται από μελέτες μια κατάσταση ψυχικού στρες που βιώνει η θηλάζουσα μητέρα αποτελεί έναν ανασταλτικό παράγοντα στην απελευθέρωση της ωκυτοκίνης που οφείλεται στη διέγερση της θηλής, προκαλώντας τη μείωση του αντανακλαστικού εκροής γάλακτος. Ο συνδυασμός όσων αναφέρονται παραπάνω δείχνει να μειώνει την αυτοαποτελεσματικότητα (Dennis, 1999, Fallon et al, 2016).

2.4 Παράγοντες αύξησης της αυτοπεποίθησης και υιοθέτησης θετικής συμπεριφοράς για το μητρικό θηλασμό

Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί μια διαδικασία μέσω της οποίας είναι δυνατόν να προβλεφθεί μια αναπτυσσόμενη συμπεριφορά, η οποία επιλέγεται και διατηρείται με βάση τις προσδοκίες που έχει το άτομο για τα επιθυμητά αποτελέσματα αλλά και για τις ικανότητές του (Bandura, 1977). Η επιλογή της κατάλληλης συμπεριφοράς ανάλογα με τις εκάστοτε πεποιθήσεις δύναται να επηρεάσει τις σκέψεις και τις πράξεις καθώς και το βαθμό δέσμευσης στους στόχους που αναμένεται να υλοποιηθούν. Παρατηρείται, λοιπόν, η υιοθέτηση συμπεριφορών που δεν υπερβαίνουν τις αντιλαμβανόμενες δυνατότητες και αποφεύγουν εκείνες που πιστεύουν πως δεν μπορούν να ακολουθήσουν αναλογικά με το επίπεδο της εκτιμώμενης αυτοαποτελεσματικότητας.

Ειδικότερα, όσον αφορά στη συμπεριφορά της θηλάζουσας μητέρας φαίνεται πως καθορίζεται από ορισμένους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το αίσθημα της αυτοπεποίθησης. Η συμπεριφορά που υιοθετεί η μητέρα στη διαδικασία του μητρικού θηλασμού περιλαμβάνει πεποιθήσεις, γνώσεις και περιγράφεται ως μια τάση επίδειξης συναισθημάτων, απόψεων και συμπεριφορικών προτύπων που αποδίδεται στην αναπτυξιακή αλληλουχία εδραίωσης αυτού του είδους συμπεριφοράς (Altamini et al, 2017).

Μελέτες επιβεβαιώνουν τη συνδυαστική επίδραση των επιλεγμένων προτύπων συμπεριφοράς που επιθυμεί να ακολουθήσει η μητέρα, της προσπάθειας που καταβάλλει, της επιμονής για την επίτευξη του τελικού στόχου, της προσωπικής άποψης και των συναισθηματικών αντιδράσεων στην εδραίωση της σχέσης ανάμεσα στα επίπεδα αυτοπεποίθησης και την ανταπόκριση σε εσωτερικούς και εξωτερικούς

παράγοντες (Gonzalez, 2020). Οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλουν στη διαμόρφωση μίας θετικής συμπεριφοράς για τη μητέρα περιγράφονται ως εξής:

- Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά.
- Σωματική και ψυχική ευημερία.
- Προηγούμενες θετικές εμπειρίες στο θηλασμό και τη γονεϊκότητα.
- Υγιή αλληλεπίδραση με το νεογνό, την οικογένεια, τους επαγγελματίες υγείας και το εξωτερικό περιβάλλον.
- Υποστήριξη από το κοινωνικό, οικογενειακό, φιλικό, επαγγελματικό περιβάλλον καθώς και από τους αρμόδιους φορείς με τους κατάλληλους επαγγελματίες υγείας μέσα από ενημέρωση, παροχή πληροφοριών και συζήτηση (Ngo et al, 2019 & Mangrio et al, 2017).

Σύμφωνα με τα νεότερα δεδομένα της παγκόσμιας βιβλιογραφίας, έχει αποδειχτεί πως η αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού επηρεάζει τη συμπεριφορά της γυναίκας στη μεταγεννητική περίοδο (Lau et al, 2018). Μελέτες επισημαίνουν τη σχέση που δημιουργείται ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και τις επιμέρους παραμέτρους που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς αποτελούν έναν ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την επιτυχή έναρξη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, τη συνολική διάρκεια καθώς και τις πρακτικές που καθιερώνονται για την εδραίωσή του. Ιδιαίτερη επιρροή στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού δείχνει να έχει η ψυχολογική, κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση παράλληλα με τη συμπεριφορά και το επίπεδο του αυτοελέγχου της μητέρας. Ωστόσο, η απόφαση που λαμβάνει η ίδια στην περίοδο της κύησης σχετικά με τις προσδοκίες και τις επιθυμίες της, που αφορούν τη μέθοδο σίτισης του νεογνού, συμβάλλει στην οριοθέτηση των δυνατοτήτων της και με αυτό τον τρόπο παρουσιάζεται μια αύξηση στο αίσθημα της αυτοπεποίθησης, γεγονός το οποίο οδηγεί σε θετική έκβαση στην πορεία του θηλασμού (Tsaras και συν., 2021 & Faridvand et al, 2017).

Συνεπώς, όπως αναφέρει και η Dennis (2003) στο μοντέλο που ανέπτυξε, οι γυναίκες που εμφανίζουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και βεβαιότητα για την ικανότητά τους να θηλάσουν, έχουν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το μητρικό θηλασμό και να επιμείνουν στη προσπάθεια που χρειάζεται μέχρι να επιτύχουν το στόχο τους και να ξεπεράσουν όποια δυσκολία παρουσιαστεί στη διάρκεια ολόκληρης της διαδικασίας. Η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα επιδρά με θετικό τρόπο στις σκέψεις και στην αντίληψη της μητέρας, απορρίπτεται κάθε

συναίσθημα απογοήτευσης και αρνητισμού, ώστε η γυναίκα να έχει τη δυνατότητα να οραματιστεί έναν επιτυχή θηλασμό για την ίδια και το βρέφος, υιοθετώντας νέα θετική στάση και συμπεριφορά (Dennis, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ

3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη, την εδραίωση και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού

Λαμβάνοντας υπόψη τα χαμηλά ποσοστά που αντιστοιχούν στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, κρίνεται αναγκαίος ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία της εδραίωσης αλλά και τη συνολική έκβασή του. Παρά το γεγονός ότι η γαλουχία αποτελεί μια απόλυτα φυσική μέθοδος σίτισης, ο θηλασμός σε βάθος χρόνο φαίνεται να δέχεται μεγάλη επιρροή από πληθώρα παραγόντων που αφορούν στη μητέρα σε κοινωνικοδημογραφικό, προσωπικό, ψυχολογικό και βιολογικό επίπεδο καθώς και από ορισμένες παραμέτρους από τη πλευρά του βρέφους (Krolak-Olejnik, 2017). Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια τάση στην ερμηνεία και την αιτιολόγηση διαφόρων μεταβλητών μέσα από τη συνδυαστική εκτίμηση των προσωπικών πολυπαραγοντικών χαρακτηριστικών και του κοινωνικού περιβάλλοντος (Irmak, 2016).

Σε πολλές περιπτώσεις η απόφαση της μητέρας σχετικά με το θηλασμό εξαρτάται από κοινωνικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για αυτό η βελτίωση των γνώσεων που αντιπροσωπεύουν τους παράγοντες αυτούς σε συνδυασμό με την ενημέρωση για τα πολλαπλά οφέλη που αποκομίζουν η μητέρα και το βρέφος μέσω του θηλασμού, επισημαίνεται πως αποτελεί βασική προτεραιότητα των κρατικών, υγειονομικών και κοινωνικών φορέων. Ευρήματα ερευνών που πραγματοποιούνται σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες και αξιολογούν τα ποσοστά έναρξης και συνέχισης του θηλασμού, όπως και των μητρικών και βρεφικών παραμέτρων που πιθανόν οδηγούν στην πρόωρη διακοπή, συνιστούν τη βάση για την εφαρμογή των κατάλληλων πρακτικών που απαιτούνται για την προώθηση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού ως την ασφαλέστερη και πολύτιμη διατροφική πηγή (Tracz & Gajewska, 2020)

3.1.1 Παράγοντες που σχετίζονται με τη μητέρα

➤ Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Μελέτες επιβεβαιώνουν τη διαφορετική σχέση που παρατηρείται ανάμεσα στην ηλικία της μητέρας και τη συμπεριφορά σε θέματα υγείας και ειδικότερα του μητρικού θηλασμού. Αναφέρεται πως η ηλικία αποτελεί την κινητήριο δύναμη σε θέματα που απαιτούν την αλλαγή της συμπεριφοράς για τη καλύτερη διαχείριση. Μια προοπτική μελέτη στην οποία συμπεριλήφθηκαν 969 νεογνά με τις μητέρες τους, έδειξε ότι κάθε επιπλέον ηλικιακό έτος της μητέρας αυξάνει το ποσοστό του συνολικού χρόνου θηλασμού κατά 2% βάση της πολύ-παραγοντικής ανάλυσης (Lechoza-Munic et al, 2020). Έτσι λοιπόν, η σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στην ηλικία και στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού καθορίζει τη συνολική έκβασή του, καθώς τα ευρήματα των μελετών επισημαίνουν πως οι νεότερες ηλικιακά μητέρες σημειώνουν μικρότερη διάρκεια στο θηλασμό και χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού των βρεφών τους συγκριτικά με τις μεγαλύτερες γυναίκες. Η επιβεβαίωση τίθεται με μια ακόμα προοπτική μελέτη του Whipps (2016) στην οποία καταγράφηκε η έναρξη και η διάρκεια μητρικού θηλασμού σε 1.311 μητέρες. Ο μέσος όρος συνολικού χρόνου αντιστοιχεί στις 8,3 εβδομάδες για μητέρες κάτω των 20 ετών και 27,9 εβδομάδες για άνω των 30 ετών. Όσον αφορά τη μέση διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού αντίστοιχα ανέρχεται στις 3,6 και 9 εβδομάδες.

Ένας ακόμα προβλεπτικός παράγοντας για τη διάρκεια του θηλασμού αποτελεί το εκπαιδευτικό επίπεδο σε συνάρτηση με την ηλικία. Ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες παρατηρείται μία αναλογική σχέση ανάμεσα στη διάρκεια του θηλασμού και το επίπεδο των σπουδών που έχει ολοκληρώσει η μητέρα. Ειδικότερα, συστηματική μετα-ανάλυση δείχνει την αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου στις νέες μητέρες και του πρόωρου απογαλακτισμού (Dalili et al, 2020). Μεγαλύτερες πιθανότητες για μακροχρόνιο θηλασμό παρουσιάζουν τα νεογνά που προέρχονται από μητέρες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς οι γυναίκες που έχουν ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σπουδές φαίνεται να θηλάζουν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα σε ποσοστό που αντιστοιχεί στο 53% (Lechoza-Muniz et al, 2020). Η υποχρεωτική βαθμίδα εκπαίδευσης οδηγεί τις γυναίκες σε περιορισμένη ενημέρωση σε θέματα που αφορούν το μητρικό θηλασμό και τους τρόπους αναζήτησης της κατάλληλης υποστήριξης από εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας προκειμένου να επιτευχθεί μια θετική έκβαση.

Παράλληλα, το οικογενειακό εισόδημα έχει μια ισχυρή επίδραση στη διάρκεια του θηλασμού (Aderibigbe & Lucas, 2022). Ο οικονομικός παράγοντας συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη πρόωρη διακοπή του, ειδικά σε περιπτώσεις όπου αφορά μητέρες και οικογένειες με χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια (Rigoni et al, 2023). Οι γυναίκες αυτές δεν καταφέρνουν να επιτύχουν τους προσδοκώμενους στόχους, με αποτέλεσμα να σημειώνονται μικρότερα ποσοστά θηλασμού από τον γενικότερο πληθυσμό (Hornsby et al, 2019). Αναφορικά με τις εργαζόμενες μητέρες, έχει αποδειχθεί πως η επιστροφή στην εργασία μετά τη γέννηση του βρέφους αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την συνολική έκβαση στη διαδικασία του θηλασμού, καθώς τα στατιστικά στοιχεία υποδηλώνουν πως δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις ανάγκες του βρέφους. Οι πολιτικές που έχουν εδραιωθεί και ακολουθούνται στους εργασιακούς χώρους σχετικά με την πληρωμένη άδεια μητρότητας, λειτουργούν υπέρ του θηλασμού αφού τα ερευνητικά δεδομένα κάνουν λόγο για μεγαλύτερη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού τους πρώτους 6 μήνες (Hamad et al, 2019).

Η εθνική καταγωγή συνιστά έναν εξίσου σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα εκτός της ηλικίας, του εκπαιδευτικού επιπέδου και του εισοδήματος που αναφέρθηκαν παραπάνω. Τα τελευταία χρόνια έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές στην επίπτωση του μητρικού θηλασμού σε πληθυσμιακές ομάδες με διαφορετικό υπόβαθρο όσον αφορά την εθνικότητα. Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα, βρέθηκε ότι οι μητέρες που κατοικούν σε ανεπτυγμένες χώρες, προέρχονται από αγροτικές περιοχές και ανήκουν σε λευκές, μαύρες και ισπανόφωνες φυλετικές ομάδες εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά έναρξης και συνέχισης του θηλασμού συγκριτικά με μητέρες από αστικές περιοχές. Αυτό συμβαίνει καθώς στις αγροτικές περιοχές υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες οι γυναίκες αυτές να είναι νεότερες, άγαμες, χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου και κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου (Wood et al, 2023). Παράλληλα, συγκεντρωτικές αναλύσεις μελετών στις ΗΠΑ παρουσιάζουν διαφορές σχετικά με τη μέθοδο βρεφικής σίτισης που ακολουθείται και τα ποσοστά του θηλασμού σε ορισμένες φυλετικές μειονότητες λόγω κοινωνικών, πολιτιστικών και ιστορικών παραμέτρων. Η αξιολόγηση περιλαμβάνει μητέρες της μαύρης φυλής και επισημαίνεται η μικρή χρονική διάρκεια θηλασμού και η πρόωρη διακοπή κυρίως για τις Αφροαμερικανίδες και τις Αμερικανίδες ισπανικής καταγωγής αλλά με μια σταδιακή αύξηση των ποσοστών μετά τη δεκαετία του 2000 (Johnson & Kington,

2023). Επομένως, κρίνεται αναγκαία η προώθηση του θηλασμού μέσω της κοινωνικής και πολιτικής υποστήριξης στις μεταναστευτικές ομάδες και μειονότητες, έτσι ώστε να επιτευχθεί η έναρξη του θηλασμού και να συνεχιστεί για ένα χρονικό διάστημα το οποίο θα καλύπτει τη μητέρα και το βρέφος σε κοινωνικό, βιολογικό, ψυχολογικό και εργασιακό επίπεδο (Lyons et al, 2023).

➤ *Ψυχοσυναισθηματικοί παράγοντες*

Η ψυχολογική και συναισθηματική κατάσταση της μητέρας έχει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς που θα αποτελέσει το αιτιολογικό υπόβαθρο στη συνολική έκβαση και διαχείριση όλων των θεμάτων που προκύπτουν κατά το θηλασμό. Δεδομένου του υψηλού επιπολασμού των διαταραχών που αφορούν την ψυχική υγεία της γυναίκας σε όλη τη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου φαίνεται πως είναι ένας σημαντικός υποκειμενικός παράγοντας, ο οποίος σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά έναρξης και συνέχισης του θηλασμού (Pezley et al, 2022).

Ειδικότερα τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν πως ο επιπολασμός της αγχώδους διαταραχής είναι 17% και τουλάχιστον 7-20% των γυναικών έρχονται αντιμέτωπες με μια μορφή κατάθλιψης στη περιγεννητική περίοδο, ενώ 1 στις 3 μητέρες αναφέρουν πως βίωσαν μετατραυματικό stress, μία από τις συχνότερες αιτίες εμφάνισης επιλόχειου κατάθλιψης (Bell & Anderson, 2016). Οι μελέτες επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση όλων των μητρικών ψυχικών διαταραχών με αρνητική έκβαση στο θηλασμό, καθώς η εμφάνισή τους στη μεταγεννητική περίοδο μειώνει τη πρόθεση και τη γενική στάση της μητέρας για θηλασμό. Παράλληλα, μια αρνητική επίδραση επιφέρουν στην αποκλειστικότητα του θηλασμού όπως και στην έναρξη και τη συνέχισή του (Hoff et al, 2019).

Έχει παρατηρηθεί μια ιδιαίτερη αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στη ψυχική υγεία της μητέρας και το μητρικό θηλασμό. Αυτό εξηγείται από αρκετά ευρήματα μελετών, σύμφωνα με τα οποία η μη ενασχόληση με τη διαδικασία του θηλασμού ή η ύπαρξη μία αρνητικής προηγούμενης εμπειρίας κυρίως όσον αφορά τις πολύτοκες μητέρες, μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (DaSilva et al, 2019). Η ανησυχία για ορισμένες προ υπάρχουσες καταστάσεις όπως δυσκολίες και προβλήματα με τους μαστούς, πόνος στις θηλές, χαμηλή αυτοπεποίθηση (Fu et al, 2022) σε συνδυασμό με τις ψυχολογικές μεταπτώσεις στη λοχεία, συμβάλλουν στη μείωση της διάρκειας και αυξάνουν τον κίνδυνο για πρόωρη

διακοπή (Lara-Cinisomo et al, 2017). Αντίθετα, η σωματική και συναισθηματική σύνδεση με τη διαδικασία του θηλασμού φαίνεται να έχει έναν προστατευτικό ρόλο, ενισχύοντας ταυτόχρονα μια επιτυχή εδραίωση για τη μητέρα λόγω της θετικής εμπειρίας και των γνώσεων που αποκτήθηκαν από το προηγούμενο παιδί (Chen et al, 2023). Όπως επιβεβαιώνεται από τη μελέτη των Li και συν. (2020), η προηγούμενη εμπειρία σχετίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσει στους 4 και στους 6 μήνες. Πιο συγκεκριμένα, σε πολύτοκες γυναίκες το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού στις χρονικές περιόδους αυτές αυξάνεται κατά 275% και 369% αντίστοιχα διευκολύνοντας, παράλληλα, τις γυναίκες να συνεχίσουν για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα λαμβάνοντας υπόψη το υψηλότερο επίπεδο αυτό-αποτελεσματικότητας, της καλύτερης συμπεριφοράς και της αντιληπτικής ικανότητας ως προς τη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων (Li et al, 2020).

Η ψυχοσυναισθηματική παράμετρος καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας, το οποίο σε συνδυασμό με την επιθυμία και την πρόθεση της μητέρας για έναν επιτυχημένο θηλασμό, επηρεάζει όλη τη διαδικασία και τη διάρκειά του (Mehmet et al, 2023). Η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού συνδέεται άμεσα με μεγαλύτερη διάρκεια τόσο για αποκλειστική σίτιση όσο και για τη μικτή. Αντιθέτως, οι καταγραφές που αντιπροσωπεύουν χαμηλότερα επίπεδα φανερώνουν έναν σημαντικό παράγοντα πρόωρης διακοπής της γαλουχίας. Τα αποτελέσματα της μελέτης της Fan και των συνεργατών (2022), έδειξαν ότι η αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας με ειδική κλίμακα αξιολόγησης (Self-Efficacy Scale-Short Form / BSES-SF) σε 821 μητέρες αύξησε κατά 4-7% τη πιθανότητα συνέχισης του θηλασμού μέσα στους πρώτους 6 μήνες αναφέροντας μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Έτσι, παρατηρείται μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοαποτελεσματικότητα και τη θετική συμπεριφορά και στάση της μητέρας, παρέχοντας μια σημαντική βελτίωση στα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού.

➤ *Κοινωνικοί παράγοντες*

Η κοινωνική υποστήριξη που χρειάζεται μια θηλάζουσα μητέρα περιγράφεται ως ένας πολυδιάστατος όρος, καθώς περιλαμβάνει ενίσχυση με κάθε δυνατό τρόπο σε συναισθηματικό, πρακτικό, ενημερωτικό και κοινωνικό επίπεδο. Στο πλαίσιο παροχής ενός είδους κοινωνικής υποστήριξης διαμορφώνεται ένα σταθερό

περιβάλλον για τη μητέρα προκειμένου να εδραιωθούν όσο το δυνατόν πιο ομαλά οι πρακτικές που απαιτούνται για τη σίτιση του βρέφους.

Όπως αναφέρει ο Schaefer και οι συνεργάτες (1981), η βρεφική σίτιση πραγματοποιείται μέσα σε ένα μοναδικό «δίκτυο κοινωνικών σχέσεων» και η διαθεσιμότητα των πόρων που παρέχουν κάθε είδος υποστήριξης μέσα σε αυτό είναι υψίστης σημασίας, καθώς οι διαπροσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται επηρεάζουν την ικανότητα της γυναίκας να αποκτήσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά και να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα (Matare et al, 2020, Tay et al, 2013). Οι διάφορες κατηγορίες κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει μια μητέρα αποτελούν το υπόβαθρο στην ενίσχυση της σωματικής και ψυχικής υγείας, την απόκτηση της γνώσης και αυτονομίας μέσω της προσφοράς των απαραίτητων υπηρεσιών από κατάλληλους επαγγελματίες, φορείς και ανθρώπους του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος με στόχο τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (Matare et al, 2015).

Μελέτες δείχνουν πως η προγραμματισμένη, οργανωμένη και προβλέψιμη υποστήριξη που δέχεται η μητέρα συμβάλλει στην ενίσχυση του θηλασμού για μεγαλύτερα διαστήματα τους πρώτους 6 μήνες, αυξάνοντας ταυτόχρονα τα συνολικά ποσοστά (Mercan & Tari-Selcuk, 2021). Οι σύνθετες ανάγκες κάθε μητέρας που καλούνται να καλύψουν εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας συμπεριλαμβανομένων των Μαιών και των Ιατρών σε κάθε υγειονομικό φορέα, αποτελούν τη βασικότερη πηγή υποστήριξης μέσω της παροχής φροντίδας, της διάθεσης πληροφοριών καθώς και της επιβεβαίωσης για τις δυνατότητές της. Φαίνεται πως αποτελεί έναν κρίσιμο παράγοντα στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ικανοποίησης στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να αυξάνεται το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας, διαμορφώνοντας με αυτό τον τρόπο μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο γενικότερο πλαίσιο της υποστήριξης και του θηλασμού (Miller et al, 2022).

Παράλληλα, αξίζει να αναφερθεί η σημαντικότητα της υποστήριξης που αξιολογείται σε οικογενειακό επίπεδο. Η ενθάρρυνση και η βοήθεια που παρέχονται στη θηλάζουσα μητέρα από το σύζυγο / σύντροφο και τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, συμβάλλουν στην καλύτερη έκβαση του θηλασμού. Επιπλέον, η ικανοποίηση που νιώθει η γυναίκα μέσα στη συζυγική σχέση έχει έναν καίριο ρόλο στη διαδικασία αυτή αφού σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση και μεταανάλυση παρατηρήθηκε μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στο αίσθημα ασφάλειας και ικανοποίησης που βιώνει μέσα στη σχέση και την αυτοαποτελεσματικότητά του μητρικού θηλασμού (Maleki et al, 2023). Ειδικότερα, μελέτη δείχνει πως η προώθηση

της συμβολής του πατέρα στη διαδικασία της σίτισης και της φροντίδας του νεογνού ήδη από τη προγεννητική προετοιμασία του ζευγαριού, αυξάνει την αυτο-αποτελεσματικότητα όσον αφορά το θηλασμό. Επομένως, οι πατρικοί παράγοντες καθορίζουν την στάση της μητέρας και το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητάς της, μεταβάλλοντας θετικά τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού και της διάρκειάς του (Krikirat et al, 2022).

➤ *Βιολογικοί παράγοντες*

Τα τελευταία χρόνια η εκδήλωση της παχυσαρκίας ακόμα και στην περίοδο της εγκυμοσύνης δείχνει να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς. Σύμφωνα με μελέτες αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου που καθορίζει την εξελικτική διαδικασία του θηλασμού στη μεταγεννητική περίοδο, καθώς παρατηρούνται ορισμένοι βιολογικοί και ψυχοκοινωνικές παράμετροι που επηρεάζουν το μητρικό θηλασμό στην έναρξη και τη συνολική διάρκειά του (Seylan & Sahin, 2022).

Αξιοσημείωτα ευρήματα ερευνών επιβεβαιώνουν την αρνητική επίδραση του αυξημένου Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) της μητέρας στην εξέλιξη της βιολογικής διαδικασίας της γαλουχίας, καθώς τα χαμηλά επίπεδα της προλακτίνης που παρατηρούνται ιδιαίτερα σε παχύσαρκες και υπέρβαρες γυναίκες μειώνουν την έκκριση του παραγόμενου μητρικού γάλακτος (Anstey & Jevitt, 2011). Μια προοπτική μελέτη, η οποία συμπεριέλαβε 1.214 μητέρες μέσω της συμπλήρωσης 4 ερωτηματολογίων στη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής του βρέφους, απέδειξε μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη παχυσαρκία και το θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, οι μητέρες με αυξημένο ΔΜΣ ξεκίνησαν να σιτίζουν τα νεογνά με ξένο γάλα νωρίτερα και ειδικά την πρώτη εβδομάδα, συγκριτικά με τις γυναίκες που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος. Βάση των στατιστικών δεδομένων, ο μέσος όρος που καταγράφεται για τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό διαφέρει στις γυναίκες με σωματικό βάρος εντός φυσιολογικών ορίων και αντιστοιχεί σε 17%, ενώ στις υπέρβαρες κυμαίνεται στο 8,8% και στις παχύσαρκες μητέρες 0,4%. (Burger et al, 2022). Ο κίνδυνος για πρόωρο απογαλακτισμό αυξάνεται παράλληλα με τις ανοδικές τάσεις του σωματικού βάρους.

Ωστόσο, κρίνεται αναγκαίο να αναφερθεί και το ψυχολογικό υπόβαθρο που επηρεάζεται αρνητικά στη περίπτωση της παχυσαρκίας. Παρατηρείται ότι ο αναφερόμενος γυναικείος πληθυσμός παρουσιάζει μια χαρακτηριστική μείωση στη πρόθεση να διατηρήσει το μητρικό θηλασμό. Οι συναισθηματικές μεταπτώσεις στη

διάρκεια της λοχείας σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα αυτοπεποίθησης της μητέρας που προκαλούνται κυρίως από την εικόνα που αντιλαμβάνεται για το ίδιο της το σώμα, αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για μια ανεπιθύμητη έκβαση του θηλασμού. Πολλές μητέρες υποστηρίζουν ότι οι αλλαγές που βιώνουν σε σωματικό επίπεδο καθώς και σε ό,τι αφορά τις νέες διατροφικές συνήθειες που αποκτούνται μετά τον τοκετό, συμβάλουν στη διαμόρφωση ενός λιγότερο ισχυρού χαρακτήρα που περιγράφεται από μια αρνητική αυτοεικόνα, επηρεάζοντας τη ψυχική της υγεία (Geller et al, 2024). Σε μια προσπάθεια προσδιορισμού της σχέσης ανάμεσα στην ύπαρξη διατροφικών διαταραχών και την αυτό-αποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού, οι 204 συμμετέχουσες είχαν χαμηλότερες αξιολογήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματός τους. Οι ίδιες γυναίκες είχαν λιγότερες πιθανότητες για συνέχιση του θηλασμού στους 2 μήνες από το τοκετό και χαμηλότερο επίπεδο αυτό-αποτελεσματικότητας (Kara et al, 2022).

Δεδομένου ότι το αίσθημα της απογοήτευσης για το σώμα ή ακόμα και το μεγάλο μέγεθος του στήθους σχετίζεται με αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιρροές μεταβάλλοντας τη φυσιολογία της γαλουχίας, επιβάλλεται η κατάλληλη υποστήριξη και καθοδήγηση από ειδικούς προκειμένου να επιτευχθεί αρχικά η αποδοχή του σώματος και η δημιουργία μίας θετικής εμπειρίας στο θηλασμό. Η συμβολή των επαγγελματιών υγείας στην αντιμετώπιση των προβλημάτων που βιώνει μια παχύσαρκα / υπέρβαρα γυναίκα έχει καθοριστική σημασία για τη συνέχιση του θηλασμού (Garner et al, 2017).

Μια ακόμα ανθυγιεινή συνήθεια που έχει αρνητικό αντίκτυπο στο θηλασμό είναι το κάπνισμα που προηγείται από την περίοδο της εγκυμοσύνης, διότι οι μητέρες αυτές παρουσιάζουν χαμηλά κίνητρα για να υιοθετήσουν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Η επίδραση της νικοτίνης στη φυσιολογική διαδικασία της γαλακτοπαραγωγής οδηγεί σε μειωμένη ποσότητα μητρικού γάλακτος, αλλοίωση της γεύσης και μείωση στη συνολική θρεπτική αξία (Napierala et al, 2016). Το κάπνισμα αποδεδειγμένα έχει αρνητική συσχέτιση με την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού (Schindler-Ruwish, 2021), καθώς ο μέσος όρος του συνολικού θηλασμού για τις μη-καπνίστριες μητέρες αντιστοιχεί σε ποσοστό 51,6% ενώ για τις καπνίστριες 25,4% (Burger et al, 2022). Επομένως, είναι κατανοητό πως οι πιθανότητες έναρξης και συνέχισης του θηλασμού μειώνονται σημαντικά για τις γυναίκες που στη προγεννητική φάση κάπνιζαν. Είναι σημαντική, λοιπόν, κάθε ανθρωποκεντρική παρέμβαση που θα ανατρέψει τα εμπόδια

αυτά προς συμφέρον της μητέρας και του νεογνού μέσα από την ενίσχυση των πρακτικών που θα οδηγήσουν σε έναν επιτυχή θηλασμό (Nidey et al, 2022).

3.1.2 Παράγοντες που σχετίζονται με το βρέφος

➤ *Επαφή δέρμα με δέρμα*

Σύμφωνα με τις πρόσφατες συστάσεις του ΠΟΥ (WHO, 2018), η επαφή δέρμα με δέρμα ή όπως αναφέρεται στην αγγλική ορολογία «Skin to skin contact» ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό είναι απαραίτητη αμέσως μετά τη γέννηση ανεξάρτητα από το είδος του τοκετού. Η δερματική επαφή που πραγματοποιείται εντός των πρώτων 2 ωρών με το νεογέννητο γυμνό τοποθετημένο πάνω στο στήθος της μητέρας, προσφέρει πολλαπλά οφέλη στην αναπτυσσόμενη κοινωνική και συναισθηματική σχέση της δυάδας μητέρα-νεογνό (Moore et al, 2016).

Πολλές μελέτες επιβεβαιώνουν τη σπουδαία επίδραση της επαφής δέρμα με δέρμα στο μητρικό θηλασμό. Ειδικότερα, παρατηρείται μια θετική συσχέτιση μεταξύ της άμεσης επαφής και της μείωσης στο χρόνο έναρξης και μια γενικότερη αύξηση στα ποσοστά του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, σε αντίθεση με την βίαιη και πρόωρη απομάκρυνση του νεογνού από τη μητέρα που έχει διαπιστωθεί πως επηρεάζει αρνητικά την έκβαση του θηλασμού (Karimi et al, 2019). Μια προοπτική μελέτη παρέμβασης στην οποία 297 νεογέννητα τοποθετήθηκαν στο στήθος της μητέρας τους στη διάρκεια της πρώτης ώρας, έδειξε ότι ο μέσος όρος αποκλειστικού θηλασμού υπολογίζεται στους 5 μήνες (Agudelo et al, 2021). Παράλληλα, επισημαίνεται μία επιτυχημένη αξιολόγηση στη προσπάθεια για τον πρώτο θηλασμό κατά τη διάρκεια της σωματικής επαφής, η οποία όταν ξεπερνά τα 149,6 λεπτά ανά ημέρα αυξάνει σημαντικά τις πιθανότητες για τα βέλτιστα προσδοκώμενα αποτελέσματα όσον αφορά την αποκλειστικότητα (Goudard et al, 2022).

➤ *Χρήση πιπίλας*

Αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την πρόωρη διακοπή του μητρικού θηλασμού και βρίσκεται υπό συνεχή διερεύνηση. Ο ΠΟΥ και η UNICEF (2018) συστήνουν την αποφυγή της έκθεσης του νεογνού σε κάθε είδος τεχνητής θηλής, καθώς προκαλείται μια κατάσταση στην οποία παρατηρείται μι σύγχυση θηλών (Zimmerman & Thompson, 2015). Η μητέρα και το νεογνό καλούνται να αντιμετωπίσουν σημαντικά προβλήματα που αφορούν στο θηλασμό στη διάρκεια της

2^{ης} εβδομάδας μετά το τοκετό (Hermanson & Astrand, 2020), στην περίπτωση πρόωρης εισαγωγής της πιπίλας σε καθημερινή βάση. Από τα ευρήματα της μεταανάλυσης της Buccini και των συν. (2016) φαίνεται πως διαταράσσεται η φυσιολογική διαδικασία συνέχισης του θηλασμού και επηρεάζεται αρνητικά η συνολική έκβαση του. Σε μια προσπάθεια υπολογισμού του επιπολασμού του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στη Βραζιλία βρέθηκε μια αύξηση κατά 5,5% σε βρέφη κάτω των 6 μηνών, η οποία οφείλεται σε μείωση της χρήσης της πιπίλας (Buccini et al, 2018). Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι η πιπίλα θεωρείται ως ένας παράγοντας κινδύνου, υπάρχουν μελέτες που δεν το επιβεβαιώνουν όπως αυτή της Tolrrola και συν. (2022), σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει σημαντική διαφορά ανάμεσα στην αυστηρή απαγόρευση και την ελεύθερη χρήση πιπίλας σε σχέση με τα ποσοστά επιτυχίας του θηλασμού τους πρώτους 6 μήνες. Για αυτό το λόγο, η απόφαση σχετικά με τη παροχή της πιπίλας σε ένα βρέφος εξαρτάται από τους επαγγελματίες που αναλαμβάνουν τη φροντίδα της δυάδας μητέρα-νεογνό και όχι από την πολιτική του εκάστοτε Μαιευτηρίου εφόσον δεν υπάρχουν σαφείς συστάσεις για τον περιορισμό της.

➤ *Σίτιση με ξένο γάλα / Formula*

Η μέθοδος σίτισης του βρέφους καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τον επιπολασμό και τη διάρκεια του θηλασμού (Imboden et al, 2022). Μια προοπτική μελέτη, η οποία συμπεριέλαβε 456 πρωτότοκες μητέρες και περιέγραψε τη πρακτική της βρεφικής σίτισης με τροποποιημένο και μητρικό γάλα σε χρονικό διάστημα 9 μηνών μετά τον τοκετό, έδειξε ότι η συνδυαστική μέθοδος διατροφής αυξάνει τον κίνδυνο για διακοπή του θηλασμού συγκριτικά με τις μητέρες που επέλεξαν να θηλάσουν αποκλειστικά τα βρέφη τους. Τα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν πως η πρόωμη εισαγωγή ξένου γάλακτος που καθορίζεται τις περισσότερες φορές από το βαθμό των δυσκολιών που αντιμετωπίζει η μητέρα, την αντίληψη σχετικά με την πραγματική πείνα του νεογνού και τις συμβουλές που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας, δύναται να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τη συνέχιση και την εδραίωση του θηλασμού (Hemmigway et al, 2020).

➤ *Αγκυλογλωσσία*

Ως αγκυλογλωσσία ή βραχύς χαλινός ορίζεται μια παθολογική κατάσταση κατά την οποία η γλώσσα του νεογνού προσφύεται στη βάση του στόματος με μία

μεμβράνη και παρουσιάζεται στο 4-11% των νεογέννητων (O'Shea et al, 2017). Η συγγενής αυτή στοματική ανωμαλία συνδέεται με σοβαρά προβλήματα στη διαδικασία του θηλασμού καθώς εμποδίζεται η φυσιολογική σύλληψη της θηλής και δε πραγματοποιούνται αποτελεσματικά οι απομυζητικές κινήσεις προκειμένου να ξεκινήσει η πρόσληψη του μητρικού γάλακτος. Ως εκ τούτου, σε αυτή τη περίπτωση περιγράφονται συχνές σιτίσεις, ανεπιτυχής αύξηση σωματικού βάρους του βρέφους και η μητέρα περιγράφει μια επώδυνη εμπειρία εμφανίζοντας πληγωμένες θηλές με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες πρόωρης διακοπής (Borowitz, 2023). Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η διατομή του χαλινού τις πρώτες μέρες ζωής του νεογνού αποτελεί τη πιο συχνή μέθοδο αντιμετώπισης για την αποφυγή της αρνητικής επίδρασης στην εδραίωση του θηλασμού, καθώς επιτρέπει τη καλύτερη κίνηση της γλώσσας παρέχοντας τις βέλτιστες συνθήκες στη διαδικασία του θηλασμού (Edmunds et al, 2011).

➤ *Στοματο-κινητική λειτουργία*

Έχει παρατηρηθεί πως κατά την τοποθέτηση του νεογνού στο στήθος πολλές φορές δεν επιτυγχάνεται η εξαγωγή του μητρικού γάλακτος με αποτελεσματικό τρόπο παρά τις συνεχείς προσπάθειες. Αυτό οφείλεται είτε στη λανθασμένη προσκόλληση στο μαστό και κατ' επέκταση σύλληψη της θηλής είτε σε κάποια δυσκολία που παρατηρείται κατά τις θηλαστικές κινήσεις. Μελέτες αναφέρουν πως ο ρυθμός της απομύζησης εξαρτάται από τη ροή του μητρικού γάλακτος και περιγράφονται περισσότερες αναποτελεσματικές θηλαστικές κινήσεις σε περιπτώσεις χαμηλής ροής, γεγονός το οποίο συμβάλλει στο ατελές άδειασμα του μαστού επηρεάζοντας ταυτόχρονα τη γαλακτοπαραγωγή (Agarwal et al, 2024).

Επιπλέον, βιβλιογραφικές αναφορές κάνουν λόγο για τη στοματο-κινητική δυσλειτουργία κατά την οποία είναι εμφανής ένας παθολογικός μυϊκός τόνος της στοματικής κοιλότητας και αποσυντονισμός των απομυζήσεων που μπορεί να συνυπάρχει με κάποια ιατρική ή άλλη νευρολογική πάθηση. Υπάρχει μια διακύμανση του μυϊκού τόνου και μια διαφορετική ρύθμιση στο συντονισμό των κινήσεων που απαιτούνται υπό φυσιολογικές συνθήκες για τη πρόσληψη και κατάποση του γάλακτος (Ferres-Amat et al, 2017). Συνέπεια αυτών είναι το σφίξιμο, το δάγκωμα και η κάθετη συμπίεση με τη γλώσσα, καταστάσεις οι οποίες δεν αποτελούν πάντα ένα εύκολα ορατό εύρημα στα φυσιολογικά νεογνά (Cunningham et al, 2017). Η υπερβολική πίεση και οι ανώμαλες κινήσεις της γλώσσας συνδέονται με επώδυνες,

πληγωμένες θηλές καθώς και ανεπαρκή πρόσληψη βάρους του βρέφους, δημιουργώντας μια αρνητική εμπειρία για τη μητέρα εφόσον δύναται να επηρεάσουν ακόμα και την απόφασή της για τη μέθοδο σίτισης που θα ακολουθήσει (Franca et al, 2020).

➤ *Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους*

Μια φυσιολογική μείωση του σωματικού βάρους στα υγιή, τελειώσιμα νεογνά που αντιστοιχεί στο 10% - 12% του αρχικού βάρους γέννησης, αναμένεται να παρατηρηθεί στη διάρκεια των πρώτων ημερών, η οποία επανακτάται σταδιακά. Ωστόσο, οι ειδικοί φαίνεται να έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τα όρια της φυσιολογικής απώλειας βάρους που αφορά τα αποκλειστικά θηλάζοντα βρέφη (Bertini et al, 2014). Ορισμένοι παράγοντες που ευθύνονται για τη μείωση που αντιστοιχεί πάνω από 8% σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης είναι η καισαρική τομή, η αυξημένη θερμοκρασία περιβάλλοντος, η αφυδάτωση λόγω υπερβολικής ενδοφλέβιας χορήγησης υγρών στη διάρκεια του τοκετού (Tawia & McGuire, 2014), η σίτιση με υποκατάστατο γάλα και η υπερχοληριθρυναίμια όπου δεν απαιτείται έναρξη φωτοθεραπείας (Davanzo et al, 2012).

Ανάλογα με το ποσοστιαίο σωματικό βάρος που καθορίζεται από τις ειδικές καμπύλες ανάπτυξης για θηλάζοντα βρέφη φαίνεται πως υπάρχει σημαντική επίδραση στη συνέχιση του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Η Thulier (2017) συμπεριέλαβε στη μελέτη της 286 μητέρες με τα νεογνά τους και έδειξε πως η απώλεια σωματικού βάρους έως 7% δεν επιφέρει σημαντικές αλλαγές στην αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού εφόσον το ποσοστό από 87% μειώθηκε σε 80%. Αντίθετα, αισθητή περιγράφεται η μείωση του αποκλειστικού θηλασμού από 90% σε 53% στη περίπτωση όπου σημειώνεται απώλεια πάνω από 7% του σωματικού βάρους. Επομένως, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυξάνεται η πιθανότητα σίτισης με ξένο γάλα όταν η απώλεια ξεπερνά το 7% την 4^η ημέρα μετά τη γέννηση (Thulier, 2017).

Η μη φυσιολογική ανάπτυξη στα θηλάζοντα βρέφη αποτελεί μία ένδειξη για την εκτίμηση της σίτισης. Το νεογνό παρουσιάζεται να προσλαμβάνει βάρος με πιο αργό ρυθμό ή ακόμα και να χάνει βάρος με ταυτόχρονη μείωση της ποσότητας του μητρικού γάλακτος που παρέχεται κατά τη γαλουχία. Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα επισημαίνουν την ανεπαρκή πρόσληψη βάρους την οποία συσχετίζουν με τη μειωμένη παραγωγή γάλακτος. Αποτελεί δηλαδή μια σημαντική ένδειξη κυρίως για τις μητέρες που αφορά την επάρκεια σε μητρικό γάλα, η οποία φαίνεται να είναι

ιδιαίτερα δύσκολη καθώς εξαρτάται από διάφορους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Wambach & Spencer, 2021).

Παρά το γεγονός ότι ο μητρικός θηλασμός έχει συσχετιστεί σε πολλές μελέτες με μεγάλη μείωση του σωματικού βάρους, κάποιες άλλες αναφέρουν πως ο θηλασμός συγκριτικά με το ξένο γάλα δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου για μεγαλύτερη πρόιμη νεογνική απώλεια βάρους, ειδικά σε περιβάλλοντα όπου ο θηλασμός παρακολουθείται και αξιολογείται συνεχώς από τους κατάλληλους επαγγελματίες, υποστηρίζοντας τη μητέρα και το βρέφος με στόχο να αντιμετωπιστεί κάθε ενδεχόμενη δυσκολία προκειμένου να αποφευχθεί ο πρόωρος απογαλακτισμός (Davanzo et al, 2012).

3.1.3 Παράγοντες που σχετίζονται με τον τοκετό

Το είδος του τοκετού έχει σημαντική επίδραση στην έναρξη και τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Ιδιαίτερες αναφορές γίνονται για την καισαρική τομή καθώς επισημαίνεται η αρνητική επίδραση στη πρόιμη έναρξη του θηλασμού. Μια μελέτη έδειξε πως οι γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή έχουν λιγότερες πιθανότητες κατά 86% να ξεκινήσουν νωρίς το θηλασμό (John et al, 2019). Αυτό συμβαίνει καθώς στη χειρουργική αίθουσα ελαχιστοποιούνται οι πρακτικές που ενισχύουν το μητρικό θηλασμό όπως η επαφή δέρμα με δέρμα της μητέρας με το νεογέννητο και παρατηρείται καθυστέρηση του πρώτου θηλασμού. Επιβεβαίωση τέθηκε από την έρευνα των Zanardo et al (2010) όπου ανέφεραν πως μόνο το 3,5% των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή θήλασαν τα νεογνά εντός της πρώτης ώρας. Ως συνέπεια αυτών είναι η καθυστέρηση οποιασδήποτε διαδικασίας που αφορά στο θηλασμό με αποτέλεσμα να μειώνονται τα ποσοστά συνέχισής του (Zhang et al, 2019). Προοπτική μελέτη στην οποία συμμετείχαν 1.277 νέες μητέρες το πρώτο 24ωρο μετά τον τοκετό έδειξε πως το 45,5% αυτών των γυναικών θήλασαν μέσα στη διάρκεια της πρώτης ώρας. Πραγματοποιήθηκε μια ισχυρή συσχέτιση του φυσιολογικού τοκετού με την πρόιμη έναρξη του θηλασμού σε αντίθεση με την καισαρική τομή όπου παρατηρήθηκε σημαντική καθυστέρηση (Fan et al, 2020).

Αξίζει να σημειωθεί πως οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή αναφέρουν χαμηλότερο επίπεδο πρόθεσης να θηλάσουν σε ποσοστό 7,4% συγκριτικά με το 3,4% που αντιστοιχεί σε φυσιολογικό τοκετό. Επιπλέον η επείγουσα καισαρική τομή φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην ικανότητα των μητέρων να αντιμετωπίσουν

αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά το θηλασμό λόγω της μετεγχειρητική ανάρρωσης, με αποτέλεσμα να έχουν αυξημένες πιθανότητες για πρόωρη διακοπή στο διάστημα των πρώτων 12 εβδομάδων (Hobbs et al, 2016).

Μετά-ανάλυση απέδειξε πως ένας αριθμός παραγόντων που αφορούν το είδος το τοκετού επηρεάζει σημαντικά τη συνολική διαδικασία που απαιτείται για την εδραίωση του μητρικού θηλασμού. Εκτός αυτού, φάνηκε πως τα νεογνά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή έχουν λιγότερες πιθανότητες να σιτιστούν αποκλειστικά με μητρικό γάλα (Sodeno et al, 2021) και η αποκλειστικότητα μειώνεται σημαντικά στους 6 μήνες αντιστοιχώντας στο 60% (Ulfa et al, 2023). Επομένως, είναι κατανοητό πως οι πρακτικές που ακολουθούνται λόγω των ιατρικών και φαρμακευτικών παρεμβάσεων βάση των πρόσφατων βιβλιογραφικών αναφορών εμποδίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συνέχιση του θηλασμού και παράλληλα έχουν αρνητικό αντίκτυπο όσον αφορά την εμπειρία της μητέρας (Beake et al, 2016).

Μία ακόμα παράμετρος που χρήζει αναφοράς είναι η ενδοφλέβια και επισκληρίδιος χορήγηση φαρμάκων στη διάρκεια του τοκετού. Ευρήματα μελετών σχετικά με την αξιολόγηση της νεογνικής συμπεριφοράς στην επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του κατά τη πρώτη ώρα από τον τοκετό είναι αρκετά σημαντικά καθώς αποδεικνύουν συσχέτιση με το μητρικό θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την ενδοφλέβια χορήγηση ωκυτοκίνης και οπιούχων φαρμάκων (fentanyl) φαίνεται πως επιδρά αρνητικά στο θηλασμό, καθώς παρατηρείται μείωση των θηλαστικών κινήσεων στη διάρκεια της πρώτης ώρας συγκριτικά με νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν έλαβαν φάρμακα στο τοκετό (Brimdyr et al, 2016).

Η επισκληρίδιος αναλγησία σχετίζεται με καθυστερημένη έναρξη του πρώτου θηλασμού και η μέση διάρκειά του ανέρχεται στα 30 λεπτά (Gizzo et al, 2012). Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι η αποφυγή επισκληριδίου έγχυσης αναλγητικών φαρμάκων συνδέεται με αύξηση του ποσοστού αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στους 3 μήνες (O' Connor et al, 2018). Σε μια μελέτη παρατήρησης στην οποία συμμετείχαν 1.101 γυναίκες, φάνηκε ότι οι πιθανότητες για μη-αποκλειστικό μητρικό θηλασμό διπλασιάζονται κατά την επισκληρίδιο έγχυση και τετραπλασιάζονται στη περίπτωση συνδυασμού ενδοφλέβιας και επισκληριδίου χορήγησης οπιούχων φαρμάκων. Ωστόσο, η ενδοφλέβια έγχυση fentanyl στην μελέτη αυτή συσχετίστηκε θετικά με το θηλασμό καθώς χαμηλές δόσεις μικρότερες των 200μg θεωρούνται ασφαλέστερες και το εύρημα αυτό είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τις πολύτοκες γυναίκες που βιώνουν πιο γρήγορη εξέλιξη στο τοκετό τους (Oommen et al, 2021).

Οι μητέρες, οι οποίες βίωσαν έναν δύσκολο τοκετό λόγω μαιευτικών επιπλοκών που αντιμετώπισαν σε κάποιο από τα τρία στάδια του τοκετού, περιέγραψαν μια αρνητική εμπειρία μητρικού θηλασμού με σημαντική επίδραση στην έναρξη και τη διάρκειά του. Σύμφωνα με μελέτες, ο αρνητικός αντίκτυπος αυτός οφείλεται είτε στις ιατρικές είτε στις φαρμακευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται κυρίως στο 2^ο και 3^ο στάδιο του τοκετού προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι ενδεχόμενες επιπλοκές επιδιώκοντας τα βέλτιστα αποτελέσματα για τη νεογνική και μητρική υγεία (Brown & Jordan, 2012). Ειδικότερα, έχει βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στο περιγεννητικό stress που οδηγεί σε εμβρυϊκή δυσχέρεια στην επείγουσα καισαρική τομή λόγω αδυναμίας εξέλιξης τοκετού με αυξημένες δυσκολίες στο θηλασμό, γεγονός το οποίο συμβάλλει στη μειωμένη διάρκεια έως και τη πρόωρη διακοπή του. Η διαταραχή που υφίσταται η φυσιολογική λειτουργία του ενδοκρινολογικού μηχανισμού λόγω της χορήγησης προφυλακτικών μητροσυσπαστικών φαρμάκων όπως η ωκυτοκίνη και η εργομητρίνη στο πλαίσιο της ενεργητικής αντιμετώπισης του 3^{ου} σταδίου επηρεάζει τη γαλουχία, έχοντας λιγότερες πιθανότητες για μακροχρόνιο θηλασμό χωρίς να υπάρχει καθυστέρηση στην έναρξη (Brown & Jordan, 2014).

Σε μία πρόσφατη προοπτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή 2.260 μητέρων και των νεογνών τους, αποδείχθηκε ότι η αιμορραγία στη διάρκεια του 3^{ου} σταδίου και η κατακράτηση του πλακούντα για περισσότερο από 30 λεπτά αυξάνει τις πιθανότητες για καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού (Mohammed et al, 2022). Γενικότερα, τα ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν πως ο παρεμβατικός κολπικός τοκετός συνδέεται με καθυστερημένη έναρξη (Roy et al, 2022) καθώς και η διαδικασία της πρόκλησης τόσο με τεχνητές όσο και με φαρμακολογικές μεθόδους συγκριτικά με την αυτόματη έναρξη τοκετού σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Στη συγκεκριμένη μελέτη, οι ερευνητές παρατήρησαν μια μέση διάρκεια θηλασμού που αντιστοιχεί στις 9 εβδομάδες σε γυναίκες των οποίων ο τοκετός δεν υπέστη περαιτέρω παρεμβάσεις, αντίθετα με γυναίκες που βίωσαν δυσκολότερο τοκετό εξαιτίας επιπλοκών και παρεμβάσεων στις οποίες η μέση διάρκεια υπολογίζεται στις 5 εβδομάδες (Bai et al, 2013).

Επομένως είναι κατανοητό πως οι παρεμβάσεις που εκτελούνται κατά τη διάρκεια του τοκετού σχετίζονται με λιγότερο ευνοϊκά αποτελέσματα για το θηλασμό όσον αφορά κυρίως τη χρονική στιγμή της έναρξης αλλά και τη συνολική διάρκειά του στους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση. Για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντική η

αξιολόγηση των απαραίτητων παρεμβάσεων που απαιτούνται να εκτελεστούν αν υπάρχει κίνδυνος για τη μητέρα ή το έμβρυο, συνυπολογίζοντας τη πιθανή επίδραση στο θηλασμό και τη γαλακτοπαραγωγή. Η στοχευμένη και μεμονωμένη υποστήριξη από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας στις μητέρες που επιθυμούν να θηλάσουν, είναι καθοριστικής σημασίας για τη βελτίωση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα τον κίνδυνο για πρόωρο απογαλακτισμό (Andrew et al, 2022).

3.2 Επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος και των συνθηκών εργασίας στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού

Η εργασία κατέχει μια καίρια θέση στην καθημερινότητα του ανθρώπου. Ιδιαίτερα για τις εργαζόμενες μητέρες φαίνεται πως αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση, καθώς έρχονται αντιμέτωπες με πολλές δυσκολίες σε σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο (Chang et al, 2021). Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία σε παγκόσμια κλίμακα, έχει επιβεβαιωθεί πως η επιστροφή στην εργασία έχει σημαντική επίδραση στην έκβαση του μητρικού θηλασμού με ιδιαίτερη έμφαση στη διάρκεια και την ποιότητά του, μειώνοντας δραματικά τα ποσοστά θηλασμού στις εργαζόμενες μητέρες (Mendoza-Gordillo, 2023).

Ειδικότερα έχει παρατηρηθεί πως οι γυναίκες αυτές βιώνουν αρκετές δυσκολίες που αφορούν στο συνδυασμό του μητρικού θηλασμού με τις συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον μετά την επιστροφή τους. Οι ίδιες οι μητέρες περιγράφουν τις αρνητικές τους εμπειρίες, καθώς παρά την επιθυμία τους για συνέχιση του θηλασμού παράλληλα με τα εργασιακά καθήκοντα, πολλοί παράγοντες τις αποτρέπουν επηρεάζοντας τη συμπεριφορά τους με αποτέλεσμα να διακόπτεται νωρίτερα η γαλουχία (İrmak, 2016). Σε αυτούς περιλαμβάνονται η απουσία ενός γενικότερου περιβάλλοντος φιλικό προς το θηλασμό, η έλλειψη ιδιωτικού χώρου διαμορφωμένου κατάλληλα με τον απαραίτητο εξοπλισμό και υλικό για μητρικό θηλασμό και για άντληση μητρικού γάλακτος στη διάρκεια της βάρδιας. Επιπλέον, οι συμπεριφορές των συναδέλφων και των ανωτέρων πολλές φορές αξιολογούνται ως απογοητευτικές, καθώς δεν εγκρίνουν τις πρακτικές που αφορούν στη συνέχιση του θηλασμού στο χώρο της εργασίας. Μελέτη επιβεβαιώνει πως οι συμπεριφορές των συναδέλφων και των εργοδοτών που δείχνουν μειωμένη ενσυναίσθηση, αποθαρρύνουν και κρίνουν αρνητικά τη μητέρα για την επιλογή της ασκούν αρνητική

επίδραση και καθιστούν τη συνέχιση του θηλασμού ακόμα δυσκολότερη (Nkrumah, 2016). Παράλληλα, η παρουσία των ανδρών συναδέλφων στον εργασιακό χώρο προκαλεί αισθήματα ντροπής και αμηχανίας ιδιαίτερα σε στιγμές που η μητέρα βρίσκεται σε διαδικασία άντλησης μητρικού γάλακτος (Riaz et al, 2018). Έτσι, λοιπόν, παρά το γεγονός ότι η επιστροφή στην εργασία αποτελεί τη βασική παράμετρο με αρνητικό αντίκτυπο στη συνέχιση του θηλασμού, φαίνεται πως η υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους παίζει ένα σημαντικό ρόλο στη συνέχιση αλλά και στη ποιότητα του μητρικού θηλασμού για το βρέφος (Dinour & Szaro, 2017).

Μια πρόσφατη μελέτη των Burns και οι συν. (2023) έδειξε πως το 56,7% του πληθυσμού των συμμετεχόντων προσπάθησαν να συνδυάσουν το μητρικό θηλασμό με την άντληση μητρικού γάλακτος μετά την επιστροφή στην εργασία. Για τις γυναίκες που ακολούθησαν τη μέθοδο του αποκλειστικού θηλασμού για το βρέφος βρέθηκε πως η μέση χρονική διάρκεια αντιστοιχεί στους 5,8 μήνες και η μέση ηλικία των βρεφών των οποίων οι μητέρες έκριναν ότι δε χρειάζεται πλέον η άντληση ήταν 13,5 μηνών. Ωστόσο ένα σημαντικό εύρημα το οποίο κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί, είναι η αύξηση των πιθανοτήτων για επίτευξη των στόχων κάθε εργαζόμενης μητέρας που αφορούν την έκβαση του θηλασμού στη περίπτωση που εφαρμόζεται ένα ιδανικό πλαίσιο επιστροφής στην εργασία το οποίο ορίζεται από ορισμένες παραμέτρους προς διευκόλυνσή της. Οι Burns et al αναφέρουν πως ένα υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον με τις βέλτιστες συνθήκες μπορεί να αυξήσει σε μεγάλο βαθμό την αυτοπεποίθηση και κατ' επέκταση την αυτοαποτελεσματικότητα της μητέρας, προκειμένου να υιοθετήσει την απαραίτητη συμπεριφορά θηλασμού με βάση τις προσωπικές της προσδοκίες επιτυγχάνοντας τους στόχους της.

Η παροχή ενός ιδιωτικού χώρου κατάλληλου για θηλασμό, η ευελιξία στο πρόγραμμα εργασίας, η πολιτική της εκάστοτε εργασίας που επιτρέπει διαλείμματα, η διάθεση άδειας μητρότητας μετ' αποδοχών και το μειωμένο ωράριο αποτελούν τις βασικότερες παραμέτρους που συμβάλλουν στην αύξηση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού (Eren et al, 2019). Ακόμα και η δυνατότητα να φύγει νωρίτερα από την προδιαγεγραμμένη ώρα λήξης της βάρδιας, μπορεί να συμβάλλει στην αποτελεσματική εξυπηρέτηση της μητέρας με στόχο την κάλυψη των βασικών αναγκών του βρέφους (Sattari et al, 2016). Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί πως η θετική επίδραση στη διάρκεια του θηλασμού εξαρτάται και από την υποστήριξη που δέχεται η μητέρα από το οικογενειακό περιβάλλον. Η φροντίδα του βρέφους από τον σύζυγο

ή από κάποιο μέλος της οικογένειας όσο η μητέρα βρίσκεται στην εργασία θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας για τη συνέχιση του θηλασμού, γεγονός το οποίο ενισχύει την αυτοπεποίθησή της και γενικότερα τη ψυχολογική της κατάσταση (Gebrekidan et al, 2021).

Το ψυχολογικό και συναισθηματικό υπόβαθρο της εργαζόμενης μητέρας καθορίζει το βαθμό της προσπάθειας που θα καταβάλει ώστε να συνδυάσει το μητρικό θηλασμό με την εργασία (Spitzmuller et al, 2016). Οι γυναίκες βιώνουν δύσκολες καταστάσεις σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο λόγω των αυξημένων επαγγελματικών καθηκόντων αλλά και της διάκρισης που δέχονται στο εργασιακό περιβάλλον και της ανισότητας που προβάλλεται έντονα από τους συναδέλφους. Αναφέρεται πως το βασικό τους κίνητρο για την συνέχιση του θηλασμού είναι η εδραίωση της ισχύουσας νομοθεσίας για τη προστασία της μητρότητας στο χώρο εργασίας. Από προσωπικές εμπειρίες εργαζόμενων μητέρων η κοινωνική, οικογενειακή και ψυχολογική υποστήριξη σε κάθε τομέα της ζωής της στο ευρύτερο περιβάλλον χαρακτηρίζεται ως υψίστης σημασίας για την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού. Εκτός αυτού, επιτακτική κρίνεται η ανάγκη για εκπαίδευση των εργοδοτών και εργαζομένων σχετικά με τα δικαιώματα και τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει μια θηλάζουσα εργαζόμενη μητέρα υποστηρίζοντας ακράδαντα την επιλογή της για τη βέλτιστη έκβαση της γαλουχίας (Chang et al, 2021).

Οι Yimyam & Hanra (2014) δημιούργησαν ένα μοντέλο προκειμένου να μελετηθούν λεπτομερώς οι αλλαγές που απαιτούνται να πραγματοποιηθούν προς υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στο εργασιακό περιβάλλον. Το μοντέλο αυτό συμπεριέλαβε εκπαίδευση και ενημέρωση των εργοδοτών και των εργαζομένων από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με τα οφέλη του θηλασμού αλλά και τα εμπόδια τα οποία αποτρέπουν τις εργαζόμενες μητέρες από τη συνέχιση της γαλουχίας με αποτέλεσμα τον πρόωρο απογαλακτισμό. Η καμπάνια αυτή εδραίωσε πολιτικές σημαντικές για την εκτέλεση όλων των απαραίτητων πρακτικών προς διευκόλυνση της μητέρας υπερασπίζοντας το δικαίωμα για θηλασμό ή/και άντληση μητρικού γάλακτος εν ώρα εργασίας. Πιο συγκεκριμένα, δημιουργήθηκε ένας άνετος ιδιωτικός χώρος θηλασμού με διαθέσιμο υλικό και εξοπλισμό άντλησης και συλλογής μητρικού γάλακτος, βελτιώθηκαν οι συνθήκες προς όφελος των μητέρων με πιο ευέλικτο ωράριο, διαλείμματα όποτε κρίνουν οι ίδιες ότι χρειάζονται και υποστηρικτική συμπεριφορά των υπόλοιπων εργαζομένων για τις επιλογές της και τις

ανάγκες της σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα της παρέμβασης αυτής μέσω του μοντέλου έδειξαν σημαντική αύξηση στα ποσοστά του αποκλειστικού και μικτού μητρικού θηλασμού 6 μήνες μετά την υλοποίησή του. Παρατηρήθηκε, επίσης, βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων των εργαζόμενων μητέρων και μείωση στα επίπεδα άγχους γεγονός το οποίο φάνηκε να αυξάνει σημαντικά και το αίσθημα της ικανοποίησης σε εργασιακό επίπεδο παρέχοντας καλύτερες υπηρεσίες (Whitley et al, 2019). Το συμπέρασμα που εξάγεται από τη μελέτη αναφέρει πως η εξισορρόπηση ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και στη συνέχιση του θηλασμού είναι εφικτή, όταν επικρατούν οι κατάλληλες εργασιακές συνθήκες σε όλα τα επίπεδα μετά την επιστροφή στην εργασία (Yimyam & Hanra, 2014)

3.2.1 Ο μητρικός θηλασμός σε εργαζόμενες μητέρες στο τομέα της υγείας

Ο εργασιακός τομέας που φαίνεται να έχει μελετηθεί επαρκώς είναι αυτός του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια συνεχόμενη πτωτική τάση στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού στις Μαίες, τις Νοσηλεύτριες και γενικότερα το προσωπικό που εργάζεται σε κυκλικό ωράριο στο τομέα της υγείας (Kim et al, 2022). Οι συνθήκες που επικρατούν στον νοσηλευτικό εργασιακό χώρο επηρεάζουν σημαντικά τη συμπεριφορά και τις αποφάσεις των μητέρων για το μητρικό θηλασμό (Irmak, 2016), καθώς παρουσιάζεται μια αδυναμία στην εξισορρόπηση των επαγγελματικών καθηκόντων και των απαραίτητων πρακτικών του θηλασμού για τη συνέχιση της γαλουχίας (Rangel et al, 2018).

Σε διεθνές επίπεδο καταγράφονται χαμηλά ποσοστά θηλασμού μεταξύ των εργαζόμενων γυναικών ως επαγγελματίες υγείας λόγω των πολυάριθμων εμποδίων που αντιμετωπίζουν σε καθημερινή βάση στις μονάδες υγείας που εργάζονται (Mendoza-Gordillo, 2023). Οι μητέρες που απασχολούνται ως Ιατροί, Νοσηλεύτριες και Μαίες σε ιατρικά κέντρα φέρουν μεγάλη ευθύνη τόσο για τους ασθενείς, οι οποίοι χρειάζονται τη περίθαλψή τους, όσο για τη φροντίδα και την ανατροφή των παιδιών τους. Οι ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες που βιώνουν και στις οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν πολλές φορές δύσκολα περιστατικά, οι αδιάκοποι ρυθμοί εργασίας χωρίς χρόνο για διάλειμμα και το κυκλικό ωράριο σε συνδυασμό με τη προσπάθεια αυτών των γυναικών να διατηρήσουν τη γαλουχία με κάθε δυνατό τρόπο, φαίνεται

πως αυξάνουν τα επίπεδα άγχους και stress με σημαντική αρνητική επίδραση στην συνολική έκβαση του θηλασμού (Kim et al, 2022).

Πραγματοποιήθηκε μία μελέτη στην οποία συγκρίθηκαν 2 διαφορετικά είδη νοσοκομείων σχετικά με τη διάρκεια του θηλασμού των μητέρων. Τα ευρήματα δείχνουν πως όσες νοσηλεύτριες εργάζονται σε γενικά ή περιφερειακά νοσοκομεία παρουσιάζουν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού συγκριτικά με τα τριτοβάθμια και πανεπιστημιακά νοσοκομεία λόγω της αυξημένου όγκου εργασίας και των περιστατικών που καλούνται να διαχειριστούν. Από τις 112 μητέρες που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα σχετικά με τις δυσκολίες που βιώνουν όσον αφορά στο θηλασμό μετά την επιστροφή τους: οι 87 (77,7%) ανέφεραν έλλειψη χρόνου, οι 82 απουσία ειδικά διαμορφωμένου χώρου και κατάλληλων συνθηκών για το προσωπικό παρά το γεγονός ότι στις μονάδες αυτές υπάρχει ιδιωτικός χώρος για τις επισκέπτριες και 19 (19,6%) επισήμαναν τις άσχημες και κατακριτέες συμπεριφορές από άλλους συναδέλφους (Kim et al, 2022).

Ένα μεγάλο ποσοστό των Νοσηλευτριών διαπιστώνουν πως είναι δύσκολο να επιτύχουν τους προσωπικούς τους στόχους σχετικά με το προσδοκώμενο χρονικό διάστημα του θηλασμού, καθώς έχει επιβεβαιωθεί σε πολλές μελέτες ότι αυτού του είδους η εργασία επηρεάζει αρνητικά την απόφασή τους για συνέχιση του θηλασμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στα ευρήματα προσδίδουν οι προσωπικές αναφορές των μητέρων σχετικά με την προσπάθεια άντλησης μητρικού γάλακτος σε κάθε πιθανό μέρος όπως η τουαλέτα, γραφεία, χώρους ιματισμού με αποτέλεσμα να δέχονται την πλήρη απουσία της υποστήριξης στη προσπάθειά τους (Henry-Moss et al, 2018). Σε μία μελέτη που συμπεριέλαβε 344 Νοσηλεύτριες χειρουργείου φάνηκε ότι οι 329 (95,6%) θεωρούν το θηλασμό πολύ σημαντικό και πολύτιμο για τη βρεφική και μητρική υγεία, όμως οι 200 (58,1%) αποφάσισαν να διακόψουν τη γαλουχία λόγω της αδυναμίας να εξισορροπήσουν τα επαγγελματικά καθήκοντα στη βάρδια με τον απαιτούμενο χρόνο για άντληση. Οι 270 μητέρες ανέφεραν πως ένα ακόμα εμπόδιο αποτελεί η παραχώρηση άδειας από τους χειρουργούς προκειμένου να αποχωρήσουν για λίγη ώρα από τη χειρουργική αίθουσα, καθώς είναι αρνητικοί σε αυτή τη πρακτική (Rangel et al, 2018). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από έρευνα που αφορούσε στο νοσηλευτικό - αναισθησιολογικό προσωπικό του χειρουργείου, καθώς αποδεικνύεται ότι η συγκεκριμένη ειδικότητα διαφέρει ως προς τη διαθεσιμότητα, την αμεσότητα και την απαιτητικότητα της φύσης της (συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό άλλων κλινικών) για επείγοντα περιστατικά που χρήζουν άμεσης

χειρουργικής επέμβασης χωρίς να τους δίνεται το χρονικό περιθώριο για άντληση (Garcia-Marcinkiewicz & Titler, 2022). Η συνέχιση του θηλασμού φαντάζει αδύνατη και για το νοσηλευτικό προσωπικό που ασκεί τα καθήκοντά του στα επείγοντα της παιδιατρικής, εφόσον σύμφωνα με τους Hendrickson et al (2022) η πίεση και το άγχος που δέχονται είναι μεγάλη ώστε να μπορούν να συνδυάσουν τις ανάγκες που απαιτεί η συνέχιση της γαλουχίας λόγω της μη διαθεσιμότητας χρόνου και χώρου.

Είναι κατανοητό, λοιπόν, πως οι γυναίκες αυτές βιώνουν δύσκολα διαχειρίσιμες καταστάσεις σε εργασιακό, σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο δημιουργώντας το αίσθημα της ανικανότητας με συνοδά αρνητικά συναισθήματα καθώς δε μπορούν να ανταπεξέλθουν στο μέγιστο βαθμό στις ανάγκες της διατροφής και γενικότερα της ανατροφής του παιδιού τους. Επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η ψυχολογική τους κατάσταση με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές καταγραφές για περιπτώσεις κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής σε νοσηλευτικό προσωπικό (Sattari et al, 2020). Η προσπάθεια συνδυασμού του μητρικού θηλασμού και όλων των πρακτικών που απαιτούνται για τη συνέχισή του εξαιτίας των απαιτητικών ωραρίων, οδηγούν σε αρνητικά συναισθήματα μειώνοντας την αυτοπεποίθηση και την αίσθηση της ικανότητας ότι μπορεί να τα καταφέρει γεγονός το οποίο συμβάλλει στην ελάττωση του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας της μητέρας. Παρουσιάζει χαμηλή ικανοποίηση από την εργασία και ταυτόχρονα παρατηρείται μείωση στην απόδοσή της με ειδικές μετρήσεις (Dixit et al, 2015).

Επομένως, απαιτείται η ανάπτυξη ενός πλάνου υποστήριξης για τις θηλάζουσες εργαζόμενες μητέρες σε νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα, προκειμένου να βελτιωθούν οι εργασιακές συνθήκες μέσω αποτελεσματικών πολιτικών ανάλογα με τις ανάγκες της εκάστοτε μονάδας μετά την επιστροφή τους στην εργασία και στην εκτέλεση των επαγγελματικών τους καθηκόντων (French et al, 2020). Η εδραίωση των πολιτικών αυτών και η διαμόρφωση ενός πιο υποστηρικτικού κλίματος προς τις μητέρες θα αποτελέσουν το έναυσμα για τη συνέχιση της γαλουχίας σε καλύτερες συνθήκες διευκολύνοντας τις γυναίκες ως προς τις πρακτικές του θηλασμού και της άντλησης. Εφόσον, λοιπόν, θα υιοθετηθούν οι στρατηγικές που προτείνουν άλλωστε και η UNICEF και ο WHO, τα νοσοκομεία θα μετατραπούν σε *φιλικά για το θηλασμό* ως προς τις πολιτικές και τις εγκαταστάσεις, με αποτέλεσμα τη γενικότερη αύξηση του ποσοστού του μητρικού θηλασμού (Walsh et al, 2023).

3.2.2 Οι συνέπειες του κυκλικού ωραρίου στο νοσηλευτικό προσωπικό

Οι Νοσηλεύτριες και οι Μαιές βάσει των αναγκών των ιατρικών μονάδων υποχρεούνται να εργάζονται σε κυκλικό ωράριο το οποίο περιλαμβάνει 3 βάρδιες: την πρωινή, την απογευματινή και τη νυχτερινή (Wu et al, 2008). Έχει παρατηρηθεί σε αρκετές μελέτες ότι η μεταβολή του κικκάδιου ρυθμού που προκαλείται από την συνεχόμενη εναλλαγή των ημερήσιων και νυχτερινών βαρδιών οδηγεί σε διαταραχές που αφορούν τις συνήθειες του ύπνου και μακροπρόθεσμα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση σοβαρών παθήσεων (Huang et al, 2015). Η λειτουργία του κικκάδιου ρυθμού είναι υπεύθυνη για τη ρύθμιση του ενδοκρινικού συστήματος. Στην περίπτωση διαταραχής του προγραμματισμού των 24 ωρών λόγω περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι το κυκλικό ωράριο των Νοσηλευτριών και των Μαιών, μπορεί να επηρεαστεί η διαδικασία έκκρισης βασικών χρήσιμων ορμονών για τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος (Gamble et al, 2013).

Η μελατονίνη αποτελεί μία ορμόνη που παράγεται στην επίφυση και έχει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του ύπνου και του κικκάδιου ρυθμού. Αποτελεί ένα βασικό συστατικό στη σύνθεση του μητρικού γάλακτος και οι συγκεντρώσεις της είναι υψηλότερες κατά τη διάρκεια της νύχτας μεταξύ 00.00 π.μ. και 06.30 π.μ. με την αιχμή της να ανιχνεύεται κατά τις 03.00 π.μ., υπό φυσιολογικές συνθήκες χωρίς νυχτερινή εργασία. Ωστόσο, οι ποσοτικές τιμές της μελατονίνης επηρεάζονται στη περίπτωση που η μητέρα εργάζεται νυχτερινές ώρες και αυτό επιβεβαιώνεται με ευρήματα μελετών μέτρησης της ορμόνης αυτής σε δείγματα σάλιου, ούρων και μητρικού γάλακτος. Παρατηρείται σημαντική μείωση στη μελατονίνη του μητρικού γάλακτος στο χρονικό διάστημα μεταξύ 00.00 και 06.30 π.μ. στις νυχτερινές βάρδιες συγκριτικά με τις ημερήσιες. Επομένως, το εύρημα αυτό σύμφωνα με τους ερευνητές υποδηλώνει την ενδεχόμενη επίδραση της διαταραχής του κικκάδιου ρυθμού της εργαζόμενης μητέρας λόγω των νυχτερινών βαρδιών στα επίπεδα συγκέντρωσης της μελατονίνης όσον αφορά στη σύσταση του μητρικού γάλακτος με συνέπεια τη διαταραχή στα πρότυπα ύπνου των βρεφών (Booker et al, 2024).

Το κυκλικό ωράριο έχει αρνητική επίδραση στη διάρκεια και τη ποιότητα του μητρικού θηλασμού. Υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ της χρονικής διάρκειας του θηλασμού και της έναρξης των νυχτερινών βαρδιών πριν το βρέφος φτάσει την ηλικία των 2 ετών. Στην περίπτωση αυτή το συνολικό διάστημα θηλασμού είναι μικρότερο με τη μέση διάρκεια να υπολογίζεται στους 13,8 μήνες συγκριτικά με όσες γυναίκες δεν εργάζονται τις νυχτερινές ώρες την περίοδο αυτή (Ersen et al, 2020).

Πολλές μητέρες λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν με το κυκλικό ωράριο και το προγραμματισμό των υποχρεώσεων που αφορούν τη φροντίδα του βρέφους επιλέγουν τη μέθοδο σίτισης με ξένο γάλα / formula (Riaz & Condon, 2018).

Εντούτοις υπάρχουν ελάχιστες χώρες των οποίων το σύστημα υγείας περιλαμβάνει νοσοκομεία με ειδικούς χώρους και κατάλληλες εγκαταστάσεις φύλαξης των βρεφών και νηπίων του προσωπικού. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται η μητέρα για τη συνέχιση του θηλασμού ακόμα και κατά τις νυχτερινές βάρδιες με αποτέλεσμα η πρακτική αυτή να έχει θετική επίδραση στη συνολική έκβαση και στην άνοδο των ποσοστών του μητρικού θηλασμού στο υγειονομικό προσωπικό (Soomro et al, 2016).

Ερευνητές περιγράφουν μια ισχυρή συσχέτιση του συνδυασμού της γαλουχίας και της εργασίας ιδιαίτερα αυτής που βασίζεται σε κυλιόμενες βάρδιες με την επαγγελματική εξουθένωση των Νοσηλευτριών και των Μαιών (Caperrelli- Gergel & Terry, 2022). Η συνεχόμενη προσπάθεια εξισορρόπησης των επαγγελματικών απαιτήσεων και της συνέχισης του θηλασμού αυξάνει τις πιθανότητες να εμφανίσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (“burnout”), με αποτέλεσμα να παρατηρείται μία σύγκρουση ανάμεσα στην εργασία και τις δύσκολες συνθήκες τις οποίες καλούνται να αντιμετωπίζουν καθημερινά και στο γενικότερο πλαίσιο της ποιότητας της ζωής τους (Dyrbye et al, 2017).

Ειδικότερα σύμφωνα με ευρήματα πολλών μελετών επηρεάζεται στο μέγιστο η ψυχολογική και συναισθηματική ευημερία της εργαζόμενης μητέρας αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς και τους ανθρώπους που εξυπηρετεί η φύση της εργασίας τους. Παρατηρείται μια αρνητική επίδραση στην αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών με αρνητική έκβαση για την πορεία της εκάστοτε νόσου αλλά και στην ικανοποίηση που νιώθουν από τη φροντίδα που δέχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, το άγχος που βιώνουν οι Νοσηλεύτριες σε συνδυασμό με τα ηθικά διλήμματα και τις απαιτήσεις των ασθενών επιβαρύνει το ψυχικό τους κόσμο δημιουργώντας αρνητικά συναισθήματα (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007).

Παράλληλα, το εργασιακό περιβάλλον όπου δραστηριοποιούνται οι μητέρες πολλές φορές δημιουργεί ένταση σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας, των συναισθηματικών απαιτήσεων που προκαλεί η επιτακτική ανάγκη για φροντίδα σε δύσκολα περιστατικά και του χρόνου που καταναλώνουν για αυτό (Khatabeh et al, 2021). Είναι σημαντικό να αναφερθεί

πως η αρνητική αλληλεπίδραση που πραγματοποιείται με άλλα άτομα του προσωπικού των μονάδων υγείας αλλά και συγγενικά πρόσωπα των ασθενών, η απουσία ενός υποστηρικτικού κλίματος από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους όπως και οι συγκρούσεις που προκύπτουν μεταξύ των μελών μιας θεραπευτικής ομάδας και η έλλειψη μιας οργανωτικής δομής και της διοικητικής παρουσίας αποτελούν βασικούς παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, όταν αυτοί συνυπάρχουν με μεγάλης κλίμακας άγχος, πίεση και stress (de Vries et al, 2023).

Οι συνέπειες του συνδρόμου είναι ορατές τόσο στο άτομο όσο και στην κοινωνία καθώς και σε επίπεδο οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Η απαιτητικότητα των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό και η αμφισβήτηση των ικανοτήτων του δημιουργούν συναισθήματα άγχους, θυμού, αμηχανίας, φόβου, προκαλώντας μία αρνητική συναισθηματική ένταση η οποία συμβάλλει στη μείωση της απόδοσης με αποτέλεσμα την σταδιακή απώλεια της εργασιακής ικανοποίησης και της προσωπικής ολοκλήρωσης μέσω του επαγγέλματος (Czegledi & Tandari-Kovacs, 2021). Μελέτες αναφέρουν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της προσπάθειας της μητέρας για διατήρηση της γαλουχίας προς ικανοποίηση των αναγκών των βρεφών με το καλύτερο δυνατό τρόπο, των επαγγελματικών καθηκόντων και της επαγγελματικής κόπωσης που βιώνει με αυξημένη πιθανότητα για εμφάνιση επιλόχειας κατάθλιψης (Li et al, 2023).

Για τις μονάδες υγείας η επαγγελματική εξουθένωση είναι ιδιαίτερα δαπανηρή, καθώς όλα όσα προαναφέρθηκαν συμβάλλουν σε αύξηση των ημερών απουσίας και στην επιθυμία για αποχώρηση από την εργασία, επιδεινώνοντας το βασικό πρόβλημα των τελευταίων ετών σχετικά με την έλλειψη υγειονομικού προσωπικού και το χαμηλό επίπεδο των παροχών στις δομές υγείας. Υπονομεύεται το κρατικό σύστημα υγείας και παρατηρείται μια αυξητική τάση στο κόστος των αρμόδιων οργανισμών για την κάλυψη των ημερών απουσίας λόγω ασθένειας των εργαζόμενων μητέρων και την αντικατάσταση αυτών στην περίπτωση αποχώρησής τους (Chen & Meier, 2021).

Ο δεσμευτικός χαρακτήρας που προσδίδει η επαγγελματική τους ταυτότητα απέναντι σε ασθενείς, έγκυες, επίτοκες και λεχωίδες αποτελεί τη βασική ένδειξη συναισθηματικής ανάμιξης, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την ψυχολογική επιβάρυνση στη προσπάθειά τους να συνδυάσουν εργασιακές, προσωπικές και οικογενειακές υποχρεώσεις. Για αυτό λοιπόν, συστήνεται οι Νοσηλεύτριες και οι

Μαίες ως εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες να αναπτύξουν ειδικές συναισθηματικές δεξιότητες προκειμένου να μπορούν να ανταποκρίνονται στη πράξη με το βέλτιστο τρόπο για την καλύτερη αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων (Παππα και συν, 2008).

3.3 Διεθνείς και εθνικές πολιτικές ενίσχυσης του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία

Πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν πως το 58,6% των παντρεμένων γυναικών επιστρέφει στην εργασία πριν ακόμα τα παιδιά τους ολοκληρώσουν το πρώτο έτος ζωής τους. Ένας μεγάλος αριθμός γυναικών επιλέγει ως ασφαλέστερη και πολυτιμότερη μέθοδο σίτισης των βρεφών το μητρικό θηλασμό, τον οποίο επιθυμούν να συνεχίσουν. Ωστόσο, τα ευρήματα μελετών επιβεβαιώνουν την ισχυρή αρνητική επίπτωση του συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας με τη συνολική διάρκειά του, καθώς όσο συντομότερη είναι η επιστροφή τόσο μικρότερη περιγράφεται η διάρκεια, ιδιαίτερα όταν η απασχόληση πραγματοποιείται με πλήρες ωράριο. Επομένως, κρίνεται απαραίτητη η σχεδίαση και ανάπτυξη στρατηγικών για την ενίσχυση, την προαγωγή και την προστασία του δικαιώματος κάθε εργαζόμενης μητέρας να θηλάσει (Almeida et al, 2023).

Η Διεθνής Οργάνωση Εργασίας η οποία αποτελεί μία από τις σημαντικότερες υπηρεσίες των Ηνωμένων Εθνών ρυθμίζει και διαμορφώνει τις πολιτικές και τα κατάλληλα πρότυπα όσον αφορά στο ωράριο, το είδος απασχόλησης, τις συνθήκες εργασίας, τον χώρο και τον κώδικα συμπεριφοράς. Κύριος στόχος της Οργάνωσης είναι η προστασία των δικαιωμάτων κάθε εργαζόμενης μητέρας και η κάλυψη των αναγκών της για την προάσπιση του θεσμού της οικογένειας. Μέσα από συνελεύσεις που πραγματοποιούνται με υψηλού κύρους πρόσωπα όπως αντιπρόσωποι κυβερνήσεων, τίθενται τα παγκόσμια πρότυπα εργασίας που καλούνται να ακολουθούν οι εργοδότες. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται και δημοσιοποιούνται ως άρθρα έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα για όλα τα κράτη-μέλη, καθώς μεταβάλλεται η εθνική νομοθεσία κάθε κράτους που αφορά στο εργατικό δίκαιο και τις πρακτικές που κρίνεται σκόπιμο να εφαρμοστούν για την επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων (Wambach & Spencer, 2021).

Στο ευρύτερο πλαίσιο προαγωγής και υποστήριξης του μητρικού θηλασμού έχουν θεσπιστεί ορισμένα νομοθετικά μέτρα και δημόσιες πολιτικές με απώτερο

σκοπό την διατήρηση του θηλασμού εφόσον αυτό είναι επιθυμητό από την ίδια την μητέρα (Mangasaryan et al, 2012). Οι ανεπτυγμένες χώρες βασίζονται σε μια πολιτική θηλασμού που ονομάζεται «Save the Children» (2012), η οποία καθορίζεται από 4 βασικά κριτήρια: τη διάρκεια της άδειας μητρότητας μετ' αποδοχών, το δικαίωμα για διάλειμμα στη διάρκεια της βάρδιας, το ποσοστό των μαιευτηρίων που έχουν οριστεί ως φιλικά για τα βρέφη και το βαθμό στον οποίο τηρείται η εκάστοτε νομοθεσία βάση των πολιτικών που ακολουθούνται στο εργασιακό περιβάλλον. Ειδικότερα όσον αφορά στις ΗΠΑ, έχουν αναληφθεί αρκετές πρωτοβουλίες σχετικά με την προώθηση της ισότητας μεταξύ των εργαζόμενων γυναικών, ωστόσο ελάχιστες φαίνεται να αφορούν τις θηλάζουσες μητέρες. Από το 2010 όπου ψηφίσθηκε ο νόμος περί προστασίας των γυναικών που εξακολουθούν να θηλάζουν μετά την επιστροφή στην εργασία τους, παρατηρείται αύξηση κατά 2,3 φορές στις πιθανότητες αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες (Kozhimannil et al, 2016).

Οι αρμόδιοι φορείς βρίσκονται σε συνεχείς διαπραγματεύσεις για την ανεύρεση των κατάλληλων πολιτικών και στρατηγικών που χρειάζεται να υιοθετηθούν υποστηρίζοντας το Σχέδιο Δράσης για το Θηλασμό το οποίο βασίζεται στην ενημέρωση, την εκπαίδευση, την επίγνωση και την έρευνα (WHO, 2007). Εφόσον ο συνδυασμός εργασίας και μητρικού θηλασμού κρίθηκε μείζονος σημασίας για τη δημόσια υγεία, δημιουργήθηκε ένα έγγραφο στο οποίο περιγράφονται συγκριμένες δράσεις βασισμένες στα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα για την υποστήριξη των θηλαζουσών εργαζόμενων μητέρων. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνονται τα εξής:

- Προσπάθεια για την εφαρμογή της πολιτικής της άδειας μητρότητας μετ' αποδοχών για όλες τις εργαζόμενες μητέρες.
- Εξασφάλιση οργανωμένων, υψηλής ποιότητας προγραμμάτων με πλήρεις παροχές για την υποστήριξη της γαλουχίας.
- Εφαρμογή των στρατηγικών εκείνων που επιτρέπουν στις μητέρες την άμεση πρόσβαση στα βρέφη τους.
- Εξυπηρέτηση των αναγκών των θηλαζουσών μητέρων σε όλους τους βρεφονηπιακούς σταθμούς.

Σύμφωνα με μια συστηματική ανασκόπηση που συμπεριέλαβε μελέτες από 10 διαφορετικές χώρες στις οποίες αξιολογήθηκαν εργασιακοί χώροι που ανήκουν σε

δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς σχετικά με την εφαρμογή των στρατηγικών που στοχεύουν στην υποστήριξη και τη προώθηση του μητρικού θηλασμού στη διάρκεια της εργασίας, οι ερευνητές δίνουν έμφαση σε 3 βασικές πρακτικές: στον επαρκή χρόνο για διάλειμμα, στη διάθεση ιδιωτικού και κατάλληλα εξοπλισμένου χώρου για θηλασμό ή άντληση μητρικού γάλακτος και στην απαραίτητη ενημέρωση - εκπαίδευση όλων των εργαζομένων και των εργοδοτών για τις ανάγκες των θηλαζουσών μητέρων (Dinour & Szaro, 2017). Ειδικότερα η αποφυγή κάθε είδους ανισότητας προς τις εργαζόμενες γυναίκες και ιδιαίτερα προς εκείνες που επιθυμούν να διατηρήσουν τη γαλουχία όπως υποστηρίζουν οι McCardel και Padilla (2020), καθώς και η ενημέρωση των εργοδοτών σχετικά με την άμεση ενίσχυση των πόρων που απαιτούνται για την παροχή όλων των μέσων προώθησης του θηλασμού συμβάλλει στην αντιστάθμιση της ανισότητας που περιγράφεται στο εργασιακό περιβάλλον (Perreira-Kotze et al, 2023).

Τα ευρήματα μίας ποιοτικής μελέτης στην οποία συμμετείχαν 42 εργαζόμενες μητέρες και οι σύζυγοί τους, 21 επαγγελματίες υγείας, 22 διευθυντές παιδικών σταθμών και 16 διευθυντές ξενοδοχειακών μονάδων και καταλυμάτων επιβεβαίωσαν πως η εφαρμογή συγκεκριμένων πολιτικών μπορεί να αυξήσει σημαντικά το ποσοστό του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Οι υπεύθυνοι των εργασιακών χώρων αναφέρουν πως ένα πιο ευέλικτο ωράριο με λιγότερες επαγγελματικές απαιτήσεις σε συνδυασμό με τη διάθεση κατάλληλων εγκαταστάσεων φύλαξης των βρεφών στους χώρους εργασίας, συμβάλλουν αποτελεσματικά στην στοχευμένη ανταπόκριση των μητέρων στις προκλήσεις του θηλασμού χωρίς να προβούν στη πρόωρη διακοπή του (Mgongo et al, 2024). Οι παρεμβάσεις αυτές και η δυνατότητα άντλησης μητρικού γάλακτος αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την εδραίωση ενός επιτυχούς αποκλειστικού μητρικού θηλασμού τουλάχιστον για τους πρώτους 6 μήνες (Ickes et al, 2021).

Η παγκόσμια βιβλιογραφία αναφέρει πως η ισχυρότερη στρατηγική παρέμβαση σε μία εργασιακή δομή είναι η ευαισθητοποίηση όλου του προσωπικού και ιδιαίτερα των εργοδοτών και των υπευθύνων σχετικά με τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τη βρεφική, μητρική και δημόσια υγεία (Hirrani & Karmanliani, 2013). Εκτός αυτού, η ενημέρωση και η εκπαίδευση από αρμόδιους επαγγελματίες υγείας για τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα θα προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα συνδυασμού εργασιακών καθηκόντων και γαλουχίας και τη διαχείριση των προκλήσεων που θα αντιμετωπίσει φαίνεται πως έχει θετική επίδραση στη συχνότητα και τη ποιότητα του θηλασμού,

μειώνοντας αισθητά το άγχος που βιώνει κάθε εργαζόμενη μητέρα (Cifti & Arıkan, 2012).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενες μητέρες στα γραφεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έδειξε πως η παροχή ενημερωτικών και εκπαιδευτικών υπηρεσιών στη διάρκεια της περιγεννητικής περιόδου αποτελεί μία σημαντική σύσταση στο πλαίσιο της εφαρμογής στρατηγικών για την προστασία των εργαζόμενων γυναικών. Επιπλέον, η ενθάρρυνση των ιδιωτικών και δημόσιων φορέων να πραγματοποιήσουν περισσότερες μελέτες προκειμένου να καταγραφούν και να αξιολογηθούν ακριβώς οι συνθήκες που επικρατούν στις εργασιακές δομές κάθε τύπου, συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην προστασία των δικαιωμάτων των μητέρων για τη συνέχιση του θηλασμού όπως προβλέπει ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών προασπίζοντας το ρόλο κάθε γυναίκας ως εργαζόμενη και μητέρα (Lellamo et al, 2014).

Σε διεθνές επίπεδο, οι αρμόδιοι οργανισμοί που εκπροσωπούν τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ασκούν τα επαγγελματικά τους καθήκοντα σε ιδιωτικούς ή δημόσιους φορείς υγείας έχουν αναπτύξει πολιτικές και στρατηγικές προκειμένου να υποστηρίξουν με έμπρακτο τρόπο τη διατήρηση της γαλουχίας επισημαίνοντας διαρκώς τα πολλαπλά οφέλη του μητρικού θηλασμού. Το ιατρικό, νοσηλευτικό και μαιευτικό προσωπικό που καταβάλλει μεγάλη προσπάθεια ώστε να συνδυάσει την επιστροφή σε μια απαιτητική εργασία η οποία χαρακτηρίζεται από δύσκολες συνθήκες, χρειάζεται το σεβασμό και την υποστήριξη των συναδέλφων και των ανωτέρων για την επιλογή τους να συνεχίσουν το θηλασμό (Dodelzon, 2021). Όπως αναγράφεται στις επίσημες πολιτικές, η άδεια μετ' αποδοχών και η παροχή ειδικών εξοπλισμένων εγκαταστάσεων αποτελούν τις βασικότερες συστάσεις υποστήριξης των εργαζόμενων μητέρων.

Επιπρόσθετες συστάσεις που αφορούν στη στρατηγική προώθηση του μητρικού θηλασμού σε νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές περιλαμβάνουν την εφαρμογή και την τήρηση της πολιτικής «10 βήματα για το μητρικό θηλασμό» όπως περιγράφουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNICEF (WHO, 2018). Με αυτόν τον τρόπο οι δομές υγείας καθίστανται «Φιλικές για τα βρέφη» όχι μόνο για τις ασθενείς και τις επισκέπτριες αλλά και για το ιατρικό, νοσηλευτικό, μαιευτικό και διοικητικό προσωπικό (Aryeetey & Dykes, 2018). Η έγκαιρη ενημέρωση και εκπαίδευση για τις διαθέσιμες πολιτικές που εφαρμόζονται σε κάθε δομή υγείας από τη προγεννητική περίοδο συμβάλλει στον προσδιορισμό του χρονικού διαστήματος που η θηλάζουσα

μητέρα επιθυμεί να διατηρήσει τη γαλουχία και υπό ποιες συνθήκες θα επιστρέψει στον εργασιακό της χώρο, χωρίς να επηρεαστεί η ποιότητα του μητρικού θηλασμού και η συχνότητα των αντλήσεων μητρικού γάλακτος (Haas et al, 2020).

Η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Hawai δημιούργησε ένα πλάνο δράσης το οποίο περιλαμβάνει τις εξής συστάσεις:

1. Ανανέωση της υπάρχουσας πολιτικής για την ορθή χρήση και τη συντήρηση των θηλάστρων και γενικότερα του εξοπλισμού άντλησης όπως και η διατήρηση της καθαριότητας του χώρου.
2. Προστασία του χρονικού διαστήματος που αντιστοιχεί στο διάλειμμα για μητρικό θηλασμό ή άντληση μητρικού γάλακτος.
3. Ενημέρωση και κατάλληλη εκπαίδευση για την ευαισθητοποίηση του προσωπικού σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι θηλάζουσες μητέρες ως επαγγελματίες υγείας.
4. Βελτίωση και αναδιαμόρφωση της πολιτικής για τη γαλουχία μέσω συνεχούς υποστήριξης με στόχο την υγιή ψυχολογική και συναισθηματική ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού που αντιπροσωπεύει τις θηλάζουσες μητέρες (Ramsey et al, 2021).

Όσον αφορά στις εθνικές πολιτικές που εφαρμόζονται στο ελληνικό εργασιακό περιβάλλον, ώστε να επιτευχθεί με το βέλτιστο τρόπο η υποστήριξη των εργαζόμενων μητέρων για τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία, φαίνεται πως εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την εφαρμογή του διεθνούς κώδικα και της νομοθεσίας για την προστασία της μητρότητας. Η Ελλάδα αποτελεί μία από τις ευρωπαϊκές χώρες που συμπεριλαμβάνονται από το 2004 στο σχέδιο δράσης για την υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη (EU Project on Promotion on Breastfeeding in Europe, 2003,2004), το οποίο βασίζεται στην παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού που υιοθετήθηκε από τους αρμόδιους φορείς όλων των κρατών-μελών του ΠΟΥ (WHO, 2003). Αναφέρεται η σημαντικότητα της αποτελεσματικής υποστήριξης που χρειάζεται η μητέρα μέσω της κοινωνικής κινητοποίησης και επιστροφής σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται φιλικό προς το μητρικό θηλασμό σε όλους τους τομείς της ζωής της (Marhefka et al, 2018).

Οι προτεινόμενες επιδιώξεις της στρατηγικής αυτής αφορούν στην εφαρμογή όλων των πολιτικών που διαμορφώθηκαν κατά την παρουσίαση του σχεδίου δράσης, καθώς και την ενημέρωση των αρμόδιων επαγγελματιών υγείας με τη συμβολή του

Υπουργείου Υγείας. Παράλληλα, βάση του διεθνούς κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος που προωθείται μέσω του σχεδίου δράσης, αναφέρεται στην άμεση εξασφάλιση της τήρησης του διεθνούς κώδικα και στην ανάπτυξη εθνικής νομοθεσίας στο εκάστοτε κράτος προκειμένου να εφαρμόζονται πλήρως όλες οι ρυθμίσεις που κρίνονται απαραίτητες με τη σύμπραξη της κυβέρνησης, των τοπικών αρχών, των επιτροπών μητρικού θηλασμού και των μη κυβερνητικών οργανισμών που αποσκοπούν στην προώθηση του μητρικού θηλασμού.

Η αναβάθμιση και η επέκταση της εθνικής νομοθεσίας αποτελεί τη βασική ρύθμιση που οφείλει να πραγματοποιήσει η κυβέρνηση σε συνδυασμό με τοπικές αρχές προκειμένου να τηρούνται οι διατάξεις για τη προστασία της μητρότητας. Η ενεργοποίηση μιας πιο αποτελεσματικής νομοθεσίας δύναται να ενισχύσει οικονομικά την εργαζόμενη μητέρα και παράλληλα το κίνητρό της για να συνεχίσει το μητρικό θηλασμό μετά την επιστροφή της στην εργασία. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται σχετικά με την ευαισθητοποίηση των εργασιακών περιβαλλόντων και την παροχή κατάλληλης και εμπειριστατωμένης ενημέρωσης από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας στους εργοδότες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού τόσο στην σωματική και ψυχοσυναισθηματική υγεία του βρέφους και της μητέρας, όσο και στους ίδιους τους εργοδότες (MacDonald, 2005).

3.3.1 Η Στρατηγική των τεσσάρων (4) παραγόντων για υποστήριξη του θηλασμού στον εργασιακό χώρο

Η υποστήριξη της εργαζόμενης μητέρας και η προαγωγή των πρακτικών για τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού στον εργασιακό χώρο βασίζεται σε 4 σημαντικούς παράγοντες όπως περιγράφεται και από το πρωτόκολλο του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών – CDC (2013) στις ΗΠΑ σχετικά με την παροχή ειδικών στρατηγικών υποστήριξης προς τις μητέρες και τα βρέφη. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ορισμό που περιγράφεται από το CDC για την υποβοήθηση της εργαζόμενης μητέρας, περιλαμβάνονται ειδικές παροχές και υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της απασχόλησής της.

Τα τέσσερα στοιχεία που καθορίζουν την επιτυχία της στρατηγικής για έναν αποτελεσματικό θηλασμό σε διάρκεια και ποιότητα αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω. Ειδικότερα:

- *Χρόνος:* Παρέχεται στις εργαζόμενες μητέρες η δυνατότητα ενός ευέλικτου προγράμματος όσον αφορά στα ωράρια εργασίας αλλά και τα απαραίτητα διαλείμματα, ώστε να είναι εφικτή η άντληση και η αποθήκευση του μητρικού γάλακτος με τον κατάλληλο τρόπο κατά τις ώρες απασχόλησης. Στο χρονικό πλαίσιο που αναφέρεται περιλαμβάνεται ο χρόνος διαλείμματος αλλά και το απαραίτητο χρονικό περιθώριο προκειμένου η εργαζόμενη να μεταβεί στον ιδιωτικό χώρο που διατίθεται για το σκοπό αυτό ή στο χώρο φύλαξης του βρέφους σε ειδικές εγκαταστάσεις στον φορέα απασχόλησης.
- *Χώρος:* Η μητέρα χρειάζεται έναν απομονωμένο και άνετο χώρο όπου θα μπορεί να αντλεί το γάλα με ηρεμία και ιδιωτικότητα. Ο χώρος αυτός θα πρέπει να πληροί ορισμένες προϋποθέσεις ώστε να κρίνεται κατάλληλος για την άντληση, με κυριότερες τον επαρκή φωτισμό και αερισμό. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η καθαριότητα του δωματίου της θηλάζουσας μητέρας και η παροχή ενός νιπτήρα για την κατάλληλη υγιεινή των χεριών καθώς και μία άνετη καρέκλα ή πολυθρόνα θηλασμού. Επιπλέον, η διάθεση ηλεκτρικής παροχής για τη λειτουργία του ηλεκτρικού θήλαστρου και ενός ψυγείου για τη φύλαξη του μητρικού γάλακτος κρίνεται απαραίτητη.
- *Άτομα:* Όλο το ανθρώπινο δυναμικό που συγκαταλέγεται στον εκάστοτε φορέα απασχόλησης όπως οι εργαζόμενοι, οι εργοδότες, οι διευθυντές και οι προϊστάμενοι διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της επιλογής της θηλάζουσας μητέρας για συνέχιση του θηλασμού αλλά και στη διευκόλυνσή της όσον αφορά στην κάλυψη των αναγκών της. Η κατανόηση, η ενσυναίσθηση, η ενθάρρυνση, ο σεβασμός και η διάθεση για βοήθεια από τα άτομα του εργασιακού περιβάλλοντος συνεισφέρουν στην επιτυχή ολοκλήρωση του επιδιωκόμενου στόχου, του συνδυασμού, δηλαδή, εργασίας και θηλασμού. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ενημέρωση του προσωπικού για τις ανάγκες μιας εργαζόμενης μητέρας σε σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, προκειμένου να σταθούν ως αρωγοί στη προσπάθειά της.
- *Πολιτική:* Είναι απαραίτητη μία γραπτή πολιτική σε κάθε εργασιακό χώρο ώστε να ακολουθούνται οι κανόνες για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Ένα υποστηρικτικό περιβάλλον αυξάνει τις πιθανότητες για μεγαλύτερης διάρκειας θηλασμό, ειδικότερα όταν παρέχονται στη μητέρα περισσότερες επιλογές για μερική απασχόληση, επιμερισμό των εργασιακών καθηκόντων με κάποιο άλλο άτομο του προσωπικού ή διάθεση

παρατεταμένης άδεια μητρότητας μετ' αποδοχών (CDC, 2013 & Haas et al, 2020).

Τα προγράμματα γαλουχίας στους εργασιακούς χώρους αποτελούν ένα σημαντικό κίνητρο για τις εργαζόμενες μητέρες καθώς συμβάλλουν με το μέγιστο βαθμό στην διαχείριση των δύσκολων καταστάσεων που βιώνουν συνήθως μετά την επιστροφή τους στην εργασία. Στις ΗΠΑ από το 2010 τα προγράμματα αυτά καθιστούν το χρυσό κανόνα σε μεγάλες εταιρείες και επιχειρήσεις, τα οποία παρέχουν ιδιωτικό χώρο για άντληση και επαρκή διαλείμματα κατά τις ώρες εργασίας για τουλάχιστον ένα χρόνο από τη γέννηση του βρέφους (Kozhimannil et al, 2016).

Πολλά ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν τη θετική επίδραση των διαφόρων στρατηγικών υποστήριξης του θηλασμού μέσω της υλοποίησης προγραμμάτων στην συνολική έκβαση της γαλουχίας. Ενισχύεται ο βαθμός επιτυχίας καθώς παρατηρείται μεγαλύτερη διάρκεια στο θηλασμό προάγοντας θετικά τη μητρική και βρεφική υγεία. Εκτός αυτού, τα οφέλη που αποκομίζει ο εργοδότης μέσα από τα προγράμματα υποστήριξης και προαγωγής του θηλασμού περιλαμβάνουν μια σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων εφόσον περιγράφονται λιγότερες περιπτώσεις απουσίας των εργαζόμενων μητέρων λόγω ασθένειας των παιδιών και βελτίωση της σωματικής και ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης της γυναίκας, γεγονός το οποίο την καθιστά πιο παραγωγική στα επαγγελματικά της καθήκοντα αυξάνοντας ταυτόχρονα την εργασιακή ικανοποίηση και τη συνολική απόδοσή της (Souza et al, 2023).

3.4 Νομικό πλαίσιο για την προστασία της εργαζόμενης μητέρας

Το θεσμικό πλαίσιο προστασίας της οικογένειας περιλαμβάνει ένα σύνολο πολιτικών το οποίο λαμβάνει χώρα κυρίως μέσω της εφαρμογής παρεμβάσεων δημοσίου δικαίου για την βέλτιστη ρύθμιση των οικογενειακών σχέσεων και την εξυπηρέτηση των αναγκών τους (Engster, 2012). Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για πολιτικές *απασχόλησης, στέγασης και κοινωνικής ασφάλειας* που αφορούν ειδικά φορολογικά μέτρα και οικογενειακά επιδόματα. Η τήρηση της αρχής ίσης μεταχείρισης των δύο φύλων στην εργασία, οι διαθέσιμες υπηρεσίες φύλαξης και φροντίδας των παιδιών για όσο διάστημα εργάζονται οι γονείς όπως και η κατοχύρωση των οικογενειακών δικαιωμάτων στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης συνιστούν κεντρική νομοθετική προτεραιότητα (Αμίτσης, 2019). Η δυνατότητα που παρέχεται για τον καλύτερο συνδυασμό των επαγγελματικών και οικογενειακών

υποχρεώσεων μέσω των παρεμβάσεων αυτών, αποτελεί το βασικό κίνητρο για την επίτευξη της ηθικής, σωματικής και ψυχολογικής ευημερίας των μελών κάθε οικογένειας (Boskovic et al, 2021).

Η προστασία της μητρότητας αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά του πολιτισμού στα οικονομικά ανεπτυγμένα κράτη. Βασισμένα σε στρατηγικές και πολιτικές που προτείνουν οι διεθνείς οργανώσεις και ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες και την αξία που προσδίδουν στην μητρότητα και το θεσμό της οικογένειας, παρατηρείται αναδιαμόρφωση των νομοθετικών διατάξεων για τη προστασία της μητέρας και του νεογνού. Η υποστήριξη και η προστασία της μητρότητας εντάσσεται στο σύνταγμα, όπου με το άρθρο 21 παρ. 1 ορίζεται «η οικογένεια ως θεμέλιο της συντήρησης και προαγωγής του έθνους». Οι κρατικοί φορείς υποχρεούνται να παρέχουν προστασία μέσω του υπέρτερου συνταγματικού νόμου στο γάμο, τη μητρότητα, την οικογένεια και τα παιδιά. Οι πολιτικές που εφαρμόζονται ενισχύοντας τον κοινωνικό προφίλ του ελληνικού κράτους, προσδίδει ένα σημαντικό γνώρισμα, αυτό του «κράτους-πρόνοιας» (Μωραΐτου, 2012).

Παράλληλα, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη προσαρμογής του εργατικού δικαίου στις απαιτήσεις που καλούνται να φέρουν εις πέρας οι γυναίκες σε επαγγελματικό επίπεδο. Οι εργοδότες και το εκάστοτε εργασιακό καθεστώς χρήζουν άμεσης προσαρμογής στις ανάγκες του γυναικείου φύλου με τις ιδιαιτερότητές του, αποφεύγοντας την προσαρμογή της εργαζόμενης στις υφιστάμενες τακτικές του εργασιακού περιβάλλοντος (Krief et al, 2022). Παρά το γεγονός ότι το εργατικό δίκαιο περιλαμβάνει κανόνες που διευκολύνουν την εργασιακή παραγωγικότητα των γυναικών προασπίζοντας τις ανάγκες τους, παρατηρούνται διακριτικές τάσεις σε κοινωνικό και επαγγελματικό επίπεδο λόγω της μητρότητας. Ωστόσο, η άσκηση μίας κοινωνικής πολιτικής για την προστασία των εργαζόμενων μητέρων παίζει καθοριστικό ρόλο στην επίτευξη μιας επαγγελματικής καριέρας και δυναμική εξέλιξή της και αυτό επιβεβαιώνεται από τη παροχή κοινωνικής ασφάλειας και των αντίστοιχων παροχών ως αποτέλεσμα της κοινωνικής τους προσφοράς, λόγω της αλληλεξάρτησης που παρατηρείται ανάμεσα στο εργατικό δίκαιο και το δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων του κράτους (Tohme & Abi-Habib, 2022).

Η νομοθετική προστασία της μητρότητας στο εργατικό και το ασφαλιστικό δίκαιο βασίζεται σε ορισμένους ρυθμιστικούς νόμους οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία ενός πλέγματος ειδικών διατάξεων. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του Προεδρικού Διατάγματος 41/2003 ορίζεται ως *γαλουχούσα εργαζόμενη* «η κάθε

εργαζόμενη γυναίκα, για χρονικό διάστημα μέχρι και ένα έτος από τον τοκετό, η οποία έχει ενημερώσει τον εργοδότη της για την κατάστασή της εφόσον αυτό απαιτείται για τη λήψη θετικότερου μέτρου υπέρ της γαλουχούσας». Ο νόμος 1483/1984 του εργατικού δικαίου παρέχει στην εργαζόμενη γυναίκα ένα είδος προστασίας μέσω ειδικών προσαρμογών και τροποποιήσεων των επαγγελματικών συνθηκών για διευκόλυνση στην κάλυψη των οικογενειακών αναγκών.

Παρατίθενται ορισμένες από τις σημαντικότερες ρυθμίσεις κατά τις ισχύουσες νομικές διατάξεις (Παράρτημα 5) με τις οποίες προστατεύεται η μητρότητα και κατ' επέκταση δίνεται η δυνατότητα στις εργαζόμενες γυναίκες για δημιουργία οικογένειας και απόκτηση τέκνων. Όλα αυτά ενισχύονται με τη θέσπιση μέτρων για την απουσία από την εργασία τα απαιτούμενα χρονικά διαστήματα, τη χορήγηση επιδομάτων και αδειών ανατροφής και φροντίδας τέκνου που δικαιούνται, τα οποία αναλύονται παρακάτω.

➤ *Εργαζόμενες μητέρες στον ιδιωτικό τομέα:*

Σύμφωνα με τα άρθρα 9 του Νόμου 2224/1994 και 11 του Νόμου 2874/2000, κάθε εργαζόμενη μητέρα που απασχολείται σε επιχείρηση ιδιωτικού τομέα έχει το δικαίωμα αποχής από την εργασία της με άδεια μητρότητας που χορηγείται υποχρεωτικά από τον εργοδότη για χρονικό διάστημα 9 εβδομάδων (63 ημέρες) μετά τον τοκετό και αναφέρεται ως *άδεια λοχείας*. Η υπ' αριθμ. 194/2005 γνωμοδότηση του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους αναφέρει πως η άδεια αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τη μητέρα, προκειμένου το γυναικείο σώμα να ανακάμψει από τη περίοδο της εγκυμοσύνης και τη διαδικασία του τοκετού αλλά να εξασφαλίσει τον απαραίτητο χρόνο για τη φροντίδα και την ανατροφή του βρέφους.

Όσον αφορά στις αποδοχές κατά το διάστημα που προαναφέρθηκε, χορηγείται επίδομα λοχείας με παροχές μητρότητας από τον Ε.Φ.Κ.Α (Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης). Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η πραγματοποίηση τουλάχιστον 200 ημερών ασφάλισης τα τελευταία 2 έτη. Το χρηματικό ποσό του επιδόματος καθορίζεται από τον μέσο όρο των αποδοχών που έλαβε η εργαζόμενη τις τελευταίες 30 ημέρες ασφάλισης το προηγούμενο έτος. Επιπλέον, κατά το τέλος του διαστήματος της λοχείας ο Ο.Α.Ε.Δ (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού) χορηγεί ένα επίδομα προς συμπλήρωση του συνόλου των αποδοχών στη περίπτωση όπου η μητέρα βρίσκεται σε σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου με

ασφαλιστικό φορέα τον ΕΦΚΑ και έχει λάβει το αντίστοιχο καταβαλλόμενο επίδομα λοχείας.

Το άρθρο 7 του Νόμου 3144/2003 αναφέρει τη παροχή άδειας φροντίδας παιδιού ή μειωμένου ωραρίου εργασίας για την εξυπηρέτηση της μητέρας όσον αφορά τις αυξημένες ανάγκες για την ανατροφή του παιδιού. Πιο συγκεκριμένα δικαιούται μία από τις παρακάτω παροχές:

- Έναρξη της βάρδιας μία ώρα αργότερα ή αποχώρηση κατά μία ώρα νωρίτερα κάθε ημέρα για χρονικό διάστημα 30 μηνών μετά το πέρας της άδειας λοχείας.
- Το ημερήσιο ωράριο μπορεί να μειωθεί κατά 2 ώρες την ημέρα για τους πρώτους 12 μήνες και κατά μία ώρα τους επόμενους 6 μήνες.
- Παροχή ισόχρονης άδειας μετ' αποδοχών διάρκειας 3,5 μηνών αντί του μειωμένου ωραρίου έπειτα από συμφωνία με τον εργοδότη.

Ειδική άδεια προστασίας μητρότητας διάρκειας 6 μηνών παρέχεται στη μητέρα η οποία απασχολείται σε σχέση εργασίας ορισμένου ή αορίστου χρόνου, είναι ασφαλισμένη στον Ε.Φ.Κ.Α. και έχει ολοκληρώσει το διάστημα που αντιστοιχεί στην άδεια λοχείας και της ισόχρονης άδειας προς το μειωμένο ωράριο, σύμφωνα με άρθρο 142 του Νόμου 2655/2008. Ακόμα και αν η μητέρα δεν κάνει χρήση της ισόχρονης άδειας για το μειωμένο ωράριο, δικαιούται να λάβει την ειδική άδεια αμέσως μετά το τέλος της υποχρεωτικής άδειας λοχείας. Κατά τη διάρκεια της άδειας αυτής ο Ο.Α.Ε.Δ. οφείλει να καταβάλλει μηνιαίως παροχές ίσες με το ποσό που αντιστοιχεί στον κατώτατο μισθό όπως ορίζεται από την Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας.

➤ *Εργαζόμενες μητέρες στο δημόσιο τομέα:*

Σύμφωνα με τον υπαλληλικό κώδικα που ορίζεται από τον Νόμο 3528/2007 (άρθρο 52), οι εργαζόμενες μητέρες που απασχολούνται σε δημόσιους φορείς μπορούν να λάβουν άδεια λοχείας με πλήρεις αποδοχές για χρονικό διάστημα 3 μηνών. Σε περίπτωση όπου η μητέρα αποκτήσει περισσότερα από 3 παιδιά, η άδεια αυτή προσαυξάνεται κατά 2 μήνες.

Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα μείωσης του ωραρίου κατά 2 ώρες την ημέρα με την προϋπόθεση ότι έχει παιδιά ηλικίας κάτω των 2 ετών και κατά 1 ώρα εφόσον τα παιδιά βρίσκονται μεταξύ 2 και 4 ετών. Η μητέρα δύναται να λάβει άδεια με αποδοχές για 9 μήνες – *άδεια ανατροφής παιδιού*, εφόσον δεν κάνει χρήση του

μειωμένου ωραρίου η οποία αυξάνεται κατά 6 μήνες για κάθε τέκνο σε γέννηση διδύμων ή τριδύμων.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι δέχονται περισσότερες διευκολύνσεις, καθώς δικαιούνται άδεια μετ' αποδοχών έως 4 ημέρες ανά έτος σε ασθένεια του παιδιού. Προς ενίσχυση της οικογένειας η μητέρα λαμβάνει μία μηνιαία παροχή ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την ηλικία των παιδιών, όπως ορίζεται από την αντίστοιχη διάταξη του άρθρου 11 του Νόμου 3205/2003.

Αξίζει να σημειωθεί η σημαντικότητα του άρθρου 15 του Νόμου 1483/1984, όπου αναφέρεται η ρητή απαγόρευση της καταγγελίας της σύμβασης ή της σχέσης εργασίας της εργαζόμενης μητέρας από τον εργοδότη για χρονικό διάστημα 18 μηνών μετά τον τοκετό ή λόγω απουσίας της από την εργασία για ασθένεια που προκλήθηκε από την εγκυμοσύνη ή τον τοκετό, εκτός αν υπάρχει σπουδαίος λόγος για καταγγελία.

➤ *Εργαζόμενες μητέρες ως αυτοαπασχολούμενες:*

Οι αυτοαπασχολούμενες μητέρες δηλαδή όσες εργάζονται σε δική τους επιχείρηση χωρίς εργοδότη δύναται να πραγματοποιήσουν μία προσωρινή παύση των επαγγελματικών τους καθηκόντων λόγω μητρότητας για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 14 εβδομάδων και να λάβουν το αντίστοιχο επίδομα μητρότητας βάση του άρθρου 6 του Νόμου 4097/2012. Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομίας, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Φ.10060/15858/606/7.10.2014, ορίστηκε καταβολή μηνιαίου επιδόματος που αντιστοιχεί στο ύψος των 200 ευρώ για 4 μήνες (Παράρτημα 5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου στην αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο απώτερος στόχος είναι η διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών όσον αφορά στις εγκαταστάσεις, τις υλικοτεχνικές υποδομές καθώς και την εργασιακή και ψυχολογική υποστήριξη της εργαζόμενης μητέρας από τους ανωτέρους και τους συναδέλφους σε όλες τις υγειονομικές μονάδες, προκειμένου να έχουν τη δυνατότητα συνέχισης του μητρικού θηλασμού έως ότου ικανοποιήσουν τις προσωπικές τους προσδοκίες.

Η ερευνητική υπόθεση αναφέρεται στην χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα μητρικού θηλασμού των Μαιών, των Νοσηλευτριών και των Βοηθών που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας καταγράφονται ως εξής:

1. Επιπολασμός του ποσοστού αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό.
2. Υπολογισμός της συνολικής διάρκειας του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό.
3. Διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού στο εργασιακό περιβάλλον του τομέα υγείας.
4. Διερεύνηση της ψυχικής υγείας των εργαζόμενων μητέρων σχετικά με τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή τους στην εργασία.
5. Διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου στη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού στο μητρικό θηλασμό.
6. Διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου στην αυτοαποτελεσματικότητα.
7. Συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας και μητρικού θηλασμού.

4.2 Ερευνητικός Σχεδιασμός

4.2.1 Χώρος μελέτης

Για τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας στη παρούσα μελέτη, αρχικά ζητήθηκε ειδική άδεια από την 6^η Υγειονομική Περιφέρεια και κατόπιν από τη διοικητική και επιστημονική υπηρεσία του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας «Αγία Ειρήνη» και του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Παράρτημα 2). Αφού χορηγήθηκαν εγγράφως οι απαραίτητες άδειες στην ερευνήτρια για τις ανάγκες πραγματοποίησης της έρευνας, ακολούθησε η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων από τις νοσηλευτικές και μαιευτικές κλινικές των Νοσοκομείων.

4.2.2 Δείγμα μελέτης

Το τελικό δείγμα του πληθυσμού που συμπεριλήφθηκε στην ερευνητική διαδικασία προέκυψε έπειτα από τον καθορισμό ορισμένων σημαντικών περιορισμών που αφορούν το χρονικό και το εργασιακό πλαίσιο. Πιο συγκεκριμένα, βασική προϋπόθεση αποτέλεσε η τήρηση των κριτηρίων ένταξης στη μελέτη, τα οποία περιλαμβάνουν τη γνώση και κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, την εργασία ως Μαία, Νοσηλεύτρια και βοηθός Μαίας/Νοσηλεύτριας σε κυκλικό ωράριο, την επιστροφή σε αυτήν εντός των τελευταίων 5 ετών από τον τοκετό και την απόκτηση τουλάχιστον ενός παιδιού. Μετά από τη προσπάθεια προσέγγισης 200 εργαζόμενων μητέρων στο τομέα της υγείας και πρόσκλησης για συμμετοχή στην ερευνητική διαδικασία, τελικά 150 γυναίκες πληρούσαν τα κριτήρια και συναίνεσαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

4.3 Εργαλεία μέτρησης - Ερωτηματολόγια

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων περιλαμβάνει τη χρήση δύο (2) εργαλείων μέτρησης. Πιο συγκεκριμένα, η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης απαιτεί ένα ερωτηματολόγιο κατασκευασμένο από την ερευνήτρια και την Κλίμακα Αυτό-αποτελεσματικότητας για το μητρικό θηλασμό. Τα συγκεκριμένα εργαλεία συνολικά περιέχουν 53 ερωτήσεις κλειστού τύπου και σύντομης απάντησης (Παράρτημα 4).

Ερωτηματολόγιο 1

Σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια και περιέχει 39 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, το μαιευτικό ιστορικό, το ιστορικό σίτισης του νεογνού αμέσως μετά τον τοκετό αλλά και καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής στο Μαιευτήριο και τις πρακτικές που αφορούν στο μητρικό θηλασμό στο εργασιακό περιβάλλον.

Ερωτηματολόγιο 2

Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για το ΜΘ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form, BSES-SF)

Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε από τους Dennis and Faux (1999) με στόχο τη διερεύνηση της αντιλαμβανόμενης ικανότητας της μητέρας να θηλάσει το νεογνό. Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί έναν σημαντικό ψυχομετρικό παράγοντα που σχετίζεται με τη διάρκεια και την ενίσχυση του θηλασμού. Βασίζεται στη θεωρία του Bandura, σύμφωνα με την οποία είναι δυνατή η πρόβλεψη της επιλογής ή όχι του θηλασμού από τη μητέρα, της προσπάθειας που καλείται να καταβάλλει η ίδια και της ικανότητας ανταπόκρισης σε συναισθηματικό επίπεδο πιθανών δυσκολιών που θα προκύψουν κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Dennis, 1999).

Η αρχική κλίμακα περιείχε 33 ερωτήσεις, οι οποίες με τη χρήση της στατιστικής μειώθηκαν σε 14 και κατασκευάστηκε η σύντομη εκδοχή της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας (Breastfeeding Self-Efficacy Scale Short Form, BSES-SF). Η εκτίμηση αξιοπιστίας της κλίμακας BSES-SF, η οποία έγινε με τον συντελεστή Cronbach alpha, έδειξε άριστη εσωτερική συνοχή (Dennis, 2003). Αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στη κλινική πράξη, με το οποίο μπορούν να αναγνωριστούν έγκαιρα οι μητέρες που έχουν πιθανότητες να διακόψουν νωρίτερα το θηλασμό αλλά και εκείνες που μπορούν να επιτύχουν το στόχο τους (Gregory et al, 2008). Παράλληλα συμβάλλει στην διερεύνηση όλων τομέων που χρήζουν παρεμβάσεων για τη βελτίωση της κλινικής πρακτικής καθώς και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας αυτών. Κάθε ερώτηση ξεκινάει από τη φράση “μπορώ πάντα” και η απάντηση περιλαμβάνει μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών όπου 1 = “καθόλου σίγουρη” και 5 = “πολύ σίγουρη”. Οι μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας του μητρικού θηλασμού (Dennis, 2003).

Η χρήση της κλίμακας είναι ευρεία όσον αφορά κυρίως την περίοδο της λοχείας σε παγκόσμιο επίπεδο όπως στο Ιράν με δείκτη εσωτερικής συνοχής 0,910 (Amino et al, 2019) και στη Δανία (Nilsson et al, 2020, Pakseresht et al, 2017, Kilci et al, 2016). Στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί μελέτες, όπου διαπιστώνεται η εγκυρότητα της BSF-SF όπως αυτή των Tsaras et al (2021) σε ένα δείγμα λεχιδών στο Βόλο με δείκτη Cronbach's alpha 0,84. Οι Ηλιάδου και συν (2018) σε αντίστοιχο δείγμα στην Αθήνα υπολόγισαν το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's alpha 0,93.

4.4 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η παρούσα συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε σε εργαζόμενες μητέρες, οι οποίες απασχολούνται στο τομέα της υγείας ως Μαίες, Νοσηλεύτριες και Βοηθοί Μαίας/Νοσηλεύτριας σε κυκλικό ωράριο έχοντας επιστρέψει στα εργασιακά τους καθήκοντα εντός των τελευταίων 5 ετών από τη γέννηση του μικρότερου παιδιού τους. Διενεργήθηκε τη χρονική περίοδο μεταξύ Μαρτίου και Ιουνίου 2024 στο Γενικό Νοσοκομείο Κερκύρας «Αγία Ειρήνη» και στο Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Βασική προϋπόθεση αποτέλεσε η προσέγγιση των προϊσταμένων και η ενημέρωσή τους σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο υλοποίησης της παρούσας μελέτης, την ιδιαίτερη σημασία της συμμετοχής όλων των εργαζομένων των κλινικών καθώς και των κριτηρίων με τα οποία εντάσσονται στη μελέτη. Ιδιαίτερη αναφορά έγινε στο χρονικό πλαίσιο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς επισημάνθηκε από την ερευνήτρια πως δε θα απασχοληθεί το προσωπικό εν ώρα εργασίας, αλλά ζητήθηκε η διαδικασία αυτή να πραγματοποιηθεί στη διάρκεια του διαλείμματος.

Στη συνέχεια διανεμήθηκαν συνολικά 150 έντυπα ερωτηματολόγια μέσα σε φάκελο στις εργαζόμενες μητέρες που πληρούσαν τα απαραίτητα κριτήρια για τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και επισημάνθηκε η διατήρηση της ανωνυμίας σε όλες τις φάσεις της μελέτης. Έγινε κατανοητό από τις συμμετέχουσες που συμφωνούν να συμπεριληφθούν στην ερευνητική διαδικασία ότι είναι απαραίτητη η ενυπόγραφη συγκατάθεσή τους, αφού διαβάσουν προσεχτικά το αντίστοιχο έντυπο (Παράρτημα 3). Επιπλέον, παρατέθηκαν ορισμένες χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με το χρόνο που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου που υπολογίζεται στα 12

λεπτά και καλούνται να απαντήσουν συνολικά 53 ερωτήσεις κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής και σύντομης απάντησης. Ωστόσο, μπορούν να παραλείψουν οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμούν να απαντήσουν και σε περίπτωση μη κατανόησης ή απορίας σχετικά με τις ερωτήσεις, παρατίθεται το προσωπικό ηλεκτρονικό ταχυδρομείο της ερευνήτριας δίνοντας τη δυνατότητα άμεσης επικοινωνίας.

Μετά τη διανομή των ερωτηματολογίων στις εργαζόμενες, δόθηκε ένα χρονικό περιθώριο δύο εβδομάδων για τη συμπλήρωσή τους. Μετά το πέρας των 2 εβδομάδων η ερευνήτρια παρέλαβε τους φακέλους με τα ερωτηματολόγια τα οποία είχαν συλλεχθεί από τους προϊσταμένους των κλινικών, ώστε να αποφευχθεί τυχόν απώλεια των ερευνητικών δεδομένων λόγω του φόρτου εργασίας του υγειονομικού προσωπικού. Από τα 150 ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν, τα 142 υπολογίστηκαν για την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων λόγω ελλιπών απαντήσεων.

4.5 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Όσον αφορά στη χρήση της κλίμακας BSE-SF ζητήθηκε άδεια από τους ερευνητές που πραγματοποίησαν τη μετάφραση και τη στάθμιση των ερωτήσεων στην ελληνική γλώσσα προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στη παρούσα έρευνα σε συγκεκριμένο πληθυσμό (Παράρτημα 1)

Η διενέργεια της ερευνητικής διαδικασίας με τη διανομή έντυπων ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μετά από χορήγηση άδειας από την εκάστοτε υγειονομική μονάδα για τη συλλογή των απαραίτητων δεδομένων (Παράρτημα 2).

Οι εργαζόμενες μητέρες που εντάχθηκαν στη μελέτη, έδωσαν τη συγκατάθεσή τους ενυπόγραφα, αφού ενημερώθηκαν και διάβασαν το έγγραφο συγκατάθεσης που συνόδευε το ερωτηματολόγιο της έρευνας (Παράρτημα 3). Όλες οι διαδικασίες της συλλογής και της ανάλυσης των δεδομένων έγιναν με τρόπο τέτοιο, ώστε να διασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων και να προφυλάσσονται τα προσωπικά τους δεδομένα καθ' όλη τη διάρκεια επεξεργασίας της μελέτης, κατοχυρώνοντας το σεβασμό προς την ιδιωτικότητα του ατόμου.

4.6 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Η παρούσα ενότητα αναλύει τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω της ερευνητικής διαδικασίας και παρουσιάζει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση. Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η τελευταία έκδοση του λογισμικού SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Περιεγράφηκαν οι βασικές στατιστικές παράμετροι των δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων των μέσων όρων, των διακυμάνσεων, των τυπικών αποκλίσεων και των ποσοστιαίων κατανομών. Αυτές οι πληροφορίες παρέχουν μια αρχική εικόνα της κατανομής και της φύσης των δεδομένων.

Έπειτα, για την αξιολόγηση της κανονικότητας της κατανομής των συνολικών βαθμολογιών για τα στοιχεία της κλίμακας Likert, διεξήχθη η δοκιμή Shapiro-Wilk. Η δοκιμή έδειξε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Αυτό υποδηλώνει ότι η κατανομή των βαθμολογιών της κλίμακας είναι ασύμμετρη και δεν είναι κατάλληλη για παραμετρικές δοκιμές που υποθέτουν κανονικότητα (González-Estrada & Cosmes, 2019).

Επιπλέον, για την μελέτη της εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας Likert που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's Alpha για 14 στοιχεία της κλίμακας. Η ανάλυση έδειξε συντελεστή Cronbach's Alpha 0.967, που υποδηλώνει εξαιρετικό επίπεδο εσωτερικής συνέπειας, το οποίο υποστηρίζει την αξιοπιστία των μετρήσεων που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα, η αξιόπιστη κλίμακα δείχνει ότι οι ερωτήσεις είναι συνεπείς μεταξύ τους και μετρούν αποτελεσματικά το ίδιο υποκείμενο κατασκευαστικό χαρακτηριστικό ή αντίληψη. Αυτό το υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας ενισχύει την εγκυρότητα των συμπερασμάτων που προκύπτουν από την ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου (Tavakol & Dennick, 2011).

Ωστόσο λόγω της μη κανονικής κατανομής των δεδομένων, προτιμήθηκε η χρήση μη παραμετρικών δοκιμών για τη στατιστική ανάλυση. Οι μη παραμετρικές μέθοδοι είναι πιο κατάλληλες όταν οι υποθέσεις για την κανονικότητα των δεδομένων δεν ικανοποιούνται, επιτρέποντας την ανάλυση των δεδομένων χωρίς να απαιτείται η προσαρμογή τους στις παραδοχές των παραμετρικών δοκιμών (Pett, 2015).

Συγκεκριμένα, το τεστ Chi-Square χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών. Αυτή η δοκιμή χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της ύπαρξης σημαντικής σχέσης μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών (McHugh, 2013). Το τεστ Kruskal-Wallis H εφαρμόστηκε για τη

σύγκριση διαφορών μεταξύ περισσότερων από δύο ανεξάρτητων ομάδων, ειδικά όταν παραβιάστηκε η υπόθεση της κανονικότητας, καθιστώντας το μια ανθεκτική εναλλακτική της μονοπαραγοντικής ανάλυσης διακύμανσης (ANOVA) (Kruskal & Wallis, 1952). Τέλος, το τεστ Mann-Whitney U χρησιμοποιήθηκε για συγκρίσεις ανά ζεύγη μεταξύ δύο ανεξάρτητων ομάδων, προσφέροντας ένα ισχυρό εργαλείο για την ανίχνευση διαφορών, όταν τα δεδομένα δεν πληρούν τις παραμετρικές υποθέσεις (Nachar, 2008). Αυτές οι δοκιμές επιλέχθηκαν για την καταλληλότητά τους στη διαχείριση δεδομένων που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή και στην παροχή αξιόπιστων αποτελεσμάτων υπό αυτές τις συνθήκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική στατιστική

Πίνακας 5.1: Περιγραφική στατιστική - Δημογραφικά στοιχεία

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Ηλικία	142	
18-24	2	1.4%
25-34	43	30.3%
35-44	76	53.5%
45-54	21	14.8%
Μόνιμη κατοικία	142	
Αστική	102	71.8%
Ημιαστική	34	23.9%
Αγροτική	6	4.2%
Οικογενειακή κατάσταση	142	
Άγαμη	18	12.7%
Έγγαμη	94	66.2%
Διαζευγμένη	17	12.0%
Σύμφωνο συμβίωσης	13	9.2%
Εκπαίδευση	142	
Απόφοιτη Λυκείου	20	14.1%
Απόφοιτη ΑΕΙ	34	23.9%
Απόφοιτη ΤΕΙ	64	45.1%
Κάτοχος Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού	24	16.9%

Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές (**Πίνακας 5.1**) που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη περιλαμβάνουν την ηλικία, την περιοχή μόνιμης κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο.

Αρχικά, αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, η πλειονότητα (53.5%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 35-44 ετών, ενώ το 30.3% βρίσκεται στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 ετών. Το 14.8% των συμμετεχόντων είναι ηλικίας 45-54 ετών και ένα πολύ μικρό ποσοστό, μόλις 1.4%, ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 18-24 ετών.

Όσον αφορά στην περιοχή μόνιμης κατοικίας, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (71.8%) διαμένει σε αστικές περιοχές, ενώ το 23.9% κατοικεί σε ημιαστικές περιοχές. Μόλις το 4.2% των συμμετεχόντων ζει σε αγροτικές περιοχές.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 66.2% είναι έγγαμοι, ενώ το 12.7% είναι άγαμοι. Το 12.0% είναι διαζευγμένοι και το 9.2% έχουν σύμφωνο συμβίωσης.

Τέλος, αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (45.1%) είναι απόφοιτοι ΤΕΙ, ενώ το 23.9% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 16.9% των συμμετεχόντων κατέχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό τίτλο σπουδών, ενώ το 14,1% είναι απόφοιτοι Λυκείου.

Πίνακας 5.2: Περιγραφική Στατιστική – Επαγγελματικό ιστορικό

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Ειδικότητα	142	
Μαία	58	40.8%
Νοσηλεύτρια	65	45.8%
Βοηθός Μαιάς / Νοσηλεύτριας	19	13.4%
Κλινική/Τμήμα Εργασίας	142	
Μαιευτική/Γυναικολογική	27	19.0%
Αίθουσα Τοκετού	15	10.6%
MENN	12	8.5%
Χειρουργική	9	6.3%
Παθολογική	20	14.1%
Παιδιατρική	10	7.0%
Επείγοντα	10	7.0%
Ορθοπεδική	7	4.9%
Άλλο	32	22.5%
Χρόνος Υπηρεσίας Στη Κλινική	142	
<5 Έτη	42	29.6%
5-10 Έτη	59	41.5%
>10 Έτη	41	28.9%
Συνολική Επαγγελματική Εμπειρία	142	
<5 Έτη	22	15.5%
5-10 Έτη	51	35.9%
>10 Έτη	69	48.6%
Ωράριο εργασίας	142	
3 βάρδιες (κυκλικό ωράριο)	142	100%
Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα	142	
Καμία	4	2.8%
1-3	39	27.5%
4-8	90	63.4%
9-12	8	5.6%
>12	1	0.7%

Οι μεταβλητές που αφορούν στο επαγγελματικό ιστορικό των συμμετεχόντων (Πίνακας 5.2) περιλαμβάνουν την ειδικότητα, την κλινική/τμήμα εργασίας, τον χρόνο υπηρεσίας στη κλινική, τη συνολική επαγγελματική εμπειρία, το ωράριο εργασίας και τον αριθμό των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα.

Όσον αφορά στην ειδικότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (45.8%) είναι νοσηλεύτριες, ενώ το 40.8% είναι μαίες. Ένα μικρότερο ποσοστό, συγκεκριμένα 13.4%, εργάζεται ως βοηθός μαιάς ή νοσηλεύτριας.

Σχετικά με την κλινική ή το τμήμα εργασίας, το 22.5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται σε άλλα τμήματα εκτός των συγκεκριμένων, ενώ το 19.0% εργάζεται στη μαιευτική/γυναικολογική κλινική. Επιπλέον, το 14.1% εργάζεται σε παθολογική κλινική και το 10.6% στην αίθουσα τοκετού. Άλλα τμήματα περιλαμβάνουν τη MENN (8.5%), την παιδιατρική (7.0%), τα επείγοντα (7.0%), τη χειρουργική (6.3%) και την ορθοπεδική (4.9%).

Ο χρόνος υπηρεσίας στη κλινική δείχνει ότι το 41.5% των συμμετεχόντων έχει υπηρεσία από 5 έως 10 έτη, ενώ το 29.6% έχει λιγότερα από 5 έτη υπηρεσίας. Το 28.9% έχει πάνω από 10 έτη υπηρεσίας στην ίδια κλινική.

Αναφορικά με τη συνολική επαγγελματική εμπειρία, το 48.6% των συμμετεχόντων έχει περισσότερα από 10 έτη επαγγελματικής εμπειρίας, το 35.9% έχει από 5 έως 10 έτη, ενώ το 15.5% έχει λιγότερα από 5 έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

Το ωράριο εργασίας των συμμετεχόντων δείχνει ότι το 99.3% εργάζεται σε κυκλικό ωράριο με 3 βάρδιες, ενώ μόλις το 0.7% εργάζεται με 2 βάρδιες (πρωινή και απογευματινή).

Τέλος, όσον αφορά στον αριθμό των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα, το 63.4% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι εργάζεται 4-8 νυχτερινές βάρδιες τον μήνα, ενώ το 27.5% εργάζεται 1-3 βάρδιες. Ένα μικρότερο ποσοστό, το 5.6%, εργάζεται 9-12 βάρδιες τον μήνα, και το 2.8% δεν εργάζεται νυχτερινές βάρδιες. Μόλις το 0.7% των συμμετεχόντων εργάζεται περισσότερες από 12 νυχτερινές βάρδιες τον μήνα.

Πίνακας 5.3: Περιγραφική στατιστική - Μαιευτικό ιστορικό

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Αριθμός Παιδιών	142	
1	49	34.5%
2	75	52.8%
3	12	8.5%
>4	6	4.2%
Ηλικία τελευταίου παιδιού	142	
0-6 Μηνών	1	0.7%
7-12 Μηνών	12	8.5%
12-24 Μηνών	40	28.2%
>24 Μηνών	89	62.7%
Τρόπος τοκετού	142	
Φυσιολογικός Τοκετός	71	50.0%
VBAC	7	4.9%
Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή	45	31.7%
Επείγουσα Καισαρική Τομή	19	13.4%
Ηλικία Κήσης κατά τον Τοκετό	142	
<37 εβδομάδων	24	16.9%
>37 εβδομάδων	118	83.1%
Νοσηλεία Νεογνού σε MENN	142	
Ναι	22	15.5%
Όχι	120	84.5%

Οι μεταβλητές για το μαιευτικό ιστορικό των συμμετεχόντων (**Πίνακας 5.3**) περιλαμβάνουν τον αριθμό των παιδιών, την ηλικία του τελευταίου παιδιού, τον

τρόπο γέννησης, την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό και τη νοσηλεία νεογνού σε MENN.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων (52.8%) έχει δύο παιδιά, ενώ το 34.5% έχει ένα παιδί. Ένα μικρότερο ποσοστό, συγκεκριμένα το 8.5%, έχει τρία παιδιά και μόλις το 4.2% έχει περισσότερα από τέσσερα παιδιά.

Σχετικά με την ηλικία του τελευταίου παιδιού, το 62.7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το τελευταίο τους παιδί είναι άνω των 24 μηνών, ενώ το 28.2% έχει παιδί ηλικίας μεταξύ 12 και 24 μηνών. Επιπλέον, το 8.5% έχει παιδί ηλικίας 7 έως 12 μηνών, και μόλις το 0.7% έχει παιδί ηλικίας 0 έως 6 μηνών.

Ο τρόπος γέννησης δείχνει ότι το 50.0% των συμμετεχόντων έχει γεννήσει με φυσιολογικό τοκετό, ενώ το 31.7% έχει γεννήσει με προγραμματισμένη καισαρική τομή. Το 13.4% των συμμετεχόντων έχει γεννήσει με επείγουσα καισαρική τομή, και το 4.9% έχει γεννήσει με VBAC (κολπικός τοκετός μετά από καισαρική τομή).

Η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό δείχνει ότι το 83.1% των συμμετεχόντων έχει γεννήσει μετά τις 37 εβδομάδες κύησης, ενώ το 16.9% έχει γεννήσει πριν τις 37 εβδομάδες.

Τέλος, όσον αφορά στη νοσηλεία νεογνού σε MENN, το 84.5% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι το νεογνό τους δεν χρειάστηκε νοσηλεία σε MENN, ενώ το 15.5% ανέφερε ότι το νεογνό τους χρειάστηκε νοσηλεία σε MENN.

Πίνακας 5.4: Περιγραφική στατιστική - Πρώτο γεύμα νεογνού και θηλασμός

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Πρώτο Γεύμα Νεογνού	142	
Μητρικός Θηλασμός	103	72.5%
Formula/ Ξένο Γάλα	39	27.5%
Αν Θηλάσατε – Ο 1^{ος} Θηλασμός	103	
Αμέσως μετά το τοκετό	38	26.8%
1 Ώρα μετά το τοκετό	42	29.6%
4 Ώρες μετά το τοκετό	16	11.3%
Εντός 12 ωρών	3	2.1%
Την επόμενη μέρα	4	2.8%

Σύμφωνα με τα δεδομένα που παρουσιάζονται (**Πίνακας 5.4**), το 72.5% των μητέρων ανέφεραν ότι το πρώτο γεύμα του νεογνού τους ήταν μητρικός θηλασμός, ενώ το 27.5% χρησιμοποίησαν φόρμουλα ή ξένο γάλα.

Αναφορικά με την χρονική στιγμή του πρώτου θηλασμού, το 26.8% των μητέρων δήλωσαν ότι το νεογέννητο θηλάσε αμέσως μετά τον τοκετό, ενώ το 29.6% ανέφεραν ότι ο πρώτος θηλασμός πραγματοποιήθηκε μία ώρα μετά τον τοκετό. Το 11.3% των μητέρων ανέφεραν ότι ο πρώτος θηλασμός πραγματοποιήθηκε 4 ώρες μετά τον

τοκετό και το 2.1% μέσα σε 12 ώρες από τη γέννηση. Μόνο το 2.8% των μητέρων ανέφεραν ότι ο πρώτος θηλασμός έγινε την επόμενη μέρα.

Πίνακας 5.5: Περιγραφική στατιστική - Μέθοδος σίτισης κατά τη διαμονή και μετά

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Μέθοδος Σίτισης Κατά τη Παραμονή στο Μαιευτήριο	142	
Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός	67	47.2%
Συνδυασμός Μητρικού Θηλασμού και Ξένου Γάλακτος	64	45.1%
Ξένο γάλα	11	7.7%
Μέθοδος Σίτισης τις Πρώτες Μέρες στο σπίτι	142	
Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός	81	57.0%
Συνδυασμός Μητρικού Θηλασμού και Ξένου Γάλακτος	46	32.4%
Ξένο γάλα	15	10.6%

Σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.5**, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο μαιευτήριο, το 47.2% των μητέρων ανέφεραν ότι ακολουθούσαν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό. Το 45.1% των μητέρων συνδυάζαν τον μητρικό θηλασμό με ξένο γάλα, ενώ το 7.7% δήλωσαν ότι χρησιμοποιούσαν μόνο ξένο γάλα.

Στις πρώτες μέρες στο σπίτι, το ποσοστό των μητέρων που προτίμησαν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό αυξήθηκε στο 57.0%. Το 32.4% των μητέρων συνέχισαν να χρησιμοποιούν συνδυασμό μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος, ενώ το 10.6% χρησιμοποιούσαν αποκλειστικά ξένο γάλα.

Πίνακας 5.6: Περιγραφική στατιστική - Σχεδιασμός και διάρκεια θηλασμού

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Σχεδιασμός θηλασμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης	142	
Ναι	124	87.3%
Όχι	18	12.7%
Αν ναι, για πόσο καιρό	124	
< 6 μήνες	27	19.0%
12 μήνες	65	45.8%
12-24 μήνες	19	13.4%
>24 μήνες	13	9.2%
Ευχαρίστηση με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάση των προσδοκιών	124	
Ναι	93	65.5%
Όχι	31	21.8%
Διάρκεια αποκλειστικού μητρικού θηλασμού	124	
Καθόλου	23	16.2%
<3 μήνες	10	7.0%
3-6 μήνες	36	25.4%
>6 μήνες	55	38.7%
Διάρκεια συνολικού μητρικού θηλασμού	142	
<6 μήνες	50	35.2%
6-12 μήνες	47	33.1%
1-2 έτη	27	19.0%
>2 έτη	18	12.7%
Μέθοδος σίτισης νεογνού με μητρικό γάλα	124	
Θηλασμός	78	54.9%
Αντληση	7	4.9%
Και τα δυο	39	27.5%

Ο Πίνακας 5.6 δείχνει ότι το 87.3% ανέφερε ότι είχε σχεδιάσει τον θηλασμό κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ το 12.7% δεν είχε προγραμματίσει τίποτα σχετικά με τον θηλασμό. Στις συμμετέχουσες που είχαν προγραμματίσει, το 19.0% ήθελαν να θηλάσουν για λιγότερο από 6 μήνες, το 45.8% για 12 μήνες, το 13.4% για 12-24 μήνες και το 9.2% για περισσότερο από 24 μήνες. Αυτά τα ποσοστά δείχνουν ότι οι περισσότεροι είχαν την πρόθεση να διατηρήσουν τον θηλασμό για τουλάχιστον ένα χρόνο.

Η ικανοποίηση με τη διάρκεια του θηλασμού σύμφωνα με τις προσδοκίες τους ήταν υψηλή, με το 65.5% των μητέρων να δηλώνουν ότι ήταν ικανοποιημένες, ενώ το 21.8% δεν ήταν.

Αναφορικά με τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, το 38.7% των μητέρων ανέφεραν ότι θηλάσαν αποκλειστικά για περισσότερο από 6 μήνες, ενώ το

25.4% για 3-6 μήνες. Σημαντικό είναι το 16.2% που δεν εφάρμοσε καθόλου αποκλειστικό μητρικό θηλασμό και το 7.0% που θήλασε λιγότερο από 3 μήνες.

Για τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού, το 35.2% των συμμετεχόντων θήλασε για λιγότερο από 6 μήνες, το 33.1% για 6-12 μήνες, το 19.0% για 1-2 έτη και το 12.7% για περισσότερα από 2 έτη. Αυτά τα ποσοστά δείχνουν μια διαφοροποίηση στην διάρκεια του θηλασμού, με την πλειοψηφία να διακόπτει πριν από τον χρόνο που είχαν προγραμματίσει ή προσδοκούσαν.

Τέλος, οι μέθοδοι σίτισης του νεογνού με μητρικό γάλα περιλάμβαναν το 54.9% που θήλασε αποκλειστικά, το 4.9% που χρησιμοποίησε μόνο άντληση, και το 27.5% που συνδύασε και τις δύο μεθόδους.

Πίνακας 5.7: Περιγραφική στατιστική - Ηλικία του βρέφους και ωράριο εργασίας

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Ηλικία βρέφους κατά την επιστροφή στην εργασία	142	
<6 μηνών	1	0.7%
6-12 μηνών	17	12.0%
12-24 μηνών	45	31.7%
>24 μηνών	79	55.6%
Ηλικία βρέφους κατά την έναρξη νυχτερινών βαρδιών	142	
<6 μηνών	2	1.4%
6-12 μηνών	12	8.5%
12-24 μηνών	44	31.0%
>24 μηνών	84	59.2%
Τήρηση μειωμένου ωραρίου εργασίας για τον μητρικό θηλασμό	142	
Ναι	35	24.6%
Μερικές φορές	39	27.5%
Όχι	68	47.9%

Αρχικά, σύμφωνα με τον **Πίνακα 5.7**, η πλειονότητα των βρεφών είναι ηλικίας άνω των 24 μηνών όταν οι μητέρες τους επιστρέφουν στην εργασία τους, με ποσοστό 55.6%. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα των 12-24 μηνών με ποσοστό 31.7%, ενώ τα βρέφη ηλικίας 6-12 μηνών αντιπροσωπεύουν το 12.0%. Μόνο το 0.7% των βρεφών είναι ηλικίας μικρότερης των 6 μηνών κατά την επιστροφή της μητέρας στην εργασία.

Όσον αφορά στην ηλικία των βρεφών κατά την έναρξη των νυχτερινών βαρδιών, το 59.2% είναι άνω των 24 μηνών, το 31.0% είναι ηλικίας 12-24 μηνών, το 8.5% είναι ηλικίας 6-12 μηνών και το 1.4% είναι μικρότερο των 6 μηνών.

Τέλος, η τήρηση του μειωμένου ωραρίου εργασίας για τον μητρικό θηλασμό δείχνει ότι μόνο το 24.6% των συμμετεχουσών μητέρων τηρεί αυτό το ωράριο, το 27.5% το τηρεί μερικές φορές, ενώ το 47.9% δηλώνει ότι δεν τηρεί το μειωμένο ωράριο εργασίας για τον μητρικό θηλασμό.

Πίνακας 5.8: Περιγραφική στατιστική - Υποδομές και ευκολίες στο εργασιακό περιβάλλον

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για την άντληση μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια της εργασίας	142	
Ναι	36	25.4%
Όχι	106	74.6%
Ύπαρξη απαραίτητου εξοπλισμού για την άντληση	142	
Ναι	56	39.4%
Όχι	86	60.6%
Διαθέσιμος χρόνος για άντληση στη διάρκεια της βάρδιας	142	
Ναι	13	9.2%
Μερικές φορές	50	35.2%
Όχι	79	55.6%
Ευελιξία στο προγραμματισμό των αδειών	142	
Ναι	35	24.6%
Μερικές φορές	69	48.6%
Όχι	38	26.8%

Ο Πίνακας 5.8, που αναφέρεται στις υποδομές και ευκολίες στο εργασιακό περιβάλλον για τις μητέρες που θηλάζουν, αποκαλύπτει σημαντικές ελλείψεις και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες αυτές στον χώρο εργασίας τους.

Αρχικά μόνο το 25.4% των γυναικών έχει πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για την άντληση μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια της εργασίας, ενώ το 74.6% δηλώνει ότι δεν υπάρχει τέτοιος χώρος. Αυτό υποδεικνύει την ανάγκη για βελτίωση των υποδομών στους εργασιακούς χώρους.

Σχετικά με την ύπαρξη του απαραίτητου εξοπλισμού για την άντληση, το 39.4% των γυναικών αναφέρει ότι υπάρχει, ενώ το 60.6% δηλώνει ότι δεν υπάρχει τέτοιος εξοπλισμός διαθέσιμος.

Η διαθεσιμότητα χρόνου για άντληση στη διάρκεια της βάρδιας είναι επίσης περιορισμένη, με μόνο το 9.2% των γυναικών να αναφέρει ότι έχει διαθέσιμο χρόνο. Το 35.2% δηλώνει ότι μερικές φορές υπάρχει διαθέσιμος χρόνος, ενώ το 55.6% δηλώνει ότι δεν υπάρχει καθόλου διαθέσιμος χρόνος για άντληση.

Τέλος, η ευελιξία στον προγραμματισμό των αδειών παρουσιάζει μια ανάμικτη εικόνα, με το 24.6% των γυναικών να δηλώνει ότι υπάρχει ευελιξία, το 48.6% να δηλώνει ότι μερικές φορές υπάρχει και το 26.8% να αναφέρει ότι δεν υπάρχει καθόλου ευελιξία.

Πίνακας 5.9: Περιγραφική στατιστική - Υποστήριξη για το μητρικό θηλασμό

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Συμπεριφορά συναδέλφων	142	
Καθόλου	16	11.3%
Λίγο	7	4.9%
Μέτρια	42	29.6%
Αρκετά	42	29.6%
Πολύ	35	24.6%
Συμπεριφορά των προϊσταμένων	142	
Καθόλου	16	11.3%
Λίγο	8	5.6%
Μέτρια	41	28.9%
Αρκετά	41	28.9%
Πολύ	36	25.4%
Συμπεριφορά του συντρόφου / συζύγου	142	
Καθόλου	8	5.6%
Λίγο	6	4.2%
Μέτρια	7	4.9%
Αρκετά	40	28.2%
Πολύ	81	57.0%

Ο Πίνακας 5.9 εξετάζει την υποστήριξη που λαμβάνουν οι γυναίκες από συναδέλφους, προϊσταμένους και το σύντροφό τους/σύζυγό τους όσον αφορά τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή τους στην εργασία.

Συνολικά οι απόψεις για τη συμπεριφορά των συναδέλφων ήταν σχετικά μοιρασμένες. Από τους 142 συμμετέχοντες, το 11.3% δήλωσε ότι οι συνάδελφοι δεν ήταν καθόλου υποστηρικτικοί, ενώ το 4.9% δήλωσε ότι ήταν λίγο υποστηρικτικοί. Το 29.6% των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι οι συνάδελφοι τους ήταν μέτρια υποστηρικτικοί, ενώ το ίδιο ποσοστό (29.6%) ανέφερε ότι ήταν αρκετά υποστηρικτικοί. Τέλος, το 24.6% των γυναικών ανέφερε ότι οι συνάδελφοί τους ήταν πολύ υποστηρικτικοί.

Όσον αφορά στη συμπεριφορά των προϊσταμένων, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια. Το 11.3% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι προϊστάμενοί τους δεν ήταν καθόλου υποστηρικτικοί, ενώ το 5.6% δήλωσε ότι ήταν λίγο υποστηρικτικοί. Το 28.9% των συμμετεχόντων θεώρησε ότι οι προϊστάμενοί τους ήταν μέτρια υποστηρικτικοί, ενώ το ίδιο ποσοστό (28.9%) δήλωσε ότι ήταν αρκετά υποστηρικτικοί. Το 25.4% ανέφερε ότι οι προϊστάμενοί τους ήταν πολύ υποστηρικτικοί.

Τέλος, η συμπεριφορά του συντρόφου/συζύγου ήταν πολύ υποστηρικτική για την πλειονότητα των συμμετεχόντων. Μόλις το 5.6% δήλωσε ότι ο σύντροφος/σύζυγος δεν ήταν καθόλου υποστηρικτικός, ενώ το 4.2% ανέφερε ότι ήταν λίγο υποστηρικτικός. Το 4.9% θεώρησε ότι ο σύντροφος/σύζυγος ήταν μέτρια υποστηρικτικός, το 28.2% αρκετά υποστηρικτικός, και το 57.0% δήλωσε ότι ήταν πολύ υποστηρικτικός.

Πίνακας 5.10: Περιγραφική στατιστική - Άγχος και επίδραση στην εργασία

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %
Επίπεδα άγχους στη προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας	142	
Καθόλου	13	9.2%
Λίγο	15	10.6%
Μέτρια	37	26.1%
Αρκετά	42	29.6%
Πολύ	35	24.6%
Επίδραση θηλασμού στην εργασιακή απόδοση	142	
Θετικά	89	62.7%
Αρνητικά	53	37.3%
Διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία	142	
Ναι	70	49.3%
Όχι	72	50.7%

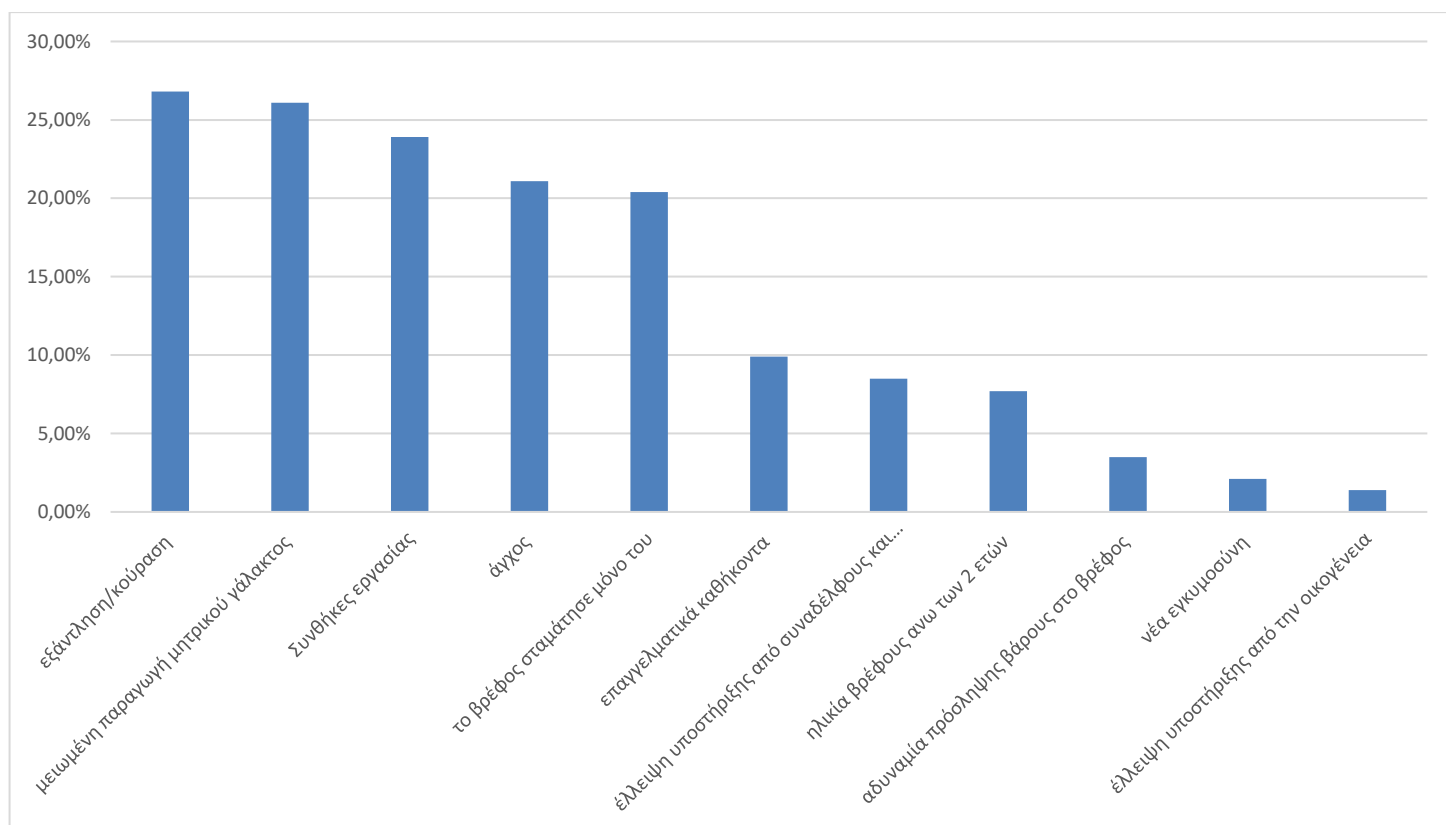
Ο Πίνακας 5.10 εξετάζει τα επίπεδα άγχους που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες στην προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας, την επίδραση του θηλασμού στην εργασιακή απόδοση και τη διακοπή του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία.

Όσον αφορά στα επίπεδα άγχους, από τους 142 συμμετέχοντες, το 9.2% δήλωσε ότι δεν ένιωσαν καθόλου άγχος στην προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας. Το 10.6% ανέφερε ότι ένιωσαν λίγο άγχος, ενώ το 26.1% των γυναικών ανέφερε μέτρια επίπεδα άγχους. Το 29.6% των συμμετεχόντων ένιωσαν αρκετό άγχος και το 24.6% δήλωσε ότι ένιωσαν πολύ άγχος. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι μια σημαντική μερίδα γυναικών αντιμετώπισε υψηλά επίπεδα άγχους στην προσπάθεια συνδυασμού των δύο αυτών ρόλων.

Σχετικά με την επίδραση του θηλασμού στην εργασιακή απόδοση, το 62.7% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι ο θηλασμός είχε θετική επίδραση στην απόδοσή τους στην εργασία. Ωστόσο, το 37.3% ανέφερε ότι ο θηλασμός είχε αρνητική επίδραση στην εργασιακή τους απόδοση.

Τέλος, αναφορικά με τη διακοπή του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία, τα αποτελέσματα ήταν σχεδόν ίσα. Το 49.3% των γυναικών δήλωσε ότι διέκοψε τον μητρικό θηλασμό μετά την επιστροφή στην εργασία, ενώ το 50.7% συνέχισε τον μητρικό θηλασμό. Αυτό το εύρημα δείχνει ότι περίπου οι μισές από τις γυναίκες κατάφεραν να συνεχίσουν τον θηλασμό παρά τις απαιτήσεις της εργασίας τους.

Γράφημα 5.1: Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού



Το **Γράφημα 5.1** αναλύει τις κυριότερες αιτίες που οδήγησαν στη διακοπή του μητρικού θηλασμού, με βάση τις απαντήσεις 142 γυναικών.

Η εξάντληση και η κούραση αναδείχθηκαν ως η κύρια αιτία, με ποσοστό 26.80%. Αυτό υποδηλώνει ότι η σωματική και ψυχολογική κόπωση ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας για πολλές γυναίκες στην απόφαση να διακόψουν τον θηλασμό.

Η μειωμένη παραγωγή μητρικού γάλακτος ακολούθησε με ποσοστό 26.10%, δείχνοντας ότι η ανεπάρκεια γάλακτος αποτελεί επίσης σημαντικό πρόβλημα για τις μητέρες, το οποίο επηρεάζει την απόφασή τους να συνεχίσουν τον θηλασμό.

Οι συνθήκες εργασίας, που καταγράφηκαν σε ποσοστό 23.90%, επηρεάζουν επίσης αρνητικά τη συνέχιση του θηλασμού, υποδεικνύοντας ότι οι επαγγελματικές συνθήκες συχνά δεν υποστηρίζουν επαρκώς τη διαδικασία του θηλασμού.

Το άγχος, το οποίο αναφέρθηκε από το 21.10% των γυναικών, είναι ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που συμβάλλει στη διακοπή του θηλασμού. Το άγχος σχετίζεται συχνά με τις προκλήσεις του συνδυασμού εργασίας και μητρικού θηλασμού.

Η διακοπή του θηλασμού επειδή το βρέφος σταμάτησε μόνο του αναφέρθηκε από το 20.40% των συμμετεχουσών, υποδεικνύοντας ότι η αυτοαποδοχή του βρέφους είναι επίσης μια συνήθης αιτία.

Τα επαγγελματικά καθήκοντα με ποσοστό 9.90%, είναι λιγότερο συχνή αλλά ακόμα σημαντική αιτία διακοπής του θηλασμού, ενώ η έλλειψη υποστήριξης από συναδέλφους και προϊσταμένους αναφέρεται από το 8.50% των γυναικών, τονίζοντας την ανάγκη για καλύτερη υποστήριξη στο εργασιακό περιβάλλον.

Η ηλικία του βρέφους άνω των 2 ετών αναφέρθηκε ως αιτία από το 7.70% των γυναικών, ενώ η αδυναμία πρόσληψης βάρους στο βρέφος καταγράφηκε από το 3.50%. Νέα εγκυμοσύνη και έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια καταγράφηκαν με πολύ μικρότερα ποσοστά (2.10% και 1.40%, αντίστοιχα).

Στην ερώτηση για τους λόγους διακοπής του μητρικού θηλασμού, η κατηγορία "Άλλο" συγκέντρωσε ποσοστό 94.4% των απαντήσεων, υποδεικνύοντας ότι πολλοί συμμετέχοντες ανέφεραν διάφορους εξειδικευμένους λόγους για τη διακοπή του θηλασμού. Ειδικότερα οι κυριότερες απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν ήταν: "Δεν επιθυμούσα θηλασμό" ή "δική μου επιθυμία".

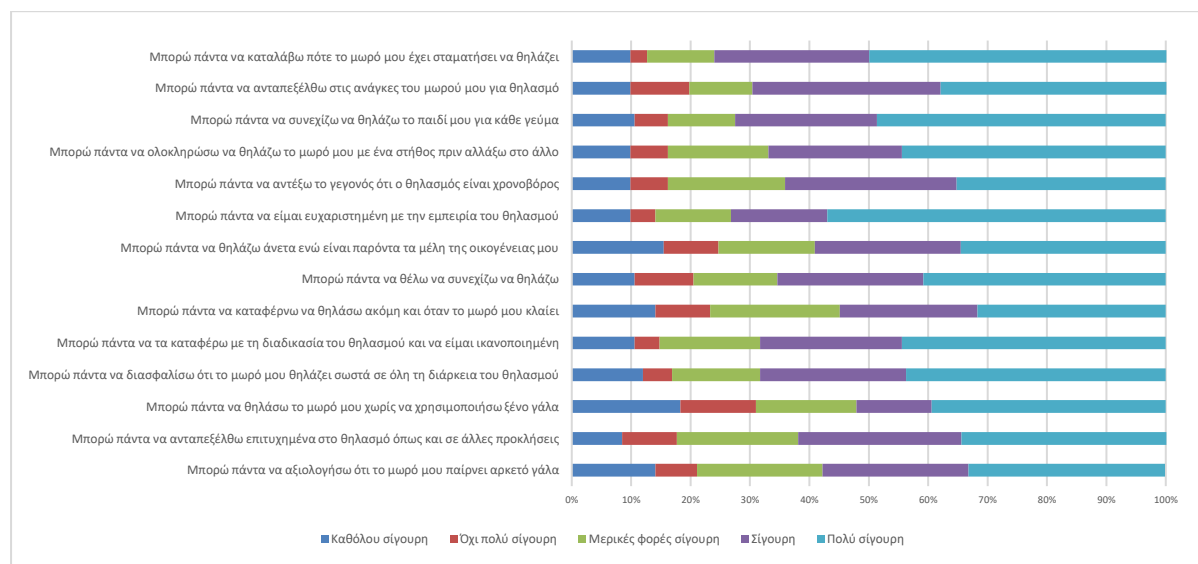
Πίνακας 5.11: Περιγραφική στατιστική - Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό

Μεταβλητή	N	Ποσοστό %	Mean	Std. deviation	Skewness	Kurtosis
Μπορώ πάντα να αξιολογήσω ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα	142		3.56	1.381	-.635	-.786
Καθόλου σίγουρη	20	14.1%				
Όχι πολύ σίγουρη	10	7.0%				
Μερικές φορές σίγουρη	30	21.1%				
Σίγουρη	35	24.6%				
Πολύ σίγουρη	47	33.1%				
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις	142		3.70	1.265	-.726	-.471
Καθόλου σίγουρη	12	8.5%				
Όχι πολύ σίγουρη	13	9.2%				
Μερικές φορές σίγουρη	29	20.4%				
Σίγουρη	39	27.5%				
Πολύ σίγουρη	49	34.5%				

Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα	142		3.42	1.550	-.386	-1.373
Καθόλου σίγουρη	26	18.3%				
Όχι πολύ σίγουρη	18	12.7%				
Μερικές φορές σίγουρη	24	16.9%				
Σίγουρη	18	12.7%				
Πολύ σίγουρη	56	39.4%				
Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό μου θηλάζει σωστά σε όλη τη διάρκεια του θηλασμού	142		3.83	1.358	-.981	-.242
Καθόλου σίγουρη	17	12.0%				
Όχι πολύ σίγουρη	7	4.9%				
Μερικές φορές σίγουρη	21	14.8%				
Σίγουρη	35	24.6%				
Πολύ σίγουρη	62	43.7%				
Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με τη διαδικασία του θηλασμού και να είμαι ικανοποιημένη	142		3.87	1.315	-1.016	-.064
Καθόλου σίγουρη	15	10.6%				
Όχι πολύ σίγουρη	6	4.2%				
Μερικές φορές σίγουρη	24	16.9%				
Σίγουρη	34	23.9%				
Πολύ σίγουρη	63	44.4%				
Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει	142		3.49	1.388	-.534	-.923
Καθόλου σίγουρη	20	14.1%				
Όχι πολύ σίγουρη	13	9.2%				
Μερικές φορές σίγουρη	31	21.8%				
Σίγουρη	33	23.2%				
Πολύ σίγουρη	45	31.7%				
Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω	142		3.75	1.359	-.815	-.588
Καθόλου σίγουρη	15	10.6%				
Όχι πολύ σίγουρη	14	9.9%				
Μερικές φορές σίγουρη	20	14.1%				
Σίγουρη	35	24.6%				
Πολύ σίγουρη	58	40.8%				
Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειάς μου	142		3.54	1.437	-.609	-.967
Καθόλου σίγουρη	22	15.5%				
Όχι πολύ σίγουρη	13	9.2%				
Μερικές φορές σίγουρη	23	16.2%				
Σίγουρη	35	24.6%				
Πολύ σίγουρη	49	34.5%				
Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού	142		4.06	1.327	-1.262	.337
Καθόλου σίγουρη	14	9.9%				
Όχι πολύ σίγουρη	6	4.2%				
Μερικές φορές σίγουρη	18	12.7%				
Σίγουρη	23	16.2%				
Πολύ σίγουρη	81	57.0%				
Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος	142		3.73	1.277	-.832	-.283
Καθόλου σίγουρη	14	9.9%				
Όχι πολύ σίγουρη	9	6.3%				
Μερικές φορές σίγουρη	28	19.7%				
Σίγουρη	41	28.9%				
Πολύ σίγουρη	50	35.2%				
Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο	142		3.85	1.321	-.942	-.256

Καθόλου σίγουρη	14	9.9%				
Όχι πολύ σίγουρη	9	6.3%				
Μερικές φορές σίγουρη	24	16.9%				
Σίγουρη	32	22.5%				
Πολύ σίγουρη	63	44.4%				
Μπορώ πάντα να συνεχίζω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα	142		3.94	1.336	-1.127	.049
Καθόλου σίγουρη	15	10.6%				
Όχι πολύ σίγουρη	8	5.6%				
Μερικές φορές σίγουρη	16	11.3%				
Σίγουρη	34	23.9%				
Πολύ σίγουρη	69	48.6%				
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό	142		3.78	1.316	-.914	-.342
Καθόλου σίγουρη	14	9.9%				
Όχι πολύ σίγουρη	14	9.9%				
Μερικές φορές σίγουρη	15	10.6%				
Σίγουρη	45	31.7%				
Πολύ σίγουρη	54	38.0%				
Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει	142		4.04	1.274	-1.319	.691
Καθόλου σίγουρη	14	9.9%				
Όχι πολύ σίγουρη	4	2.8%				
Μερικές φορές σίγουρη	16	11.3%				
Σίγουρη	37	26.1%				
Πολύ σίγουρη	71	50.0%				

Γράφημα 5.2: Κατανομή απαντήσεων κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό



Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.11, στην ερώτηση για την ικανότητα αξιολόγησης του αν το μωρό παίρνει αρκετό γάλα, η μέση τιμή είναι 3.56 με τυπική απόκλιση 1.381. Περίπου το 33.1% των συμμετεχουσών είναι πολύ σίγουρες για την επάρκεια του γαλακτος, ενώ το 21.1% είναι μέτρια σίγουρες και το 14.1% καθόλου σίγουρες. Οι

δείκτες ασυμμετρίας (-.635) και κορυφής (-.786) δείχνουν ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες τείνουν προς την πιο θετική κατεύθυνση.

Για την ικανότητα ανταπόκρισης στις προκλήσεις του θηλασμού και άλλων απαιτήσεων, η μέση τιμή είναι 3.70 με τυπική απόκλιση 1.265. Το 34.5% των συμμετεχουσών είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν επιτυχώς, ενώ το 20.4% είναι μέτρια σίγουρες. Οι δείκτες ασυμμετρίας (-.726) και κορυφής (-.471) επιβεβαιώνουν την τάση για θετικές αξιολογήσεις.

Στην ερώτηση για τη δυνατότητα θηλασμού χωρίς τη χρήση ξένου γάλακτος, η μέση τιμή είναι 3.42 με τυπική απόκλιση 1.550. Εδώ, το 39.4% δηλώνει ότι είναι πολύ σίγουρες για την ικανότητά τους, ενώ το 18.3% είναι καθόλου σίγουρες. Η αρνητική ασυμμετρία (-.386) και η αρνητική κορυφή (-1.373) δείχνουν μια πιο ομαλή κατανομή με μια κατεύθυνση προς τις θετικές απαντήσεις.

Η ικανότητα διασφάλισης σωστού θηλασμού καθ' όλη τη διάρκεια έχει μέση τιμή 3.83 και τυπική απόκλιση 1.358. Το 43.7% των συμμετεχουσών είναι πολύ σίγουρες, με την πλειονότητα να είναι θετικές. Η ασυμμετρία (-.981) και η κορυφή (-.242) υποδεικνύουν μια συγκέντρωση γύρω από τις θετικές αξιολογήσεις.

Στην ερώτηση για την ικανοποίηση με τη διαδικασία του θηλασμού, η μέση τιμή είναι 3.87 με τυπική απόκλιση 1.315. Το 44.4% είναι πολύ σίγουρες ότι θα τα καταφέρουν και θα είναι ικανοποιημένες. Η ασυμμετρία (-1.016) και η κορυφή (-.064) δείχνουν υψηλή αυτοεκτίμηση και ικανοποίηση.

Η ικανότητα να θηλάσουν ακόμη και όταν το μωρό κλαίει έχει μέση τιμή 3.49 και τυπική απόκλιση 1.388. Το 31.7% είναι πολύ σίγουρες για την ικανότητά τους, ενώ το 14.1% είναι καθόλου σίγουρες. Οι δείκτες ασυμμετρίας (-.534) και κορυφής (-.923) δείχνουν ότι οι περισσότερες απαντήσεις είναι θετικές αλλά με ορισμένες διακυμάνσεις.

Για τη συνέχιση του θηλασμού, η μέση τιμή είναι 3.75 με τυπική απόκλιση 1.359. Το 40.8% είναι πολύ σίγουρες ότι θέλουν να συνεχίσουν να θηλάζουν, ενώ το 10.6% είναι καθόλου σίγουρες. Η ασυμμετρία (-.815) και η κορυφή (-.588) δείχνουν συγκέντρωση γύρω από τη θετική κατεύθυνση.

Η ικανότητα θηλασμού μπροστά από μέλη της οικογένειας έχει μέση τιμή 3.54 και τυπική απόκλιση 1.437, με το 34.5% να είναι πολύ σίγουρες και το 15.5% καθόλου σίγουρες. Οι δείκτες ασυμμετρίας (-.609) και κορυφής (-.967) επιβεβαιώνουν την τάση προς τις θετικές αξιολογήσεις.

Η ικανοποίηση από την εμπειρία του θηλασμού έχει τη μεγαλύτερη μέση τιμή, 4.06, και τυπική απόκλιση 1.327. Το 57.0% είναι πολύ σίγουρες ότι είναι ικανοποιημένες με την εμπειρία τους, με θετική ασυμμετρία (-1.262) και θετική κορυφή (.337) που δείχνουν ισχυρή συγκέντρωση σε υψηλές βαθμολογίες.

Η ικανότητα να αντέξουν το χρόνο που απαιτεί ο θηλασμός έχει μέση τιμή 3.73 και τυπική απόκλιση 1.277. Το 35.2% είναι πολύ σίγουρες ότι μπορούν να αντέξουν το χρόνο, ενώ το 9.9% είναι καθόλου σίγουρες. Οι δείκτες ασυμμετρίας (-.832) και κορυφής (-.283) δείχνουν συγκέντρωση γύρω από τη θετική κατεύθυνση.

Η ικανότητα ολοκλήρωσης του θηλασμού με ένα στήθος έχει μέση τιμή 3.85 και τυπική απόκλιση 1.321. Το 44.4% δηλώνει ότι είναι πολύ σίγουρες, με θετική ασυμμετρία (-.942) και αρνητική κορυφή (-.256) που υποδηλώνουν θετική στάση με λίγες ακραίες τιμές.

Η ικανότητα συνέχισης του θηλασμού για κάθε γεύμα έχει μέση τιμή 3.94 και τυπική απόκλιση 1.336. Το 48.6% είναι πολύ σίγουρες ότι θα συνεχίσουν, με θετική ασυμμετρία (-1.127) και μικρή κορυφή (.049) που υποδεικνύει θετική τάση.

Η ικανότητα να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του μωρού για θηλασμό έχει μέση τιμή 3.78 με τυπική απόκλιση 1.316. Το 38.0% είναι πολύ σίγουρες και το 9.9% καθόλου σίγουρες. Η αρνητική ασυμμετρία (-.914) και η αρνητική κορυφή (-.342) δείχνουν συγκέντρωση γύρω από τη θετική κατεύθυνση.

Τέλος, η ικανότητα κατανόησης πότε το μωρό έχει σταματήσει να θηλάζει έχει μέση τιμή 4.04 με τυπική απόκλιση 1.274. Το 50.0% είναι πολύ σίγουρες και το 9.9% καθόλου σίγουρες. Οι δείκτες ασυμμετρίας (-1.319) και κορυφής (.691) δείχνουν ισχυρή συγκέντρωση γύρω από τις θετικές αξιολογήσεις.

Πίνακας 5.12: Στατιστικά ελέγχου κανονικότητας της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό

Στατιστικό	Τιμή
Shapiro-Wilk	.870
p-value	.000
Συνολικός αριθμός περιπτώσεων	142

Για να αξιολογηθεί η κανονικότητα της κατανομής των αθροιστικών βαθμολογιών για τα στοιχεία της κλίμακας Likert (**Πίνακας 5.12**), πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Shapiro-Wilk. Ο έλεγχος έδειξε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, $W(142) = .870$, $p = 0.000$ Αυτό υποδηλώνει ότι η κατανομή των βαθμολογιών της κλίμακας είναι λοξή και δεν είναι κατάλληλη για παραμετρικά τεστ που προϋποθέτουν κανονικότητα (González-Estrada & Cosmes, 2019).

Πίνακας 5.13: Στατιστικά αξιοπιστίας της Κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για τον μητρικό θηλασμό

Στατιστικό	Τιμή
Cronbach's alpha	.967
Αριθμός στοιχείων	4
Συνολικός αριθμός περιπτώσεων	142

Για την εκτίμηση της εσωτερικής συνέπειας της κλίμακας Likert που χρησιμοποιήθηκε στο ερωτηματολόγιο, υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach's Alpha για 14 στοιχεία της κλίμακας (**Πίνακας 5.13**). Το αποτέλεσμα της ανάλυσης έδειξε έναν δείκτη Cronbach's Alpha ίσο με 0.967. Αυτό το υψηλό επίπεδο Cronbach's Alpha υποδεικνύει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια της κλίμακας, γεγονός που υποστηρίζει την αξιοπιστία των μετρήσεων που προήλθαν από το ερωτηματολόγιο. Ειδικότερα, η αξιόπιστη κλίμακα δείχνει ότι οι ερωτήσεις της κλίμακας έχουν καλή συνάφεια μεταξύ τους, διασφαλίζοντας ότι μετρούν μια ενιαία κατασκευή ή έννοια (Agbo, 2010).

Έλεγχος Υποθέσεων

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τη μέθοδο σίτισης του νεογνού τις πρώτες μέρες

- **Υπόθεση 1:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχουσών και τη μέθοδο σίτισης που επιλέχθηκε για το νεογνό τις πρώτες μέρες στο σπίτι

Πίνακας 5.14: Έλεγχος Υπόθεση 1. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και μέθοδος σίτισης νεογνού τις πρώτες μέρες στο σπίτι

Μεταβλητή	Chi-square	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Ηλικία	10.638	.100	Απορρίπτεται
Περιοχή μόνιμης κατοικίας	1.483	.830	Απορρίπτεται
Οικογενειακή κατάσταση	6.960	.325	Απορρίπτεται
Εκπαιδευτικό επίπεδο	7.694	.261	Απορρίπτεται
Ειδικότητα	11.111	.025	Δεκτή
Τμήμα εργασίας	10.239	.745	Απορρίπτεται
Συνολική επαγγελματική εμπειρία	6.334	.176	Απορρίπτεται
Αριθμός παιδιών	4.127	.660	Απορρίπτεται

Βασισμένο στα αποτελέσματα της ανάλυσης Chi-Square για την υπόθεση της συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων και της μεθόδου σίτισης του νεογνού (**Πίνακας 5.14**), τα εξής συμπεράσματα προκύπτουν:

Η ανάλυση δε βρήκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των συμμετεχόντων και της μεθόδου σίτισης του νεογνού ($\chi^2 = 10.638$, $p = .100$), επομένως η σχετική υπόθεση απορρίπτεται. Ομοίως, η περιοχή μόνιμης κατοικίας ($\chi^2 = 1.483$, $p = .830$), η οικογενειακή κατάσταση ($\chi^2 = 6.960$, $p = .325$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($\chi^2 = 7.694$, $p = .261$), το τμήμα εργασίας ($\chi^2 = 10.239$, $p = .745$), η συνολική επαγγελματική εμπειρία ($\chi^2 = 6.334$, $p = .176$), και ο αριθμός παιδιών ($\chi^2 = 4.127$, $p = .660$) δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μέθοδο σίτισης, με

τις αντίστοιχες υποθέσεις να απορρίπτονται. Ωστόσο, η ειδικότητα των συμμετεχουσών βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην επιλογή της μεθόδου σίτισης ($\chi^2 = 11.111$, $p = .025$), υποστηρίζοντας την υπόθεση για αυτή την πτυχή.

Πίνακας 5.15: Κατανομή απαντήσεων Υπόθεσης 1

Ειδικότητα	Ποια μέθοδο σίτισης ακολουθήσατε για το νεογνό τις πρώτες μέρες στο σπίτι			Σύνολο
	Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός	Συνδυασμός μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος	Formula/ξένο γάλα	
Μαία	41	12	5	58
Νοσηλεύτρια	34	25	6	65
Βοηθός Μαίας/Νοσηλεύτρια	6	9	4	19
Σύνολο	81	46	15	142

Συγκεκριμένα, για την ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την ειδικότητα και τη μέθοδο σίτισης που ακολουθήθηκε για το νεογνό τις πρώτες μέρες στο σπίτι, εξετάστηκε η κατανομή των απαντήσεων για τις τρεις κατηγορίες μεθόδου σίτισης (αποκλειστικός μητρικός θηλασμός, συνδυασμός μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος, και formula/ξένο γάλα) ανάλογα με την ειδικότητα του συμμετέχοντα (Μαία, Νοσηλεύτρια, Βοηθός Μαίας/Νοσηλεύτριας) (**Πίνακας 5.15**).

Από τα δεδομένα προκύπτει ότι, για την κατηγορία του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού, οι Μαίες (41) ακολουθούν αυτή τη μέθοδο σε σημαντικότερο ποσοστό συγκριτικά με τις Νοσηλεύτριες (34) και τις Βοηθούς Μαίας/Νοσηλεύτριας (6). Σχετικά με την κατηγορία του συνδυασμού μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος, οι Νοσηλεύτριες παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα (25), ακολουθούμενες από τις Μαίες (12) και τις Βοηθούς Μαίας/Νοσηλεύτριας (9). Για την κατηγορία του formula/ξένου γάλακτος, η κατανομή είναι πιο ισοκατανεμημένη, με τις Μαίες (5), τις Νοσηλεύτριες (6) και τις Βοηθούς Μαίας/Νοσηλεύτριας (4) να επιλέγουν αυτή τη μέθοδο σε μικρότερα ποσοστά.

- **Υπόθεση 2:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχουσών και τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού

Πίνακας 5.16: Έλεγχος Υπόθεσης 2. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και συνολική διάρκεια μητρικού θηλασμού

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Ηλικία	142		5.426	3	.143	Απορρίπτεται
18-24	2	49.75				
25-34	43	80.05				
35-44	76	71.18				
45-55	21	52.24				
Περιοχή μόνιμης κατοικίας	142		2.412	2	.299	Απορρίπτεται
Αστική	102	70.05				
Ημιαστική	34	71.59				
Αγροτική	6	95.67				
Οικογενειακή κατάσταση	142		3.565	3	.312	Απορρίπτεται
Άγαμη	18	82.78				
Έγγαμη	94	71.11				
Διαζευγμένη	17	58.35				
Σύμφωνο συμβίωσης	13	75.92				
Εκπαιδευτικό επίπεδο	142		1.190	3	.755	Απορρίπτεται
Απόφοιτη λυκείου	20	63.65				
Απόφοιτη ΑΕΙ	34	74.88				
Απόφοιτη ΤΕΙ	64	71.07				
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδασκτορικού	24	74.40				
Ειδικότητα	142		10.240	2	.006	Δεκτή
Μαία	58	83.60				
Νοσηλεύτρια	65	60.92				
Βοηθός μαίας/νοσηλεύτριας	19	70.76				
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ	142		2.912	2	.233	Απορρίπτεται
Λιγότερα από 5 έτη	22	82.36				
5-10 έτη	51	65.51				
Περισσότερο από 10 έτη	69	72.46				
Αριθμός παιδιών	142		.502	3	.847	Απορρίπτεται
1	49	72.01				
2	75	74.11				
3	12	55.92				
4 η περισσότερα	6	65.83				

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 5.16) δείχνουν ότι για τις περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία ($H = 5.426$, $p = .143$), η περιοχή μόνιμης κατοικίας ($H = 2.412$, $p = .299$), η οικογενειακή κατάσταση ($H = 3.565$, $p = .312$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($H = 1.190$, $p = .755$), η συνολική επαγγελματική εμπειρία ($H = 2.912$, $p = .233$) και ο αριθμός παιδιών ($H = .502$, $P = .847$), δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη

συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Συνεπώς, για αυτές τις μεταβλητές, η υπόθεση απορρίπτεται.

Ωστόσο, η ειδικότητα των συμμετεχουσών αποτελεί εξαίρεση, καθώς παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη συνολική διάρκεια του θηλασμού ($H = 10.240$, $p = .006$). Συγκεκριμένα, οι Μαιές φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού (Mean Rank = 83.60) σε σύγκριση με τις Νοσηλεύτριες (Mean Rank = 60.92) και τις Βοηθούς Μαιών/Νοσηλευτριών (Mean Rank = 70.76). Επομένως για την ειδικότητα η υπόθεση γίνεται δεκτή.

Συσχέτιση επιστροφής στην εργασία με τη διακοπή του θηλασμού

- **Υπόθεση 3:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιστροφής στην εργασία και της διακοπής του θηλασμού.

Πίνακας 5.17: Έλεγχος Υπόθεσης 3. Συσχέτιση μεταξύ της επιστροφής στην εργασία και της διακοπής του θηλασμού.

	Value	Df	P-value
Chi-square	4.675	3	.197

Η ανάλυση (**Πίνακας 5.17**) έδειξε ότι η τιμή του δείκτη Chi-Square είναι 4.675 με βαθμούς ελευθερίας (df) 3 και p-value 0.197. Εφόσον η τιμή p είναι μεγαλύτερη από το όριο σημαντικότητας 0.05, δεν εντοπίζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιστροφής στην εργασία και της διακοπής του θηλασμού.

Συσχέτιση συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος με τη διάρκεια του συνολικού μητρικού θηλασμού

- **Υπόθεση 4:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και τη διάρκεια του συνολικού μητρικού θηλασμού.

Πίνακας 5.18: Έλεγχος Υπόθεσης 4. Συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και τη διάρκεια του συνολικού μητρικού θηλασμού.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση τιμή (mean)	Τιμή στατιστικού τεστ	P-value	Στατιστικό τεστ	Υπόθεση
Τήρηση μειωμένου ωραρίου εργασίας		2.427	.297	Kruskal-Wallis	Απορρίπτεται
Ναι	79.86				
Μερικές φορές	71.62				
Όχι	67.13				
Πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για άντληση μητρικού γάλακτος κατά την εργασία		1817	.657	Mann-Whitney	Απορρίπτεται
Ναι	74.01				
Όχι	70.65				
Ύπαρξη απαραίτητου εξοπλισμού		2295	.621	Mann-Whitney	Απορρίπτεται
Ναι	73.52				
Όχι	70.19				
Διαθέσιμος χρόνος για άντληση κατά τη βάρδια		5931	.052	Kruskal-Wallis	Απορρίπτεται
Ναι	88.81				
Μερικές φορές	77.47				
Όχι	64.87				
Ευελξία στο προγραμματισμό των βαρδιών		3824	.148	Kruskal-Wallis	Απορρίπτεται
Ναι	71.57				
Μερικές φορές	76.99				
Όχι	61.47				

Η ανάλυση (Πίνακας 5.18) για την **τήρηση μειωμένου ωραρίου εργασίας** δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Οι μέσες τιμές της διάρκειας θηλασμού ήταν 79.86 για την κατηγορία «Ναι», 71.62 για «Μερικές φορές» και 67.13 για «Όχι». Το αποτέλεσμα της δοκιμής Kruskal-Wallis ήταν $H = 2.427$ με $p\text{-value} = .297$, δηλαδή μεγαλύτερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0.05, και συνεπώς η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Για την **πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για άντληση μητρικού γάλακτος κατά την εργασία**, οι μέσες τιμές ήταν 74.01 για τις συμμετέχουσες με πρόσβαση και 70.65 για εκείνες χωρίς πρόσβαση. Η δοκιμή Mann-Whitney έδειξε $U = 1817$ με $p\text{-value} = .657$, υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων και η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Η ανάλυση για την **ύπαρξη απαραίτητου εξοπλισμού** (θήλαστρα, ψυγείο, δοχεία συλλογής) δεν έδειξε σημαντική διαφορά στη διάρκεια του θηλασμού. Οι μέσες τιμές ήταν 73.52 για τις συμμετέχουσες με απαραίτητο εξοπλισμό και 70.19 για εκείνες χωρίς. Το $p\text{-value}$ της δοκιμής Mann-Whitney ήταν .621, το οποίο είναι μεγαλύτερο από το 0.05, επομένως η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Όσον αφορά στο **διαθέσιμο χρόνο για άντληση κατά τη διάρκεια της βάρδιας**, η μέση τιμή της διάρκειας του θηλασμού ήταν 88.81 για τις συμμετέχουσες που δήλωσαν ότι έχουν διαθέσιμο χρόνο, 77.47 για εκείνες που έχουν διαθέσιμο χρόνο μόνο μερικές φορές, και 64.87 για εκείνες που δεν έχουν διαθέσιμο χρόνο. Το p-value της δοκιμής Kruskal-Wallis ήταν .052, το οποίο είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από το 0.05, και η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται με πλήρη βεβαιότητα, αλλά το αποτέλεσμα υποδηλώνει κάποια ένδειξη για σημαντική διαφορά.

Τέλος, η ανάλυση της **ευελιξίας στο προγραμματισμό των βαρδιών** έδειξε μέσες τιμές 71.57 για πλήρη ευελιξία, 76.99 για μερική ευελιξία και 61.47 για έλλειψη ευελιξίας. Η τιμή του p-value της δοκιμής Kruskal-Wallis ήταν .148, μεγαλύτερη από το 0.05, άρα η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Συσχέτιση συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος με την πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στη εργασία

- **Υπόθεση 5:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και τη πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στη εργασία.

Πίνακας 5.19: Έλεγχος Υπόθεσης 5. Συσχέτιση μεταξύ των συνθηκών εργασιακού περιβάλλοντος και τη πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στη εργασία.

Πρόωρη διακοπή	Τήρηση μειωμένου ωραρίου	Πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο	Ύπαρξη απαραίτητου εξοπλισμού	Ύπαρξη διαθέσιμου χρόνου	Ευελιξία στο προγραμματισμό των βαρδιών
Chi-square	8.241	2.090	2.502	.858	1.539
P-value	.016	.148	.114	.651	.463
Υπόθεση	Δεκτή	Απορρίπτεται	Απορρίπτεται	Απορρίπτεται	Απορρίπτεται

Η ανάλυση (**Πίνακας 5.19**) για την **πρόωρη διακοπή μητρικού θηλασμού** σε σχέση με την **τήρηση μειωμένου ωραρίου εργασίας** έδειξε p-value = .016, το οποίο είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0.05. Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση, επομένως η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

Για την πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για άντληση, το p-value ήταν .148, το οποίο είναι μεγαλύτερο από 0.05. Επομένως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση και η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Η ανάλυση για την ύπαρξη απαραίτητου εξοπλισμού έδειξε p-value = .114, επίσης μεγαλύτερο από 0.05, υποδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά και η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται.

Για την ύπαρξη διαθέσιμου χρόνου για άντληση, το p-value ήταν .651, σημαντικά μεγαλύτερο από 0.05. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση και η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Η ανάλυση της ευελιξίας στο προγραμματισμό των βαρδιών έδειξε p-value = .463, το οποίο είναι μεγαλύτερο από 0.05. Επομένως, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά και η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται.

Πίνακας 5.20: Κατανομή απαντήσεων Υπόθεσης 5

Διακοπή μητρικού θηλασμού	Τήρηση μειωμένου ωραρίου εργασίας για το μητρικό θηλασμό			
	Ναι	Μερικές φορές	Όχι	Σύνολο
Ναι	14	14	42	70
Όχι	21	25	26	72
Σύνολο	35	39	68	142

Αναλυτικότερα, σχετικά με τη τήρηση του μειωμένου ωραρίου, όπως διαφαίνεται στο **Πίνακα 5.20**, από τα άτομα που ανέφεραν τήρηση του μειωμένου ωραρίου εργασίας, τα 14 ανέφεραν ότι υπήρξε διακοπή του θηλασμού και τα 42 που ανέφεραν ότι δε τηρείται το μειωμένο ωράριο διέκοψαν το θηλασμό.

Συσχέτιση του ωραρίου εργασίας με τον θηλασμό

- **Υπόθεση 6:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Πίνακας 5.21: Έλεγχος Υπόθεσης 6. Συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και τη συνολική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Μεταβλητή	N	Mean	Kruskal-Wallis H	Df	Asymptotic sig.
Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα			9.405	4	.052
Καμια	4	49.75			
1-3	39	73.71			
4-8	90	75.03			
9-12	8	37.63			
Περισσότερες από 12	1	25.50			
Σύνολο	142				

Η ανάλυση Kruskal-Wallis (Πίνακας 5.21) εξέτασε τη συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των νυχτερινών βαρδιών ανά μήνα και της συνολικής διάρκειας του μητρικού θηλασμού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια του θηλασμού μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών νυχτερινών βαρδιών ($H = 9.405$, $df = 4$, $p = 0.052$).

- **Υπόθεση 7:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της διακοπής του μητρικού θηλασμού κατά την επιστροφή στην εργασία.

Πίνακας 5.22: Έλεγχος Υπόθεσης 7. Συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της διακοπής του μητρικού θηλασμού κατά την επιστροφή στην εργασία.

	Value	Df	P-value
Chi-square	3.398	4	.494

Για την Υπόθεση 7 (Πίνακας 5.22), η οποία εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της διακοπής του μητρικού θηλασμού κατά την επιστροφή στην εργασία, ο έλεγχος χ^2 ($\chi^2 = 3.398$, $df = 4$, $p = 0.494$) έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Επομένως, η υπόθεση απορρίπτεται.

Συσχετίσεις αυτοαποτελεσματικότητας

- **Υπόθεση 8: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και της αυτοαποτελεσματικότητας**

Πίνακας 5.23: Έλεγχος Υπόθεσης 8. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων και αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	P-value	Υπόθεση
Ηλικία	142		4.789	3	.188	Απορρίπτεται
18-24	2	88.50				
25-34	43	81.55				
35-44	76	68.33				
45-55	21	60.79				
Περιοχή μόνιμης κατοικίας	142		.397	2	.820	Απορρίπτεται
Αστική	102	71.20				
Ημιαστική	34	73.94				
Αγροτική	6	62.75				
Οικογενειακή κατάσταση	142		3.524	3	.318	Απορρίπτεται
Άγαμη	18	68.00				
Έγγαμη	94	70.70				
Διαζευγμένη	17	64.76				
Σύμφωνο συμβίωσης	13	90.92				
Εκπαιδευτικό επίπεδο	142		5.987	3	.112	Απορρίπτεται
Απόφοιτη λυκείου	20	57.18				
Απόφοιτη ΑΕΙ	34	77.04				
Απόφοιτη ΤΕΙ	64	68.06				
Κάτοχος μεταπτυχιακού/διδακτορικού	24	84.75				
Ειδικότητα	142		16.058	2	.001	Δεκτή
Μαία	58	88.02				
Νοσηλεύτρια	65	58.93				
Βοηθός μαίας/νοσηλεύτριας	19	64.08				
Αριθμός παιδιών	142		.811	3	.847	Απορρίπτεται
1	49	72.70				
2	75	70.79				
3	12	77.08				
4 η περισσότερα	6	59.33				

Στην ανάλυση της υπόθεσης 8 (Πίνακας 5.23), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ διαφόρων δημογραφικών στοιχείων και της αυτοαποτελεσματικότητας στον μητρικό θηλασμό. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι για τις περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές, όπως η ηλικία ($p = .188$), η περιοχή μόνιμης κατοικίας ($p = .820$), η οικογενειακή κατάσταση ($p = .318$), το εκπαιδευτικό επίπεδο ($p = .112$) και ο αριθμός παιδιών ($p = .847$), δεν

παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα. Αυτό σημαίνει ότι οι συγκεκριμένοι δημογραφικοί παράγοντες δεν φαίνεται να επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας στον θηλασμό, και ως εκ τούτου η υπόθεση απορρίπτεται για αυτές τις μεταβλητές.

Αντιθέτως, η ειδικότητα αποδείχθηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα ($p = .001$), γεγονός που υποδεικνύει ότι η επαγγελματική κατηγορία στην οποία ανήκει το άτομο επηρεάζει την αντίληψή του για τις ικανότητές του στον θηλασμό. Ειδικότερα, οι Μαίες παρουσίασαν υψηλότερη μέση τιμή στην αυτοαποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τις Νοσηλεύτριες και τις Βοηθούς Μαίας/Νοσηλεύτριας. Ως εκ τούτου, η υπόθεση γίνεται δεκτή για την ειδικότητα.

- **Υπόθεση 9: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του συνολικού μητρικού θηλασμού και της αυτοαποτελεσματικότητας**

Πίνακας 5.24: Έλεγχος Υπόθεσης 9. Συσχέτιση διάρκειας του συνολικού μητρικού θηλασμού και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal- Wallis H	df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Διάρκεια συνολικού μητρικού θηλασμού	142		32.072	3	.001	Δεκτή
Λιγότερο από 6 μήνες	50	48.89				
6-12 μήνες	47	72.18				
1-2 έτη	27	90.74				
Περισσότερο από 2 έτη	18	103.67				

Τα αποτελέσματα του **Πίνακα 5.24**, με βάση τον έλεγχο μέσω του τεστ Kruskal-Wallis, δείχνουν ότι η υπόθεση είναι αποδεκτή. Η τιμή του στατιστικού Kruskal-Wallis H είναι 32.072 με p -value 0.001, υποδεικνύοντας ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του συνολικού θηλασμού και της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι μέσες βαθμολογίες της αυτοαποτελεσματικότητας αυξάνονται με την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που θηλάζουν λιγότερο από 6 μήνες έχουν τη χαμηλότερη μέση βαθμολογία (48.89), ενώ οι βαθμολογίες αυξάνονται για τις διάρκειες 6-12 μήνες (72.18), 1-2 έτη (90.74) και πάνω από 2 έτη (103.67).

- **Υπόθεση 10:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του εργασιακού άγχους κατά την προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας και της αυτοαποτελεσματικότητας.

Πίνακας 5.25: Έλεγχος Υπόθεσης 10. Συσχέτιση εργασιακού άγχους κατά την προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας και της αυτοαποτελεσματικότητας.

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Εργασιακό άγχος	142		9.692	4	.046	Δεκτή
Καθόλου	13	52.08				
Λίγο	15	93.40				
Μέτρια	37	79.43				
Αρκετά	42	68.10				
Πολύ	35	65.03				

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 5.25) δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($H = 9.692$, $df = 4$, $p = .046$), γεγονός που υποστηρίζει την υπόθεση 10. Συγκεκριμένα, οι μέσοι όροι των τάξεων (Mean Rank) για τα διάφορα επίπεδα άγχους καταδεικνύουν ότι όσο μεγαλύτερο είναι το εργασιακό άγχος, τόσο χαμηλότερη είναι η αυτοαποτελεσματικότητα των γυναικών που προσπαθούν να συνδυάσουν το θηλασμό με την εργασία τους. Με βάση τα παραπάνω η υπόθεση 10 γίνεται δεκτή.

- **Υπόθεση 11:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης από τον σύντροφο και της αυτό-αποτελεσματικότητας

Πίνακας 5.26: Έλεγχος Υπόθεσης 11. Συσχέτιση της υποστήριξης από τον σύντροφο και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Υποστηρικτική συμπεριφορά συντρόφου	142		23.418	4	.001	Δεκτή
Καθόλου	8	24.06				
Λίγο	6	42.67				
Μέτρια	7	49.79				
Αρκετά	40	64.93				
Πολύ	81	83.44				

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 5.26) δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($H = 23.418$, $df = 4$, $p = .001$), επιβεβαιώνοντας την υπόθεση 11. Οι μέσοι όροι των τάξεων (Mean Rank) για τα διάφορα επίπεδα υποστήριξης αποκαλύπτουν ότι υψηλότερα επίπεδα υποστήριξης από τον σύντροφο σχετίζονται με υψηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα. Επομένως, η υπόθεση 11 γίνεται δεκτή, υποδηλώνοντας τη θετική επίδραση της υποστηρικτικής συμπεριφοράς από τον σύντροφο στην αυτοαποτελεσματικότητα.

- **Υπόθεση 12: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης από τον εργασιακό περιβάλλον και της αυτοαποτελεσματικότητας**

Πίνακας 5.27: Έλεγχος Υπόθεσης 12. Συσχέτιση της υποστήριξης από το εργασιακό περιβάλλον και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Υποστηρικτική συμπεριφορά συναδέλφων	142		7.134	4	.129	Απορρίπτεται
Καθόλου	16	52.88				
Λίγο	7	63.21				
Μέτρια	42	67.17				
Αρκετά	42	74.49				
Πολύ	35	83.29				
Υποστηρικτική συμπεριφορά προϊσταμένων	142		6.853	4	.144	Απορρίπτεται
Καθόλου	16	53.44				
Λίγο	8	63.44				
Μέτρια	41	69.44				
Αρκετά	41	71.17				
Πολύ	36	84.04				

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 5.27) δεν έδειξαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ούτε για την υποστήριξη από τους συναδέλφους ($H = 7.134$, $df = 4$, $p = .129$), ούτε για την υποστήριξη από τους προϊσταμένους ($H = 6.853$, $df = 4$, $p = .144$). Αυτό σημαίνει ότι, σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης, η υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον δεν σχετίζεται σημαντικά με την αυτοαποτελεσματικότητα, και ως εκ τούτου η υπόθεση 12 απορρίπτεται.

- **Υπόθεση 13:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σχεδιασμού για θηλασμό και της αυτοαποτελεσματικότητας

Πίνακας 5.28: Έλεγχος Υπόθεσης 13. Συσχέτιση του σχεδιασμού για θηλασμό και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Mann Whitney U	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Σχεδιασμός για θηλασμό	142		406.000	.001	Δεκτή
Ναι	124	77.23			
Όχι	18	32.06			

Τα ευρήματα (**Πίνακας 5.28**) αποκαλύπτουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο παραγόντων ($U = 406.000$, $p = .001$), γεγονός που επιβεβαιώνει την υπόθεση 13. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες που είχαν προγραμματίσει το θηλασμό εμφάνισαν υψηλότερη μέση βαθμολογία (Mean Rank = 77.23) συγκριτικά με εκείνες που δεν είχαν προγραμματίσει (Mean Rank = 32.06). Αυτό καταδεικνύει ότι ο σχεδιασμός για θηλασμό συνδέεται με μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα οδηγώντας στην αποδοχή της υπόθεσης 13.

- **Υπόθεση 14:** Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ευχαρίστησης με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει των προσδοκιών και της αυτοαποτελεσματικότητας

Πίνακας 5.29: Έλεγχος Υπόθεσης 14. Συσχέτιση της ευχαρίστησης με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει των προσδοκιών και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή ελέγχου	N	Mean Rank	Mann Whitney U	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Ευχαρίστηση με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει προσδοκιών	142		779.000	.001	Δεκτή
Ναι	93	69.62			
Όχι	31	41.13			

Τα αποτελέσματα (**Πίνακας 5.29**) δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών ($U = 779.000$, $p = .001$), υποστηρίζοντας έτσι την υπόθεση 14.

Οι γυναίκες που εξέφρασαν ικανοποίηση με το χρονικό διάστημα του θηλασμού σύμφωνα με τις προσδοκίες τους είχαν υψηλότερο μέσο όρο τάξεων (Mean Rank = 69.62) σε σύγκριση με εκείνες που δεν ήταν ικανοποιημένες (Mean Rank = 41.13). Αυτό υποδεικνύει ότι η ευχαρίστηση με το χρονικό διάστημα του θηλασμού σχετίζεται θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα και συνεπώς η υπόθεση 14 γίνεται δεκτή.

- **Υπόθεση 15: Υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της αυτοαποτελεσματικότητας**

Πίνακας 5.30: Έλεγχος Υπόθεσης 15. Συσχέτιση των νυχτερινών βαρδιών και της αυτοαποτελεσματικότητας

Μεταβλητή	N	Mean Rank	Kruskal-Wallis H	Df	P-value	ΥΠΟΘΕΣΗ
Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα	142		8,053	4	.090	Απορρίπτεται
Καμία	4	24.06				
1-3	39	42.67				
4-8	90	49.79				
9-12	8	64.93				
Περισσότερες από 12	1	83.44				
Σύνολο	142					

Τα αποτελέσματα (**Πίνακας 5.30**) δείχνουν ότι, παρά τις διαφορές στους μέσους όρους των ομάδων με διαφορετική συχνότητα νυχτερινών βαρδιών, η τιμή p (.090) δεν υποστηρίζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών. Συνεπώς, η υπόθεση απορρίπτεται, καθώς δεν τεκμηριώνεται σημαντική σύνδεση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της αυτοαποτελεσματικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1. Συζήτηση

Σκοπό της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου και ιδιαίτερα των νυχτερινών βαρδιών στην αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό. Η συγκεκριμένη έρευνα προσφέρει μια εις βάθος ανάλυση της σχέσης μεταξύ δημογραφικών παραγόντων, επαγγελματικής εμπειρίας και κοινωνικής υποστήριξης με τον θηλασμό και την αυτοαποτελεσματικότητα.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής ειδικότητας και του τρόπου σίτισης των νεογνών, καθώς οι Μαίες επιλέγουν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό με σημαντικά μεγαλύτερα ποσοστά όσον αφορά στη συνολική διάρκεια. Αξιοσημείωτο είναι και το εύρημα σχετικά με το βαθμό της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα εμφανίζει υψηλότερες τιμές στην Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας συγκριτικά με τις Νοσηλεύτριες. Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά δεν αναφέρουν στατιστικά σημαντική επίδραση του κυκλικού ωραρίου αφενός μεν στη συνέχιση της γαλουχίας μετά την επιστροφή των μητέρων στην εργασία τους και αφετέρου δε στην αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού.

Ερευνητικές συσχετίσεις

Στην παρούσα μελέτη, αρχικά, διερευνήθηκε η επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών παραγόντων στη μέθοδο σίτισης νεογνών και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ των περισσότερων δημογραφικών μεταβλητών όπως η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο και της μεθόδου σίτισης. Παρά το γεγονός ότι οι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν τις επιλογές σίτισης, σύγχρονη βιβλιογραφία (Thulier and Mercer, 2009, Brown, 2016, Rollins et al., 2016, Dalili et al, 2020) αποδεικνύει ότι οι προσωπικές πεποιθήσεις και η κοινωνική υποστήριξη συχνά έχουν μεγαλύτερη επιρροή. Η απουσία διαφοροποιήσεων στα αποτελέσματα ενδέχεται να αντανακλά τον σημαντικότερο ρόλο των κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων που δεν εξετάστηκαν.

Όσον αφορά στους επαγγελματικούς παράγοντες, τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν σημαντική συσχέτιση με τη μέθοδο σίτισης. Ειδικότερα, η επαγγελματική εμπειρία, το κυκλικό ωράριο και ο αριθμός των νυχτερινών βαρδιών δεν επιδρούν στο μητρικό θηλασμό. Αυτό πιθανότητα μπορεί να εξηγηθεί από τη βαθιά γνώση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού. Σύμφωνα με τον WHO (2018), η εκπαίδευση γύρω από τον θηλασμό επηρεάζει θετικά την επιλογή μεθόδου σίτισης καθιστώντας τους επαγγελματικούς παράγοντες λιγότερο καθοριστικούς. Εντούτοις η υποστήριξη από τους συναδέλφους και τους ανωτέρους στο εργασιακό περιβάλλον όπως αναφέρει ο Gurta και οι συν. (2019), μπορεί επίσης να παίζει πιο σημαντικό ρόλο από το ωράριο ή την επαγγελματική εμπειρία.

Η μόνη παράμετρος που φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά τη διάρκεια του θηλασμού ήταν η επαγγελματική ειδικότητα καθώς οι μητέρες που εργάζονται ως Μαιές θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Αυτό συμφωνεί με ευρήματα όπως του Oddy et al. (2010), τα οποία τονίζουν τη σημασία της καλύτερης πληροφόρησης και ενημέρωσης που λαμβάνουν οι επαγγελματίες υγείας σε θέματα σχετικά με τον θηλασμό.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δε βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της επιστροφής των μητέρων στην εργασία τους και την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Αντιθέτως, όπως αναφέρουν οι Mendoza-Gordillo (2023) και Irmak (2016), η επιστροφή στην εργασία επηρεάζει αρνητικά τη διάρκεια και την ποιότητα του μητρικού θηλασμού γεγονός το οποίο τις περισσότερες φορές οδηγεί στην πρόωρη διακοπή της γαλουχίας όπως επιβεβαιώνει ο Riaz και οι συν. (2018).

Όσον αφορά στη συσχέτιση των συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Ειδικότερα, η πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, η ύπαρξη του απαραίτητου εξοπλισμού και υλικού για άντληση, ο διαθέσιμος χρόνος για διάλειμμα και η ευελιξία στον προγραμματισμό των βαρδιών δεν βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη διάρκεια και την ποιότητα του θηλασμού. Έτσι, λοιπόν, επισημαίνεται η αντίθεση με τα ευρήματα του Eren και των συν. (2016), οι οποίοι επισημαίνουν τη θετική επίδραση της εργασιακών παραμέτρων που αναφέρονται παραπάνω στην αύξηση της διάρκειας του θηλασμού.

Παράλληλα, η ανάλυση για τη συσχέτιση των συνθηκών του εργασιακού περιβάλλοντος με την πρόωρη διακοπή του θηλασμού έδειξε στατιστικά σημαντικά

αποτελέσματα μόνο στην περίπτωση της τήρησης του μειωμένου ωραρίου εργασίας. Η δυνατότητα δηλαδή αποχώρησης από την εργασία νωρίτερα από την προδιαγεγραμμένη ώρα λήξης της βάρδιας φαίνεται πως λειτουργεί ευνοϊκά για τη συνέχιση του θηλασμού, μειώνοντας τα ποσοστά πρόωρης διακοπής του. Το σημαντικό αυτό εύρημα επιβεβαιώνεται από τη μελέτη των Sattari και συν. (2016) στην οποία τονίζεται η σημασία της καλύτερης εξυπηρέτησης της εργαζόμενης μητέρας όσον αφορά στα ωράρια εργασίας για την κάλυψη των αναγκών του βρέφους.

Δε βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού, ούτε με την πρόωρη διακοπή του. Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται σε διαφωνία με τη μελέτη του Ersen και των συν. (2020) σύμφωνα με την οποία υποστηρίζεται η αρνητική επίδραση της νυχτερινής εργασίας και γενικότερα του κυκλικού ωραρίου στη συνολική διάρκεια του θηλασμού. Συγκεκριμένα, καταγράφεται μικρότερη διάρκεια του θηλασμού και οι περισσότερες εργαζόμενες μητέρες επιλέγουν να διακόψουν το θηλασμό μετά την έναρξη των νυχτερινών βαρδιών κατά την επιστροφή τους στην εργασία όπως υποστηρίζουν οι Riaz και Condon (2018).

Σχετικά με τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν σε σχέση με την αυτοαποτελεσματικότητα, τα πορίσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία, η περιογή μόνιμης κατοικίας, η οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο δε σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την αυτοαποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού. Αυτά τα ευρήματα αντιτίθενται σε προηγούμενες μελέτες, όπως αυτή των McQueen και Dennis (2007) και των Ngo et al (2019), που είχαν υποστηρίξει ότι η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο μπορεί να διαδραματίζουν ρόλο στην αυτοαποτελεσματικότητα. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται στη διαφορετική μεθοδολογία ή στο πολιτισμικό πλαίσιο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα.

Συγκεκριμένα, σε ορισμένες κοινωνίες, οι κοινωνικές δομές και η πίεση προς τις γυναίκες να επιτύχουν σε πολλαπλούς ρόλους μπορεί να εξουδετερώνουν την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων οδηγώντας σε διαφορετικά ευρήματα. Ειδικότερα, το ελληνικό κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να διαδραματίζει έναν διαφορετικό ρόλο στη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας των γυναικών σε σχέση με άλλες χώρες. Για παράδειγμα, οι οικογενειακές προσδοκίες και οι παραδοσιακές αξίες στην Ελλάδα μπορεί να επηρεάζουν λιγότερο

τη σχέση μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και αυτοαποτελεσματικότητας (Dennis, 2002), σε σύγκριση με πιο ατομικιστικές κοινωνίες όπως η Βόρεια Αμερική, όπου οι McQueen και Dennis διεξήγαγαν την έρευνά τους.

Η ειδικότητα των συμμετεχουσών βρέθηκε να είναι ένας σημαντικός παράγοντας, με τις μαίες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας από τις Νοσηλεύτριες και τις Βοηθούς Μαίας/Νοσηλεύτριας. Αυτό το εύρημα είναι συνεπές με προηγούμενες μελέτες, όπως εκείνες των Blyth et al. (2002), που ανέδειξαν τον ρόλο της επαγγελματικής εκπαίδευσης και εμπειρίας στην ανάπτυξη της αυτοπεποίθησης στον θηλασμό. Ωστόσο, η παρούσα έρευνα συμβάλλει επιπλέον στην κατανόηση της σημασίας της επαγγελματικής εξειδίκευσης, προτείνοντας ότι οι Μαίες λόγω της εστιασμένης εκπαίδευσής τους στον θηλασμό αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα.

Η διάρκεια του μητρικού θηλασμού φάνηκε να έχει ισχυρή θετική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα, ενισχύοντας τα ευρήματα των Bandura (1997) και Dennis (1999) σχετικά με τη σημασία της εμπειρίας στην ανάπτυξη της αυτοαποτελεσματικότητας. Αυτό υποδεικνύει ότι όσο περισσότερο χρόνο θηλάζει μια γυναίκα τόσο περισσότερο ενισχύεται η αυτοπεποίθησή της στον θηλασμό, πιθανώς λόγω της αυξημένης εμπειρίας και της αντιμετώπισης σχετικών προκλήσεων.

Το εργασιακό άγχος κατά τον συνδυασμό θηλασμού και εργασίας βρέθηκε να έχει αρνητική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητα. Αυτό είναι σύμφωνο με προηγούμενες μελέτες (Blyth and Dennis, 2002; Gilmour and Hough, 2008; McQueen and Dennis, 2009) που ανέδειξαν τον αρνητικό αντίκτυπο της επαγγελματικής πίεσης στην αυτοπεποίθηση των μητέρων. Η έρευνα υπογραμμίζει την ανάγκη για αποτελεσματικές παρεμβάσεις στους χώρους εργασίας που να στηρίζουν τις εργαζόμενες μητέρες, μειώνοντας το άγχος τους και ενισχύοντας την αυτοαποτελεσματικότητά τους στον θηλασμό.

Από την άλλη πλευρά, η υποστήριξη από τον σύντροφο βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα, επιβεβαιώνοντας ευρήματα που υποδεικνύουν τη σημασία της συναισθηματικής υποστήριξης από τον σύντροφο στην επιτυχή διεξαγωγή του θηλασμού (Dennis, 2002).

Αντίθετα, η υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον δε φάνηκε να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαποτελεσματικότητα. Αυτό διαφοροποιείται από τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών, όπως εκείνης των Johnston και Esposito (2007) που ανέφεραν ότι η υποστήριξη από τους συναδέλφους

και τους προϊσταμένους μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο. Ταυτόχρονα, παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν οι Ngo και συν. (2019), σύμφωνα με τους οποίους η ψυχολογική και συναισθηματική ενθάρρυνση της εργαζόμενης μητέρας από τα άτομα του εργασιακού περιβάλλοντος, μπορεί να έχει θετική επίδραση στη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητάς της. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφείλεται σε πολιτισμικές διαφορές ή στη φύση της εργασιακής υποστήριξης που παρέχεται στις συμμετέχουσες της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, η προετοιμασία για τον θηλασμό ήδη από την περίοδο της κύησης και η ευχαρίστηση με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει των προσδοκιών, βρέθηκαν να συσχετίζονται θετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα. Αυτά τα ευρήματα είναι συνεπή με τις θεωρίες του Bandura (1997) και επιβεβαιώνουν ότι η προετοιμασία και η ικανοποίηση από την εμπειρία συμβάλλουν στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των γυναικών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των νυχτερινών βαρδιών και της αυτοαποτελεσματικότητας. Αυτό το εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες (Folkard, S and Tucker, 2003, Drake et al, 2004), που ανέδειξαν την αρνητική επίδραση των νυχτερινών βαρδιών στη γενική ευεξία και κατά συνέπεια στην αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων. Η απόρριψη της υπόθεσης μπορεί να αποδοθεί στο συγκεκριμένο πολιτισμικό και κοινωνικό πλαίσιο των μικρών πόλεων από όπου προήλθε το δείγμα της μελέτης. Σε αυτές τις περιοχές οι εργαζόμενοι μπορεί να έχουν διαφορετική στάση απέναντι στις νυχτερινές βάρδιες, καθώς η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη ίσως να αντισταθμίζουν τις αρνητικές συνέπειες που συνήθως συνδέονται με τέτοιες εργασιακές συνθήκες (Harrington, 2001, Tucker and Folkard, 2012, Gillen et al., 2022). Αντιθέτως, σε μεγαλύτερες πόλεις όπου η κοινωνική απομόνωση και το αυξημένο άγχος μπορεί να είναι πιο έντονα, οι επιπτώσεις των νυχτερινών βαρδιών ενδέχεται να είναι πιο εμφανείς (Bambra et al., 2008, Geiger-Brown and Trinkoff, 2010).

Συνολικά, η παρούσα έρευνα ενισχύει τη βιβλιογραφία σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα στον μητρικό θηλασμό, επιβεβαιώνοντας ή διαφοροποιώντας προηγούμενα ευρήματα και παρέχει νέες κατευθύνσεις για τη στήριξη των γυναικών στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησής τους στον θηλασμό. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να αξιοποιηθούν για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων που θα βελτιώσουν

τις πρακτικές θηλασμού συμβάλλοντας στη συνολική υγεία και ευημερία των μητέρων και των παιδιών.

6.2. Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα ανοίγει νέες κατευθύνσεις για τη μελέτη της αυτοαποτελεσματικότητας στον μητρικό θηλασμό, αναδεικνύοντας την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση σε διάφορους τομείς. Αρχικά, προτείνεται η διερεύνηση των πολιτισμικών και κοινωνικών παραγόντων που ενδέχεται να την επηρεάσουν σε διαφορετικά γεωγραφικά και κοινωνικά πλαίσια. Συγκριτικές μελέτες που θα περιλαμβάνουν ποικιλία χωρών και πολιτισμών θα μπορούσαν να προσφέρουν σημαντικές ενδείξεις για τις πολιτισμικές επιρροές και να εντοπίσουν βέλτιστες πρακτικές.

Επιπλέον, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας διάφορων παρεμβάσεων υποστήριξης στον χώρο εργασίας, όπως προγράμματα υποστήριξης θηλασμού και ευέλικτες πολιτικές, είναι επιβεβλημένη. Η επίδραση αυτών των παρεμβάσεων στην ικανότητα των μητέρων να συνδυάσουν τη δουλειά με τον θηλασμό χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η μελέτη των παρεμβάσεων που σχεδιάζονται για τη στήριξη των εργαζόμενων μητέρων καθώς και η ανάπτυξη στρατηγικών για τη μείωση του άγχους και την ενίσχυση της αυτοαποτελεσματικότητας θα μπορούσαν να προσφέρουν πολύτιμα στοιχεία.

Παράλληλα, η ανάλυση της υποστήριξης που παρέχεται από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο λεπτομερή κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα στο εργασιακό περιβάλλον. Σημαντικό είναι, επίσης, να διερευνηθεί η επίδραση της οικογενειακής υποστήριξης και των σχέσεων στον τομέα του θηλασμού δεδομένου ότι η οικογενειακή υποστήριξη φάνηκε να έχει θετική επίδραση στην αυτοπεποίθηση των μητέρων.

Η μελέτη της επίδρασης των νυχτερινών βαρδιών σε διάφορα επαγγελματικά περιβάλλοντα και κοινωνικά πλαίσια μπορεί να προσφέρει σημαντικά στοιχεία για την κατανόηση των αρνητικών επιπτώσεων των νυχτερινών βαρδιών στην αυτοαποτελεσματικότητα. Αν και η τρέχουσα έρευνα δεν έδειξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση, η διαφοροποίηση των συνθηκών εργασίας και οι κοινωνικές συνθήκες μπορεί να επηρεάσουν αυτή τη σχέση.

Τέλος, η ανάπτυξη και επικύρωση νέων εργαλείων μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας θα μπορούσε να βελτιώσει την ακρίβεια της αξιολόγησης των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η μελέτη των μακροχρόνιων επιδράσεων της αυτοαποτελεσματικότητας στον θηλασμό θα μπορούσε επίσης να προσφέρει σημαντικά στοιχεία για την υποστήριξη των μητέρων σε μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με την προσαρμογή εργασιακών πολιτικών και γενικότερα προγραμμάτων στήριξης.

6.3. Περιορισμοί

Η παρούσα μελέτη, αν και παρέχει σημαντικά ευρήματα για την αυτοαποτελεσματικότητα στον μητρικό θηλασμό, παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που επηρεάζουν την ερμηνεία και γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ένας βασικός περιορισμός αφορά το μέγεθος του δείγματος και την επιλογή του, καθώς η έρευνα επικεντρώθηκε σε γυναίκες με συγκεκριμένα επαγγελματικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, περιορίζοντας την αντιπροσωπευτικότητα των αποτελεσμάτων σε άλλες ομάδες πληθυσμού. Η περιορισμένη ποικιλία του δείγματος ενδέχεται να συντελέσει στη διαφοροποίηση των ευρημάτων σε ευρύτερα κοινωνικά και επαγγελματικά πλαίσια.

Επιπλέον η μελέτη βασίζεται σε αυτοαναφερόμενα δεδομένα, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια των πληροφοριών λόγω της υποκειμενικότητας στις απαντήσεις των συμμετεχουσών. Η ενδεχόμενη προκατάληψη στην αναφορά της αυτοαποτελεσματικότητας και των συνθηκών εργασίας μπορεί επίσης να διαμορφώσει την αξιοπιστία των ευρημάτων. Η χρήση άλλων μεθόδων συλλογής δεδομένων, όπως η παρατήρηση ή η καταγραφή, θα μπορούσε να προσφέρει μια πιο αντικειμενική εικόνα της πραγματικότητας.

Η εστίαση στην ελληνική κοινωνία και το επαγγελματικό περιβάλλον των συμμετεχουσών περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες χώρες ή πολιτισμικά πλαίσια. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαφορές ενδέχεται να επηρεάζουν τις σχέσεις που διερευνήθηκαν και, συνεπώς, η εξαγωγή συμπερασμάτων πέρα από το ελληνικό πλαίσιο πρέπει να γίνεται με προσοχή.

Τέλος, η έρευνα δεν εξετάζει τη μακροχρόνια αλληλεπίδραση μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και του μητρικού θηλασμού. Η περιορισμένη διάρκεια της παρακολούθησης των συμμετεχουσών δεν επιτρέπει την αξιολόγηση των

μακροπρόθεσμων επιπτώσεων των εξεταζόμενων παραμέτρων. Η μελέτη μακροπρόθεσμων επιδράσεων θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα και την πρακτική του θηλασμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αμίτσης Γ. (2019). Η θεσμική προστασία της οικογένειας στο Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας. *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 39, 52–77.

Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. και συν. (2015). *Μητρικός Θηλασμός: Οδηγός για επαγγελματίες υγείας*. Επιμέλεια: Ιωάννα Αντωνιάδου-Κουμάτου, Αικατερίνη Σοφιανού, Αθήνα, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Δημητρακάκης Κ. (2018). Καλοήθειες παθήσεις του μαστού. Στο «Μαιευτική και Γυναικολογία» Επιμέλεια: Λουτράδης Δ., Δεληγεώρογλου Ε., Παπαντωνίου Ν., Παππά Κ. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Εκίζογλου Χ. και Βιβιλάκη Β. (2016). Ο μητρικός θηλασμός στη κοινότητα. Στο *Πρωτοβάθμια Μαιευτική Φροντίδα, Η Μαία στη Π.Φ.Υ.* Επιμέλεια: Βιβιλάκη Β. 366-409, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Ηλιαδου Μ. Κ. Λυκερίδου, Π. Πρεζερακος, Σ. Ζυγα, Ε. Σακελλαρη, Β. Βιβιλακη, Σ. Τζιαφερη (2020). Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής κλίμακας αυτο-αποτελεσματικότητας στον μητρικό θηλασμό και συσχέτισή της με καταθλιπτική συμπτωματολογία. *Αθήνα Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(5):656–662.

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

Καραπάντζος Η. (2015). *Ανατομία του ανθρώπου*. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Κελλαρτζής Δ., Ζαφράκας Μ., Μπόντης Ι.(2007). Συγγενείς και επίκτητες διαταραχές της ανάπτυξης των μαστών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, 19(4):377-383.

Κουτελέκος Ι., Πολυκανδριώτη Μ. (2007). «Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών (Burn out Syndrome). Το βήμα του Ασκληπιού. 2, 1-7.

Μωραΐτου Μ. (2012). *Δεοντολογία, Νομοθεσία, Ιστορία των Μαιών-Μαιευτών. Προστασία μητρότητας*. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, Σελ. 146-164.

Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ. (2008). « Επαγγελματική εξουθένωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 25(1), 94-101.

Brown J. (2016). Η διατροφή στον κύκλο της ζωής. Επιμέλεια: Κανέλλου Α., Μαρκάκη Α., Γραμματικοπούλου Μ., 5^η έκδοση. Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δ.

Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W. (2007). Gray's Ανατομία, Τόμος 1. Επιμέλεια: Σκανδαλάκης Ν. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Lissauer T., Roberts G., Foster C., Coren M., (2016). Σύγχρονη Παιδιατρική. 4^η Έκδοση. Επιμέλεια: Βρυώνης Γ., Γρίβα Μ., Δημητρίου Γ., Παπαεναγγέλου Β., Συρογιαννόπουλος Γ., Τσόλια Μ., Χαλιάσος Ν., Χατζημιχαήλ Α., Χρούσος Γ., Αθήνα. Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Lowdermilk D., Perry S., Cashion K., (2010). Διατροφή και σίτιση του νεογνού και βρεέφους. Στο « Νοσηλευτική μητρότητας». 8^η έκδοση, Επιμέλεια Λυκερίδου Α., Δελτσίδου Α. Αθήνα, Εκδόσεις Λαγός Δ.

Moore K. & Persaud T. (2009). Η ανθρώπινη διάπλαση. Εμβρυολογία κλινικού προσανατολισμού. Επιμέλεια: Ανδριοπούλου – Οικονόμου Λ. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Moore K., Dalley A., Agur A. (2013). Κλινική Ανατομία. Επιμέλεια: Αρβανίτης Δ., Νάτσης Κ., Καναβάρος Π., Τζανακάκης Γ. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Platzer W., Fritsch H., Kohnel W., Kahle W., Frotscher M. (2009). Εγχειρίδιο περιγραφικής ανατομικής. Επιμέλεια: Σκανδαλάκης Π., Αρβανίτης Δ. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Smith R. (2019). Netter's Μαιευτική και Γυναικολογία, 3^η έκδοση. Ελληνική επιμέλεια: Ζαφράκας Μ., Κατσίκης Η., Παπασωζωμένου Π. Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης Π.

Wambach K. & Spencer B. (2021). Μητρικός θηλασμός και Γαλουχία. Επιμέλεια: Γουρουντή Κ., Δάγλα Μ., Ηλιάδου Μ. Αθήνα, Εκδόσεις Κωνσταντάρας.

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. (2016). Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 27, (1).

Abou-Dakn M. (2018). Gesundheitliche Auswirkungen des Stillens auf die Mutter [Health effects of breastfeeding on the mother]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 61(8):986-989.

Aderibigbe, O., & Lucas, R. (2022). Exclusive breastfeeding in African American women: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing,* 79(5).

Agarwal, R., Eddis-Finbow, M., Tam, J., Broatch, J., & Bussey, K. J. (2024). New Validated Tool to Diagnose Breastfeeding Dysfunction. *Journal of Human Lactation: Official Journal of International Lactation Consultant Association,* 40(1), 120–131.

Agbo, A. A. (2010). Cronbach's alpha: Review of limitations and associated recommendations. *Journal of Psychology in Africa,* 20(2), 233-239.

Agho KE, Ezeh OK, Ghimire PR, Uchechukwu OL, Stevens GJ, Tannous WK, Fleming C, Ogbo FA, Global Maternal And Child Health Research Collaboration GloMACH. (2019). Exclusive Breastfeeding Rates and Associated Factors in 13 "Economic Community of West African States" (ECOWAS) Countries. *Nutrients.,* 11(12):3007.

Agrawal M, Sabino J, Frias-Gomes C, Hillenbrand CM, Soudant C, Axelrad JE, Shah SC, Ribeiro-Mourão F, Lambin T, Peter I, Colombel JF, Narula N, Torres J. (2021) Early life exposures and the risk of inflammatory bowel disease: Systematic review and meta-analyses. *EClinicalMedicine.* 15;36:100884.

Agudelo, S. I., Gamboa, O. A., Acuña, E., Aguirre, L., Bastidas, S., Guijarro, J., Buitrago, L. (2021). Randomized clinical trial of the effect of the onset time of skin-to-skin contact at birth, immediate compared to early, on the duration of breastfeeding in full term newborns. *International Breastfeeding Journal,* 16(1).

Al-Chalabi M, Bass AN, Alsalman I. (2023). Physiology, Prolactin. In: *StatPearls.* StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); PMID: 29939606.

Alex, A., Bhandary, E., & McGuire, K. P. (2020). Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. *Diseases of the Breast During Pregnancy and Lactation,* 3–7.

Almeida, L. M. N., Goulart, M. de C. e L., Góes, F. G. B., Pereira-Ávila, F. M. V., Pinto, C. B., Silva, A. C. S. S. da, Brun, L. S. O. (2023). Continuing breastfeeding upon returning to work: feelings, challenges and strategies of breastfeeding nurses. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 44, e20230075.

American Academy of Paediatrician. (2016). Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 138(5).

Amiel Castro R, Glover V, Ehlert U, O'Connor TG. (2021). Breastfeeding, prenatal depression and children's IQ and behaviour: a test of a moderation model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 18;21(1):62.

Amini, P., Omani-Samani, R., Sepidarkish, M., Almasi-Hashiani, A., Hosseini, M., & Maroufizadeh, S. (2019). The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form (BSES-SF): a validation study in Iranian mothers. *BMC Research Notes*, 12.

Andreas, N. J., Kampmann, B., & Mehring Le-Doare, K. (2015). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Human Development*, 91(11), 629–635.

Andrew, M. S., Selvaratnam, R. J., Davies-Tuck, M., Howland, K., & Davey, M.-A. (2022). The association between intrapartum interventions and immediate and ongoing breastfeeding outcomes: an Australian retrospective population-based cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1).

Anstey EH, Jevitt C. (2011). Maternal obesity and breastfeeding. *Clinical Lactation*. ;2(3):11–16.

Araki, S., & Shirahata, A. (2020). Vitamin K Deficiency Bleeding in Infancy. *Nutrients*, 12(3), 780.

Ardic, C., Usta, O., Omar, E., Yıldız, C., & Memis, E. (2019). Effects of infant feeding practices and maternal characteristics on early childhood obesity. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 117(1).

Babic A, Sasamoto N, Rosner BA, Tworoger SS, Jordan SJ, Risch HA, Harris HR, Rossing MA, Doherty JA, Fortner RT, Chang-Claude J, Goodman MT, Thompson PJ, Moysich KB, Ness RB, Kjaer SK, Jensen A, Schildkraut JM, Titus LJ, Cramer DW, Bandera EV, Qin B, Sieh W, McGuire V, Sutphen R, Pearce CL, Wu AH, Pike M, Webb PM, Modugno F, Terry KL. (2020). Association Between Breastfeeding and Ovarian Cancer Risk. *JAMA Oncol*. 1;6(6):e200421.

Bai, D. L., Wu, K. M., & Tarrant, M. (2013). Association between Intrapartum Interventions and Breastfeeding Duration. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(1), 25–32.

Bakoula C, Nicolaidou P, Veltsista A, Prezerakou A, Moustaki M, Kavadias G, Lazaris D, Fretzayas A, Krikos X, Karpathios T, Matsaniotis N. (2007). Does exclusive breastfeeding increase after hospital discharge? A Greek study. *J Hum Lact*. 23(2):165-73.

Ballard O., Morrow A.L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatr. Clin. N. Am.* 60:49–74.

Balogun OO, O'Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S. (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 9;11(11).

Bambra, C., Whitehead, M., Sowden, A. J., Akers, J., & Petticrew, M. (2008). "Shifting schedules: The health effects of reorganizing shift work." *American Journal of Preventive Medicine*, 34(5), 412-423.

Bandura A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: PrenticeHall

Bandura A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman

Bandura A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. Retrieved from Health education & behavior : the official publication of the Society for Public Health Education website: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15090118/>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1–26.

Bandura, A. (2012). On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *Journal of Management*, 38(1), 9-44.

Bardanzellu, F., Fanos, V., & Reali, A. (2017). “Omics” in Human Colostrum and Mature Milk: Looking to Old Data with New Eyes. *Nutrients*, 9(8).

Barrett ME, Heller MM, Stone HF, Murase JE. (2016). Primary herpes simplex virus infection of the nipple in a breastfeeding woman. *Cutis*. 97(6):E10-1. PMID: 27416090.

Beake, S., Bick, D., Narracott, C., & Chang, Y.-S. (2016). Interventions for women who have a caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 13(4), e12390.

Béghin, L., Vanhelst, J., Drumez, E., Kersting, M., Molnar, D., Kafatos, A., De Henauwn, S., Wildhalm, K., Karaglani, E., Moreno, L. A., & Gottrand, F. (2021). Birth weight and breastfeeding are differentially associated with physical fitness components. *European Journal of Clinical Nutrition*, 76(6).

Bell AF, Andersson E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery*.39:112–123.

Berger PK, Ong ML, Bode L, Belfort MB (2023). Human Milk Oligosaccharides and Infant Neurodevelopment: A Narrative Review. *Nutrients*. 31;15(3):719.

Bertini, G., Breschi, R., & Dani, C. (2014). Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Paediatrica*, 104(10), 1024–1027.

Bianciardi E, Ongaretto F, De Stefano A, Siracusano A, Niolu C (2023). The Mother-Baby Bond: Role of Past and Current Relationships. *Children (Basel)*. 22;10(3):421.

Binns C, Lee M, Low WY. (2016). The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding. *Asia Pac J Public Health*. 28(1):7-14.

Bjerregaard, L. G., Pedersen, D. C., Mortensen, E. L., Sørensen, T. I. A., & Baker, J. L. (2019). Breastfeeding duration in infancy and adult risks of type 2 diabetes in a high income country. *Maternal & Child Nutrition*, 15(4).

Blyth, R. J., Creedy, D. K., & Dennis, C.-L. (2002). The influence of social support and stress on breastfeeding duration. *Journal of Human Lactation*, 18(3), 291-296.

Borges VF, Lyons TR, Germain D, Schedin P. (2020). Postpartum Involution and Cancer: An Opportunity for Targeted Breast Cancer Prevention and Treatments? *Cancer Res*. 1;80(9):1790-1798.

Borowitz, S. M. (2023). What is tongue-tie and does it interfere with breast-feeding? – a brief review. *Frontiers in Pediatrics*, 11.

Bošković, B., Churchill, H., & Hamzallari, O. (2021). Family Policy and Child Well-Being: The Case of Montenegro in the European Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9118.

Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A.-M., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E. A., Phillips, R. (2015). The Association Between Common Labor Drugs and Suckling When Skin-to-Skin During the First Hour After Birth. *Birth*, 42(4), 319–328.

Brown, A., & Jordan, S. (2012). Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 828–839.

Brown, A., & Jordan, S. (2014). Active Management of the Third Stage of Labor May Reduce Breastfeeding Duration Due to Pain and Physical Complications. *Breastfeeding Medicine*, 9(10), 494–502.

Brown, A. (2016). "What do women really want? Lessons for breastfeeding promotion and education." *Breastfeeding Medicine*, 11(3), 102-110.

Brunner S., Schmid D., Zang K., Much D., Knoefel B., Kratzsch J., Amann-Gassner U., Bader B.L., Hauner H. (2014). Breast milk leptin and adiponectin in relation to infant body composition up to 2 years. *Pediatr. Obes.* 10:67–73.

Buccini, G. dos S., Pérez-Escamilla, R., Paulino, L. M., Araújo, C. L., & Venancio, S. I. (2016). Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*, 13(3), e12384.

Buccini, G., Pérez-Escamilla, R., D'Aquino Benicio, M. H., Justo Giugliani, E. R., & Ioyama Venancio, S. (2018). Exclusive breastfeeding changes in Brazil attributable to pacifier use. *PLOS ONE*, 13(12), e0208261.

Bugaeva P, Arkusha I, Bikaev R, Kamenskiy I, Pokrovskaya A, El-Taravi Y, Caso V, Avedisova A, Chu DK, Genuneit J, Torbahn G, Nicholson TR, Baimukhambetova D, Mursalova A, Kolotilina A, Gadetskaya S, Kondrikova E, Zinchuk M, Akzhigitov R, Boyle RJ, Guekht A, Munblit D. (2023). Association of breastfeeding with mental disorders in mother and child: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 16;21(1):393.

Bürger, B., Schindler, K., Tripolt, T., Griesbacher, A., Stüger, H. P., Wagner, K.-H., Wolf-Spitzer, A. (2022). Factors Associated with (Exclusive) Breastfeeding Duration—Results of the SUKIE-Study. *Nutrients*, 14(9), 1704.

Buse, C., Westlake, D., & Cranton, L. (2020). Shift Work, Social Support, and Employee Wellbeing: A Comparative Study of Urban and Rural Settings. *Journal of Occupational Health Psychology*, 25(2), 129-142.

Caballero, B. (2019). Humans against Obesity: Who Will Win? *Advances in Nutrition*, 10(suppl_1), 4–9.

Cannon, C., & Rucker, D. D. (2022). Motives Underlying Human Agency: How Self-efficacy versus Self-enhancement Affect Consumer Behavior. *Current Opinion in Psychology*, 46(46), 101335.

Caperelli Gergel, M. C., & Terry, D. L. (2022). Giving 200%: Workplace Flexibility and Provider Distress Among Female Physicians. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 14(14), 83–89.

Cardoso E, Monfort A, Ferreira E, Nordeng H, Winterfeld U, Allegaert K, Gandia P, Guidi M, Panchaud A. (2023). Maternal drugs and breastfeeding: Risk assessment from pharmacokinetics to safety evidence - A contribution from the ConcePTION project. *Therapie*. 78(2):149-156.

Catli G., Dundar N.O., Dundar B.N. (2014). Adipokines in breast milk: An update. *J. Clin. Res. Pediatr. Endocrinol.* 6:192–201.

Cawood AL, Meyer R, Grimshaw KE, Sorensen K, Acosta-Mena D, Stratton RJ. (2022). The health economic impact of cow's milk allergy in childhood: A retrospective cohort study. *Clin Transl Allergy*. 12(8).

Ceriani Cernadas JM. (2018). Colostrum and breast milk in the neonatal period: The benefits keep adding up. *Archivos Argentinos de Pediatría*;116(3):234-235.

Ceylan, S., & Şahin, S. (2020). Comparison of breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success of obese and normal-weight mothers in the early period. *African Health Sciences*, 20(4), 2022–2031.

Chang, Y., Harger, L., Beake, S., & Bick, D. (2021). Women's and Employers' Experiences and Views of Combining Breastfeeding with a Return to Paid Employment: A Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(5), 641–655.

Charissi A., V. Karavida, E. Tympa, G. Vrionis, S. Mantziou (2019). Nutrition and brain development in childhood: The effect of breastfeeding and its symbolic dimensions Department of Early Years Learning and Care, University of Ioannina, Ioannina, Greece *Archives of Hellenic Medicine*, 36(6):727–733.

Chen H, Wang J, Zhou W, Yin H, Wang M. (2015). Breastfeeding and risk of rheumatoid arthritis: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol.*;42:15631569.

Chen, C., & Meier, S. T. (2021). Burnout and Depression in Nurses – A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 124(124).

Chen, Y., Yong, Z., Wang, W., Wang, F., Jiang, H., & Wang, L. (2023). Factors associated with exclusive breastfeeding during postpartum in Lanzhou city, China: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 11.

Chetwynd, E. M., Stuebe, A. M., Rosenberg, L., Troester, M. A., & Palmer, J. R. (2019). Prepregnancy Diabetes and Breastfeeding Cessation Among Black Women in the United States. *Breastfeeding Medicine*, 14(4), 249–255.

Chipojola R, Khwepeya M, Gondwe KW, Rias YA, Huda MH. (2022). The Influence of Breastfeeding Promotion Programs on Exclusive Breastfeeding Rates in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hum Lact.*, 38(3):466-476.

Chiu C.Y., et al. (2016) Exclusive or partial breastfeeding for 6 months is associated with reduced milk sensitization and risk of eczema in early childhood: the PATCH Birth Cohort Study. *Medicine*, 95(15).

Chong, H.-Y., Tan, L. T.-H., Law, J. W.-F., Hong, K.-W., Ratnasingam, V., Ab Mutalib, N.-S., Letchumanan, V. (2022). Exploring the Potential of Human Milk and Formula Milk on Infants' Gut and Health. *Nutrients*, 14(17), 3554.

Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, Bahl R, Martines J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 104(467):96-113.

Christ-Crain, M., & Ball, S. (2000). *The Neurohypophysis: Endocrinology of Vasopressin and Oxytocin* (K. R. Feingold, B. Anawalt, M. R. Blackman, A. Boyce, G. Chrousos, E. Corpas, M. Levy, Eds.). Retrieved February 11, 2024, from PubMed

Christensen N, Bruun S, Søndergaard J, Christesen HT, Fisker N, Zachariassen G, Sangild PT, Husby S. (2020). Breastfeeding and Infections in Early Childhood: A Cohort Study. *Pediatrics*. 146(5): e20191892.

Chrzan-Dętkoś M, Walczak-Kozłowska T, Pietkiewicz A, Żołnowska J. (2021). Improvement of the breastfeeding self-efficacy and postpartum mental health after lactation consultations - Observational study. *Midwifery*. 94:102905

Çiçekli, İ., & Durusoy, R. (2022). Breastfeeding, nutrition and type 1 diabetes: a case-control study in Izmir, Turkey. *International Breastfeeding Journal*, 17(1).

Çiftçi, E. K., & Arikan, D. (2011). The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15-16), 2170–2178.

Coban, A., Bayraktar, S., Yıldız, N., Tunçel, D., Gökçay, G., & Ince, Z. (2020). A Case Study of Early Postpartum Excessive Breast Engorgement: Is it Related to Feedback Inhibition of Lactation? *Journal of Human Lactation*, 089033442096207.

Cohen, S. S., Alexander, D. D., Krebs, N. F., Young, B. E., Cabana, M. D., Erdmann, P., Saavedra, J. M. (2018). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*. Dec:203:190-196.e21

Collado M.C., Santaella M., Mira-Pascual L., Martinez-Arias E., Khodayar-Pardo P., Ros G., Martinez-Costa C. (2015). Longitudinal Study of Cytokine Expression, Lipid Profile and Neuronal Growth Factors in Human Breast Milk from Term and Preterm. *Nutrients*;19:8577–8591.

Conradi S, Malzahn U, Paul F, et al. (2013). Breastfeeding is associated with lower risk for multiple sclerosis. *Mult Scler*.19:pp 553 - 558.

Cook, D. A., & Artino, A. R. (2016). Motivation to learn: An overview of contemporary theories. *Medical Education*, 50(10), 997–1014.

Corona, G., Rastrelli, G., Comeglio, P., Guaraldi, F., Mazzatenta, D., Sforza, A., Maggi, M. (2022). The metabolic role of prolactin: systematic review, meta-analysis and preclinical considerations. *Expert Review of Endocrinology & Metabolism*, 17(6), 533–545.

Costa Pozzi C.M., Pereira Braga C., Vieira J.C.S., Cavecci B., de Queiroz J.V., de Souza Barbosa H., Zezzi Arruda M.A., Gozzo F.C., de Magalhaes Padilha P. (2015). Metal ions bound to the human milk immunoglobulin A: Metalloproteomic approach. *Food Chem.* ;166:492–497.

Cui X., Li Y., Yang L., You L., Wang X., Shi C., Ji C., Guo X (2016). Peptidome analysis of human milk from women delivering macrosomic fetuses reveals multiple means of protection for infants. *Oncotarget*. 7:39.

Cunningham T, Mullineaux D, Tamilya E, Papadelis C, Giannone P, Capilouto G. (2017). Quantifying Neonatal Sucking Performance: Promise of New Methods. *Semin. Speech Lan.*, 38(02):147–158.

Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19.

Da Silva A.L.C., da Ribeiro K.D.S., de Melo L.R.M., Bezerra D.F., de Queiroz J.L.C., Lima M.S.R., Pires J.F., Bezerra D.S., Osório M.M., Dimenstein R. (2017). Vitamin E in human milk and its relation to the nutritional requirement of the term newborn. *Rev. Paul. Pediatr.* 35:1

Da Silva TD, Bick D, Chang Y-SS. (2019). Breastfeeding experiences and perspectives among women with postnatal depression: a qualitative evidence synthesis. *Women Birth.* 2019.

Dalili, H., Shariat, M., Nayeri, F., Emami, Z., Sahebi, R., & Sahebi, L. (2020). Duration of Breastfeeding and Maternal-Related Factors in Iran, Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, e23–e30.

Darteh EKM, Abraham SA, Seidu AA, Chattu VK, Yaya S. (2021). Knowledge and determinants of women's knowledge on vertical transmission of HIV and AIDS in South Africa. *AIDS Res Ther.* 15;18(1):40.

Davanzo, R., Cannioto, Z., Ronfani, L., Monasta, L., & Demarini, S. (2012). Breastfeeding and Neonatal Weight Loss in Healthy Term Infants. *Journal of Human Lactation*, 29(1), 45–53.

De Almagro García, M. C. (2017). Nuevos ingredientes en fórmulas infantiles. Beneficios sanitarios y funcionales. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4).

Dennis Cl & Faux S.(1999). Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Res Nurs Health*, 22:399–409.

Dennis CL. (2003).The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(6):734-44.

Dennis CL (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *J Hum Lact* 15:195–201 8.

Dennis, C. L. (2002). Breastfeeding initiation and duration: A 1990-2000 literature review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 31(1), 12-32.

De Vries, N., Boone, A., Godderis, L., Bouman, J., Szemik, S., Matranga, D., & de Winter, P. (2023). The Race to Retain Healthcare Workers: a Systematic Review on Factors That Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 60(60).

Dinour, L. M., & Szaro, J. M. (2017). Employer-Based Programs to Support Breastfeeding Among Working Mothers: A Systematic Review. *Breastfeeding Medicine*, 12(3), 131–141.

Dixit, A., Feldman-Winter, L., & Szucs, K. A. (2015). “Frustrated,” “depressed,” and “devastated” pediatric trainees: US academic medical centers fail to provide adequate workplace breastfeeding support. *Journal of Human Lactation*, 31(2), 240–248.

Dupont, D., Boutrou, R., Menard, O., Jardin, J., Tanguy, G., Schuck, P., Haab, B. B., & Leonil, J. (2010). Heat treatment of milk during powder manufacture increases casein resistance to simulated infant digestion. *Food Digestion*, 1(1-2), 28-39.

Dodelzon, K. (2021). Protecting a Gender Diverse Future by Supporting Breastfeeding Radiologists. *Academic Radiology*, 2.

Donovan, S. M. (2019). Human Milk Proteins: Composition and Physiological Significance. *Nestle Nutrition Institute Workshop Series*, 90(90), 93–101.

Drake, C. L., Roehrs, T., Richardson, G., Walsh, J. K., & Roth, T. (2004). Shift work sleep disorder: Prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27(8), 1453-1462.

D'Souza EE, Vyas R, Sisitsky M, Feldman HA, Gagoski B, Litt J, Larsen RJ, Kuchan MJ, Lasekan JB, Sutton BP, Grant PE, Ou Y, Morton SU. (2022). Increased Breastfeeding Proportion Is Associated with Improved Gross Motor Skills at 3-5 Years of Age: A Pilot Study. *Nutrients*14(11):2215.

Duan X, Wang J, Jiang X. (2017). A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in the females. *Osteoporos Int*. 28(2):495-503

Dunn W. (2014). *Sensory Profile 2 User’s Manual*. Pearson; Bloomington, MN, USA.

Durá-Travé, T., & Gallinas-Victoriano, F. (2023). Pregnancy, Breastfeeding, and Vitamin D. *International Journal of Molecular Sciences*, 24(15), 11881.

Dyrbye, LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, et al (2017). Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care. *Natl Acad Med Persp*.

Edmunds, J., Miles, S. C., & Fulbrook, P. (2011). Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers’ Association of Australia*, 19(1), 19–26.

Engster D. (2012). 'Child poverty and family policies across eighteen wealthy Western democracies', *Journal of Children and Poverty*, 18(2): 121-139.

Eriksen K.G., Christensen S.H., Lind M.V., Michaelsen K.F. (2018). Human milk composition and infant growth. *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care.*;21:200–206.

Eriksen KG, Johnson W, Sonko B, et al (2017). Following the World Health Organization's recommendation of exclusive breastfeeding to 6 months of age does not impact the growth of rural Gambian infants. *J Nutr*;147:248– 255.

EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe (2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg.

Fan D, Xia Q, Lin D, Ma Y, Rao J, Liu L, Tang H, Xu T, Li P, Chen G, Zhou Z, Guo X, Zhang Z, Liu Z. (2023). Role of breastfeeding on maternal and childhood cancers: An umbrella review of meta-analyses. *J Glob Health*. 23;13:04067.

Fan, H. S. L., Fong, D. Y. T., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2022). The Association Between Breastfeeding Self-Efficacy and Mode of Infant Feeding. *Breastfeeding Medicine*, 17(8), 687–697.

Fan, H. S. L., Wong, J. Y. H., Fong, D. Y. T., Lok, K. Y. W., & Tarrant, M. (2020). Association Between Intrapartum Factors and the Time to Breastfeeding Initiation. *Breastfeeding Medicine*.

Ferrés-Amat, E., Pastor-Vera, T., Rodríguez-Alessi, P., Mareque-Bueno, J., Ferrés-Padró, E., Head, P., & Head. (2017). The prevalence of ankyloglossia in 302 newborns with breastfeeding problems and sucking difficulties in Barcelona: a descriptive study. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 18(4), 4–2017.

Folkard, S., & Tucker, P. (2003). Shift work, safety, and productivity. *Occupational Medicine*, 53(2), 95-101.

França, E. C. L., Albuquerque, L. C. A., Martinelli, R. L. de C., Gonçalves, I. M. F., Souza, C. B., & Barbosa, M. A. (2020). Surface Electromyographic Analysis of the Suprahyoid Muscles in Infants Based on Lingual Frenulum Attachment during Breastfeeding. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 859.

Frank NM, Lynch KF, Uusitalo U, Yang J, Lönnrot M, Virtanen SM, Hyöty H, Norris JM; TEDDY (2019). Study Group. The relationship between breastfeeding and

reported respiratory and gastrointestinal infection rates in young children. *BMC Pediatr.* 19(1):339.

Fu, C.Y., Tang, X.J., Pan, L.P., Jin, H.Y., Yao, J.F., & Wang, L.Z. (2022). Exclusive breastfeeding rate and related factors among mothers within maternal health WeChat groups in Jiaying, Zhejiang province, China: a cross-sectional survey. *International Breastfeeding Journal*, 17(1).

Fu, M., Zhang, L., Ahmed, A., Plaut, K., Haas, D. M., Szucs, K., & Casey, T. M. (2015). Does Circadian Disruption Play a Role in the Metabolic “Hormonal Link to Delayed Lactogenesis II? *Frontiers in Nutrition*, 2.

Fujii Y, Hirokawa K, Kobuke Y, Kubota T, Yoshitake T, Haraguchi K, Honda Y, Kobayashi H, Harada KH. (2022). Use of Nonprescription and Prescription Drugs and Drug Information Sources among Breastfeeding Women in Japan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.*, 17;19(18):11722.

Gaki E., et al. (2009) National Survey of prevalence and determinants of maternal breastfeeding. Report of tire Institute of Children's Health/National School of Public HealthSector of Children's Health. Athens.

Gamble, K. L., Resuehr, D., & Johnson, C. H. (2013). Shift Work and Circadian Dysregulation of Reproduction. *Frontiers in Endocrinology*, 4(92).

Garcia-Larsen V, Ierodiakonou D, Jarrold K, Cunha S, Chivinge J, Robinson Z, Geoghegan N, Ruparelia A, Devani P, Trivella M, Leonardi-Bee J, Boyle RJ. (2018). Diet during pregnancy and infancy and risk of allergic or autoimmune disease: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 28;15(2):e1002507.

Garner C.D., McKenzie S.A., Devine C.M., Thornburg L.L., Rasmussen K.M. (2017). Obese women experience multiple challenges with breastfeeding that are either unique or exacerbated by their obesity: Discoveries from a longitudinal, qualitative study. *Matern. Child Nutr.*;13:e12344.

Gee BM, Aubuchon-Endsley NL, Prow A. (2021). Perinatal Maternal Mental Health and Breastfeeding Are Associated with Infant and Toddler Sensory Profiles. *Children (Basel)*. 31;8(9):766.

Geller, S., Levy, S., Baruch, T., Rinot, Y., & Swami, V. (2024). Breastfeeding self-efficacy, body image, body acceptance, and partner support: Associations in Israeli postpartum women. *Midwifery*, 131, 103937.

Geiger-Brown, J., & Trinkoff, A. M. (2010). "Is it time to pull the plug on 12-hour shifts? Part 1. The evidence." *Journal of Nursing Administration*, 40(3), 100-102.

Gibbs BG, Forste R, Lybbert E. (2018). Breastfeeding, Parenting, and Infant Attachment Behaviors. *Matern Child Health J.* 22(4):579-588.

Gibson L & Porter M. (2020). Drinking or Smoking While Breastfeeding and Later Academic Outcomes in Children. *Nutrients.* 20;12(3):829.

Gila-Díaz A, Carrillo GH, López de Pablo ÁL, Arribas SM, Ramiro-Cortijo D.(2020). Association between Maternal Postpartum Depression, Stress, Optimism, and Breastfeeding Pattern in the First Six Months. *Int J Environ Res Public Health.* 30;17(19):7153.

Gillen, P., Neill, R. D., Mallett, J., Moriarty, J., Manthorpe, J., Schroder, H., & McFadden, P. (2022). Wellbeing and coping of UK nurses, midwives and allied health professionals during COVID-19-a cross-sectional study. *PLoS One*, 17(9), e0274036.

Gilmour, J. A., & Hough, S. (2008). Work stress and the influence of social support on working mothers' self-efficacy. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 23(4), 419-434.

Gizzo, S., Di Gangi, S., Saccardi, C., Patrelli, T. S., Paccagnella, G., Sansone, L., Nardelli, G. B. (2012). Epidural Analgesia During Labor: Impact on Delivery Outcome, Neonatal Well-Being, and Early Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 7(4), 262–268

Gong, Q.-Q., Quan, D.-D., Guo, C., Zhang, C., & Zhang, Z.-J. (2022). Association between maternal breastfeeding and risk of systemic neoplasms of offspring. *Italian Journal of Pediatrics*, 48(1).

Gonzales Jr, A. M. (2020). Breastfeeding Self-Efficacy of Early Postpartum Mothers in an Urban Municipality in the Philippines. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 4(4), 135–143.

González-Estrada, E., & Cosmes, W. (2019). Shapiro–Wilk test for skew normal distributions based on data transformations. *Journal of Statistical Computation and Simulation*, 89(17), 3258-3272.

Goudard, M. J. F., Lamy, Z. C., Marba, S. T. M., Lima, G. M. de S., Santos, A. M. dos, Vale, M. S. do, Lamy-Filho, F. (2022). The role of skin-to-skin contact in exclusive breastfeeding: a cohort study. *Revista de Saúde Pública*, 56, 71.

Gowrishankar M, Blair B, Rieder MJ. (2020). Dietary intake of sodium by children: why it matters. *Pediatr Child Health.* 25:47–61.

Grabas M.R., Kjaer S.K., Frederiksen M.H., et al. (2020). Incidence and time trends of childhood cancer in Denmark, 1943–2014. *Acta Oncol.* ;59(5):588–595.

Grapov D., Lemay D.G., Weber D., Phinney B.S., Azulay Chertok I.R., Gho D.S., German J.B., Smilowitz J.T. (2015). The Human Colostrum Whey Proteome Is Altered in Gestational Diabetes Mellitus. *J. Proteome Res.*14:512–520.

Greenop, K. R., Bailey, H. D., Miller, M., Scott, R. J., Attia, J., Ashton, L. J., Milne, E. (2015). Breastfeeding and Nutrition to 2 Years of Age and Risk of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia and Brain Tumors. *Nutrition and Cancer*, 67(3) 431–441.

Gregory A, Penrose K, Morrison C, Dennis Cl, Mcarthur C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nursing*, 25:278–28.

Gridneva, Z., Kuganathan, S., Rea, A., Lai, C., Ward, L., Murray, K., Hartmann, P., & Geddes, D. (2018). Human Milk Adiponectin and Leptin and Infant Body Composition over the First 12 Months of Lactation. *Nutrients*, 10(8), 1125.

Grundy SJ, Hardin A, Kuller JA, Dotters-Katz S. (2022). Breastfeeding: The Basics, the History, and Barriers in the Modern Day. *Obstet Gynecol Surv.* 77(7):423-432.

Güngör, D., Nadaud, P., Dreibelbis, C., LaPergola, C. C., Wong, Y. P., Terry, N., Spahn, J. M. (2019). Infant milk-feeding practices and childhood leukemia: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(Supplement_1), 757S771S.

Gupta A, Suri S, Dadhich JP, Trejos M, Nalubanga B. (2019). The world breastfeeding trends initiative: implementation of the global strategy for infant and young child feeding in 84 countries. *J Public Health Policy.* ;40(1):35–65.

Haas, M. R. C., Landry, A., & Joshi, N. (2020). Breast Practices: Strategies to Support Lactating Emergency Physicians. *Annals of Emergency Medicine*.

Hackam D & Caplan M. (2018). Necrotizing enterocolitis: Pathophysiology from a historical context. *Semin Pediatr Surg.* 27(1):11-18.

Hahn-Holbrook, J., Saxbe, D., Bixby, C., Steele, C., & Glynn, L. (2019). Human milk as “chrononutrition”: Implications for child health and development. *Pediatric Research*, 85, 936–942.

Hale, T. W. (2004). Maternal Medications During Breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 696–711.

Hamad, R., Modrek, S., & White, J. S. (2019). Paid Family Leave Effects on Breastfeeding: A Quasi-Experimental Study of US Policies. *American Journal of Public Health*, 109(1), 164–166.

Hannan, F. M., Elajnaf, T., Vandenberg, L. N., Kennedy, S. H., & Thakker, R.V.(2022). Hormonal regulation of mammary gland development and lactation. *Nature Reviews Endocrinology*, 19(1), 46–61.

Harami E., H. Mazarakou, D. Tsoromokos (2015). The effects of breast feeding on the mental health of infants Molai Nursing Unit, General Hospital of Lakonia, Monemvasia, Lakonia, Greece *Archives of Hellenic Medicine*. 32(2):245–249.

Harrington, J. M. (2001). Health effects of shift work and extended hours of work. *Occupational and Environmental Medicine*, 58(1), 68-72.

Hassiotou, F., & Geddes, D (2012). Anatomy of the human mammary gland: Current status of knowledge. *Clinical Anatomy*, 26(1), 29–48.

Heine RG. (2018). Food Allergy Prevention and Treatment by Targeted Nutrition. *Ann Nutr Metab.*;72 Suppl 3:33-45.

Hemmingway, A., Fisher, D., Berkery, T., Dempsey, E., Murray, D. M., & Kiely, M. E. (2020). A detailed exploration of early infant milk feeding in a prospective birth cohort study in Ireland: combination feeding of breastmilk and infant formula and early breastfeeding cessation. *British Journal of Nutrition*, 124(4), 1–28.

Hendrickson, M., Davey, C.S., Harvey, B.A. and Schneider, K. (2022). Breastfeeding Among Pediatric Emergency Physicians. *Pediatric Emergency Care*, 38(7), pp.e1372–e1377.

Hennet T., & Borsig L. (2016). Breastfed at Tiffany's. *Trends Biochem. Sci.* ;41:508–518.

Hermanson, Å., & Åstrand, L. L. (2019). The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 33(5).

Hernández- Luengo M, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Berlanga-Macías C, Martínez-Vizcaíno V, Notario-Pacheco B. (2019). Relationship between breast feeding and motor development in children: protocol for a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 17;9(9):e029063.

Hirani, S. A. A., & Karmaliani, R. (2013). Evidence based workplace interventions to promote breastfeeding practices among Pakistani working mothers. *Women and Birth*, 26(1), 10–16.

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).

Hoff CE, Movva N, Rosen Vollmar AK, Pérez-Escamilla R. (2019). Impact of maternal anxiety on breastfeeding outcomes: a systematic review. *Adv Nutr*. 10:816–826.

Hornsby, P. P., Gurka, K. K., Conaway, M. R., & Kellams, A. L. (2019). Reasons for Early Cessation of Breastfeeding Among Women with Low Income. *Breastfeeding Medicine*, 14(6), 375–381.

Horta, B. L., & de Lima, N. P. (2019). Breastfeeding and Type 2 Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Current Diabetes Reports*, 19(1).

Hossain S, & Mihrshahi S. (2022). Exclusive Breastfeeding and Childhood Morbidity: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. Nov 10;19(22):14804.

Huang, S.-K., & Chih, M.-H. (2020). Increased Breastfeeding Frequency Enhances Milk Production and Infant Weight Gain: Correlation with the Basal Maternal Prolactin Level. *Breastfeeding Medicine*, 15(10), 639–645.

Hunt KK, Newman LA, Copeland EM, Bland KI. (2010). Chapter 17. The breast. In: Brunnicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE, editors. *Schwartz's Principles of Surgery*. 9th Ed. New York: McGrawHill.

I. (2021). The association between intrapartum opioid fentanyl and early breastfeeding: A prospective observational study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(12), 2294–2302.

Ickes, S. B., Sanders, H., Denno, D. M., Myhre, J. A., Kinyua, J., Singa, B., Nduati, R. (2021). Exclusive breastfeeding among working mothers in Kenya: Perspectives from women, families and employers. *Maternal & Child Nutrition*, 17(4).

Iellamo, A., Sobel, H., & Engelhardt, K. (2014). Working Mothers of the World Health Organization Western Pacific Offices. *Journal of Human Lactation*, 31(1), 36–39.

Iliodromiti Z, Zografaki I, Papamichail D, Stavrou T, Gaki E, Ekizoglou C, Nteka E, Mavrika P, Zidropoulos S, Panagiotopoulos T, Antoniadou I. (2020). Increase of breast-feeding in the past decade in Greece, but still low uptake: cross-sectional studies in 2007 and 2017. *Public Health Nutr.* 23(6):961-970.

Imboden, A., Sobczak, B., & Kurilla, N. A. (2022). Impact of the Infant Formula Shortage on Breastfeeding Rates. *Journal of Pediatric Health Care*, 37(3).

Inman, J. L., Robertson, C., Mott, J. D., & Bissell, M. J. (2015). Mammary gland development: Cell fate specification, stem cells and the microenvironment. *Development (Cambridge)*, 142(6), 1028–1042.

Irmak, N. (2016). The importance of breastmilk and the factors that affect exclusive breastfeeding. *Journal of Turkish Family Physician*, 7(2), 27–31.

Jaiyeoba O, Amaya MI, Soper DE, Kilby JM. (2012). Preventing neonatal transmission of herpes simplex virus. *Clin Obstet Gynecol.*, 55(2):510-20.

Jang, G. J., & Ko, S. (2021). Effects of a breastfeeding coaching program on growth and neonatal jaundice in late preterm infants in South Korea. *Child Health Nursing Research*, 27(4), 377–384.

Jayasinghe, S., Herath, M. P., Beckett, J. M., Ahuja, K. D. K., Byrne, N. M., & Hills, A. P. (2021). Exclusivity of breastfeeding and body composition: learnings from the Baby-bod study. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 41.

Jena, M. K., Jaswal, S., Kumar, S., & Mohanty, A. K. (2018). Molecular Mechanism of Mammary Gland Involution: An Update. *Developmental Biology*.

Jiao, X., Yu, X., Wang, S., Wang, Z., & Gong, Z. (2020). Are effect sizes in self-efficacy field changing over time? A meta–meta analysis. *International Journal of Psychology*, 56(5), 801–811.

Jin, H., Shan, T., Li, S., Fan, X., Zhao, Y., Li, J., Tang, X., Saffery, R., Tong, C., Wen, L., Qi, H., Kilby, M. D., & Baker, P. N. (2022). Association of infant feeding patterns with body fat mass and obesity in the first 2 years of life: a longitudinal twin birth cohort study. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 73(2), 263–273.

John J.R., Mistry S.K., Kebede G., Manohar N., Arora A (2019). Determinants of early initiation of breastfeeding in Ethiopia: a population-based study using the 2016 demographic and health survey data. *BMC Pregnancy Childbirth.*;19(1).

Johnson, K. M., & Kington, S. (2023). Research on Black Women and Breastfeeding: Assessing Publication Trends (1980-2020). *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 18(10), 790–793.

Johnston, M. L., & Esposito, N. (2007). Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(1), 9-20.

Jones KM, Power ML, Queenan JT, Schulkin J. (2015). Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med*10(4):186-96.

Jullien S. (2021). Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatr.*;21(Suppl 1):320.

Kapa, H. M., Litteral, J. L., Keim, S. A., Jackson, J. L., Schofield, K. A., & Crerand, C. E. (2022). Body Image Dissatisfaction, Breastfeeding Experiences, and Self-Efficacy in Postpartum Women with and Without Eating Disorder Symptoms. *Journal of Human Lactation*, 38(4), 089033442210765.

Karimi, F. Z., Sadeghi, R., Maleki-Saghooni, N., & Khadivzadeh, T. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact on success and duration of first breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 58(1), 1–9.

Khatatbeh, H., Pakai, A., Al-Dwaikat, T., Onchonga, D., Amer, F., Prémusz, V., & Oláh, A. (2021). Nurses' burnout and quality of life: A systematic review and critical analysis of measures used. *Nursing Open*, 9(3).

Kilci H & Coban A. (2016).The Correlation Between Breastfeeding Success in the Early Postpartum Period and the Perception of Self-Efficacy in Breastfeeding and Breast Problems in the Late Postpartum. *Breastfeed Med.*;11:188–95.

Kim S.Y. & Yi D.Y. (2020). Components of human breast milk: From macronutrient to microbiome and microRNA. *Clin. Exp. Pediatr.* 63:301–309.

Kim, T. H., Chung, S.-H., Kim, J. H., Ahn, Y., Shin, S. M., Lee, W. R., Choi, E. K., Lee, J., Shin, H.-J., Jung, E., Heo, J. S., Lee, J. A., Lee, S. M., Bae, S. P., Song, J., Kim, C.-Y., & Yi, D. Y. (2022). Survey on the Status of Breastfeeding in Korean Medical Institution Workers. *Journal of Korean Medical Science*, 37(15), e120.

Kindgren E, Fredrikson M, Ludvigsson J. (2017). Early feeding and risk of Juvenile idiopathic arthritis: a case control study in a prospective birth cohort. *Pediatr Rheumatol Online J.*;15:46.

Klaey-Tassone, M., Durand, K., Damon, F., Heyers, K., Mezrai, N., Patris, B. (2020). Human neonates prefer colostrum to mature milk: Evidence for an olfactory bias toward the “initial milk”? *American Journal of Human Biology*.

Koletzko B., Demmelmair H., Grote V., Prell C., Weber M. (2016). High protein intake in young children and increased weight gain and obesity risk. *Am. J. Clin. Nutr.* ;103:303–304.

Kouwenhoven, S. M. P., Muts, J., Finken, M. J. J., & Goudoever, J. B. van. (2022). Low-Protein Infant Formula and Obesity Risk. *Nutrients*, 14(13), 2728.

Kramer MS, Kakuma R (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* ;8:CD003517.

Kramer, M. S., Davies, N., Oken, E., Martin, R. M., Dahhou, M., Zhang, X., & Yang, S. (2018). Infant feeding and growth: putting the horse before the cart. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 107(4), 635–639.

Krebs N.F., Lozoff B., Georgieff M.K. (2017). Neurodevelopment: The Impact of Nutrition and Inflammation During Infancy in Low-Resource Settings. *Pediatrics.* ;139:S50–S58.

Krief P, Mediouni Z, Abderhalden-Zellweger A, Kerr D, Nesi S, Renteria SC, Vonlanthen J, Danuser B. (2022). Evaluation of a pilot consultation for maternity protection at work in Switzerland. *Swiss Med Wkly*,13;152:w30160.

Krikirat, P., Park, C. G., McCreary, L. L., Koenig, M. D., Abboud, S., Sansiriphun, N., & Patil, C. L. (2022). Relationships between Thai fathers’ self-efficacy to support breastfeeding and exclusive breastfeeding duration. *Midwifery*, 106, 103261.

Krol KM, Monakhov M, Lai PS, Ebstein RP, Grossmann T, (2015). Genetic variation in CD38 and breastfeeding experience interact to impact infants’ attention to social eye cues. *Proc Natl Acad SciUSA*112:5434–5442.

Królak-Olejniak B, Błasiak I, Szczygieł A. (2017). Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation. *J Int Med Res.*, 45(6):1976–84.

Kruskal, W. H., & Wallis, W. A. (1952). Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American statistical Association*, 47(260), 583-621.

Lambrinou CP, Karaglani E, Manios Y. (2019). Breastfeeding and postpartum weight loss. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 22(6):413-417.

Lara-Cinisomo S, McKenney K, Di Florio A, Meltzer-Brody S. (2017). Associations between postpartum depression, breastfeeding, and oxytocin levels in Latina mothers. *Breastfeed Med.* 12:436–442.

Lawal A.M., Idemudia E.S. Examining maternal age, breastfeeding self-efficacy and health locus of control in psychological wellbeing of mothers. *Psychol. Health Med.* 2017;22:1230–1238.

Lechosa-Muñiz, C., Paz-Zulueta, M., Sota, S. M., de Adana Herrero, M. S., del Rio, E. C., Llorca, J., & Cabero-Perez, M. J. (2020). Factors associated with duration of breastfeeding in Spain: a cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 15(1).

Lemaine, V., & Simmons, P. S. (2012). The adolescent female: Breast and reproductive embryology and anatomy. *Clinical Anatomy*, 26(1), 22–28.

Li Q, Tian J, Xu F, Binns C. (2020). Breastfeeding in China: A Review of Changes in the Past Decade. *Int J Environ Res Public Health.*, 7;17(21):8234.

Li, J.Y., Huang, Y., Liu, H.Q., Xu, J., Li, L., Redding, S. R., & Ouyang, Y.Q. (2020). The Relationship of Previous Breastfeeding Experiences and Factors Affecting Breastfeeding Rates: A Follow-Up Study. *Breastfeeding Medicine*, 12.

Li, M., Chen, J., Shen, X., Abdlla, R., Liu, L., Yue, X., & Li, Q. (2022). Metabolomics-based comparative study of breast colostrum and mature breast milk. *Food Chemistry*, 384, 132491.

Li, Y., Zhong, Y.-Y., Chen, J., Huang, X., Cong, E., & Xu, Y. (2023). Association between maternal job burnout and adolescent depression: the chain mediating effect of maternal depression and parenting style. *PubMed*, 25(2), 186–192.

Lian, W., Ding, J., Xiong, T., Liuding, J., & Nie, L. (2022). Determinants of delayed onset of lactogenesis II among women who delivered via Cesarean section at a tertiary hospital in China: a prospective cohort study. *International Breastfeeding Journal*, 17(1).

Lind, M. V., Larnkjær, A., Mølgaard, C., & Michaelsen, K. F. (2018). Breastfeeding, Breast Milk Composition, and Growth Outcomes. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series*, 63–77.

Lionetti E, Castellaneta S, Francavilla R, et al (2014). Introduction of gluten, HLA status, and the risk of celiac disease in children. *N Engl J Med.*;371:1295-1303.

Lockyer F, McCann S, Moore SE. (2021). Breast Milk Micronutrients and Infant Neurodevelopmental Outcomes: A Systematic Review. *Nutrients*. 28;13(11):3848.

Lokossou GAG, Kouakanou L, Schumacher A, Zenclussen AC. (2022). Human Breast Milk: From Food to Active Immune Response With Disease Protection in Infants and Mothers. *Front Immunol*, 13:849012.

Lönnerdal, B. (2013). Bioactive proteins in breast milk. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 49(Suppl. 1), 1-7

Lotfi, A., Shiasi, K., Amini, R., Jahangiri, M., Sharif, M. R., Akbari, H., Talari, H., Hajmobini, Z., Hami, K., & Kashani, H. H. (2016). Comparing the Effects of Two Feeding Methods on Metabolic Bone Disease in Newborns With Very Low Birth Weights. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 249–254.

Lovcevic I. (2023). Associations of breastfeeding duration and cognitive development from childhood to middle adolescence. *Acta Paediatr.* 112(8):1696-1705.

Loveday M, Hlangu S, Furin J. (2020). Breastfeeding in women living with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis.*, 1;24(9):880-891.

Lyons, G. C., Kay, M. C., Duke, N. N., Bian, A., Schildcrout, J. S., Perrin, E. M., Heerman, W. J. (2023). Social Support and Breastfeeding Outcomes Among a Racially and Ethnically Diverse Population. *American Journal of Preventive Medicine*, 64(3), 352–360.

Ma, J., Qiao, Y., Zhao, P., Li, W., Katzmarzyk, P. T., Chaput, J., Fogelholm, M., Kuriyan, R., Lambert, E. V., Maher, C., Maia, J., Matsudo, V., Olds, T., Onywera, V., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tremblay, M. S., Tudor-Locke, C., & Hu, G. (2020). Breastfeeding and childhood obesity: A 12-country study. *Maternal & Child Nutrition*, 16(3).

MacDonald, A. (2005). The pan European approach to breastfeeding. *Maternal and Child Nutrition*, 1(2), 121–122.

MacDonald, N. E. (2006). Maternal infectious diseases, antimicrobial therapy or immunizations: Very few contraindications to breastfeeding. *Paediatrics & Child Health*, 11(8), 489–491.

Macias, H., & Hinck, L. (2012). Mammary gland development. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Developmental Biology*, 1(4), 533–557.

Maleki, A., Asghari-Jafarabadi, M., & Youseflu, S. (2023). A Systematic Review of the Correlation Between Marital Relationship and Breastfeeding Self-Efficacy, and Duration of Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 18(2), 86–96.

Mangasaryan, N., Martin, L., Brownlee, A., Ogunlade, A., Rudert, C., & Cai, X. (2012). Breastfeeding Promotion, Support and Protection: Review of Six Country Programmes. *Nutrients*, 4(8), 990–1014.

Martin C.R., Ling P.R., Blackburn G.L. (2016). Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients* 8:279.

Marhefka, S. L., Sharma, V., Schafer, E. J., Turner, D., Falope, O., Louis-Jacques, A., Roig-Romero, R. M. (2018). “Why do we need a policy?” Administrators’ perceptions on breast-feeding-friendly childcare. *Public Health Nutrition*, 22(3), 553–563.

Martín-Carrasco, I., Carbonero-Aguilar, P., Dahiri, B., Moreno, I. M., & Hinojosa, M. (2023). Comparison between pollutants found in breast milk and infant formula in the last decade: A review. *Science of the Total Environment*, 875, 162461.

Martin, C., Ling, P.-R., & Blackburn, G. (2016). Review of Infant Feeding: Key Features of Breast Milk and Infant Formula. *Nutrients*, 8(5), 279.

Matare CR, Mbuya MNN, Dickin KL, Constan MA, Pelto G, Chasekwa B, Humphrey JH, Stoltzfus RJ, & Team, for the S. H. I. N. E. (SHINE) T. (2020). Maternal Capabilities Are Associated with Child Caregiving Behaviors Among Women in Rural Zimbabwe. *The Journal of Nutrition*, nxaa255. 10.1093/jn/nxaa255

Matare CR, Mbuya MNN, Pelto G, Dickin KL, Stoltzfus RJ, & Team, S. H. I. N. E. (SHINE) T. (2015). Assessing Maternal Capabilities in the SHINE Trial: Highlighting a Hidden Link in the Causal Pathway to Child Health. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 61(Suppl 7), S745–751.

McCardel, R. E., & Padilla, H. M. (2020). Assessing Workplace Breastfeeding Support Among Working Mothers in the United States. *Workplace Health & Safety*, 68(4), 216507991989035.

McGhee D. E., & Steele, J. R. (2020). Breast Biomechanics: What Do We Really Know? *Physiology*, 35(2), 144–156.

McHugh, M. L. (2013). The chi-square test of independence. *Biochimica medica*, 23(2), 143-149.

McGowan C, & Bland R. (2023). The Benefits of Breastfeeding on Child Intelligence, Behavior, and Executive Function: A Review of Recent Evidence. *Breastfeed Med.* 18(3):172-187.

McQueen, K., & Dennis, C.-L. (2009). The effects of stress and social support on postpartum women's self-efficacy and breastfeeding. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 540-550.

Meek JY, Noble L. (2022). American Academy of Pediatrics policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics.*;150 (1): e2022057988.

Mehmet Sait Değer, Mehmet Akif Sezerol, & Zeynep Meva Altaş. (2023). Breastfeeding Self-Efficacy, Personal Well-Being and Related Factors in Pregnant Women Living in a District of Istanbul. *Nutrients*, 15(21), 4541–4541.

Mendoza-Gordillo M. (2023). A qualitative analysis of the breastfeeding experiences of mothers who are nurses and nutritionists. *Journal of Communication in healthcare Strategies, Media and Engagement in global health.*

Mercan, Y., & Tari Selcuk, K. (2021). Association between postpartum depression level, social support level and breastfeeding attitude and breastfeeding self-efficacy in early postpartum women. *PLOS ONE*, 16(4), e0249538.

Meyer D.M., Brei C., Stecher L., Much D., Brunner S., Hauner H. (2017). The relationship between breast milk leptin and adiponectin with child body composition from 3 to 5 years: A follow-up study. *Pediatr. Obes.*;12:125–129.

Mgongo, M., Ickes, S. B., Leyaro, B. J., Mboya, I. B., Grounds, S., Seiger, E. R., Martin, S. L. (2024). Early infant feeding practices among women engaged in paid work in Africa: A systematic scoping review. *Advances in Nutrition*, 100179–100179.

Miller, J. D., Collins, S. M., Boateng, G. O., Widen, E. M., Natamba, B., Achoko, W., Martin, S. L. (2022). Pathways linking social support, self-efficacy, and exclusivebreastfeeding among women in northern Uganda. *Global Public Health*, 17(12), 3506–3518.

Modugno F, Goughnour SL, Wallack D, Edwards RP, Odunsi K, Kelley JL, Moysich K, Ness RB, Brooks MM. (2019). Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol.* 153(1):116-122.

Mohammed, S., Abukari, A. S., & Afaya, A. (2022). The impact of intrapartum and immediate postpartum complications and newborn care practices on breastfeeding initiation in Ethiopia: A prospective cohort study. *Maternal & Child Nutrition.*

Mohan-Kumar K., Namachivayam K., Ho T.T (2017). Cytokines and growth factors in the developing intestine and during necrotizing enterocolitis. *Semin. Perinatol.* ;41:52–60.

Mohapatra I. & Samantaray SR. (2023). Breastfeeding and Environmental Consciousness: A Narrative Review of Environmental Implications and Potential Contributions to Reduce Waste and Energy Consumption. *Cureus.* 24;15(9):e45878.

Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* ;11:CD003519.

Mosca F., Gianni M.L. (2017). Human milk: Composition and health benefits. *Pediatr. Med. Chir.* 39:155.

Moseholm E & Weis N. (2020). Women living with HIV in high-income settings and breastfeeding. *J Intern Med.* 287(1):19-31.

Moukarzel S. & Bode L (2017). Human Milk Oligosaccharides and the Preterm Infant: A Journey in Sickness and in Health. *Clin. Perinatol.* ;44:193–207.

Mukamal KJ, Clowry CM, Murray MM, Hendriks HF, Rimm EB, Sink KM, Adebamowo CA, Dragsted LO, Lapinski PS, Lazo M, Krystal JH. (2016). Moderate Alcohol Consumption and Chronic Disease: The Case for a Long-Term Trial. *Alcohol Clin Exp Res.* 40(11):2283-2291.

Mullen, A. J., O'Connor, D. L., Hanley, A. J., Piedimonte, G., Wallace, M., & Ley, S. H. (2022). Associations of Metabolic and Obstetric Risk Parameters with Timing of Lactogenesis II. *Nutrients*, 14(4), 876.

Munblit D, & Verhasselt V (2016). Allergy prevention by breastfeeding: possible mechanisms and evidence from human cohorts. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* Oct;16(5):427-33.

Muraro A., Werfel T., Hoffmann-Sommergruber K., Roberts G., Beyer K., Bindslev-Jensen C., Cardona V., Dubois A., Dutoit G., Eigenmann P. (2014) EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: Diagnosis and management of food allergy. *Allergy.* ;69:1008–1025.

Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A test for assessing whether two independent samples come from the same distribution. *Tutorials in quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13-20.

Napierala, M., Mazela, J., Merritt, T. A., & Florek, E. (2016). Tobacco smoking and breastfeeding: Effect on the lactation process, breast milk composition and infant development. A critical review. *Environmental Research*, 151(151), 321–338.

Nduagubam OC, Ndu IK, Bisi-Onyemaechi A, Onukwuli VO, Amadi OF, Okeke IB, Ogbuka FN, Ezenwosu OU, Iheji CC. (2021). Assessment of breastfeeding techniques in Enugu, South-East Nigeria. *Ann Afr Med*20(2):98-104.

Ni, Y., Chen, Q., Cai, J., Xiao, L., & Zhang, J. (2021). Three lactation-related hormones: Regulation of hypothalamus-pituitary axis and function on lactation. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 520, 111084.

Nidey, N., Groh, K., Agnoli, A., Wilder, C., Froehlich, T. E., Weber, S., & Kair, L. R. (2022). Breastfeeding Initiation and Continuation Among Women with Substance and Tobacco Use During Pregnancy: Findings from the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System 2016–2018. *Breastfeeding Medicine*, 17(6).

Nilsson, I. M. S., 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).

Nolan L.S., Parks O.B., Good M. (2019). A Review of the Immunomodulating Components of Maternal Breast Milk and Protection Against Necrotizing Enterocolitis. *Nutrients*, 12:14.

Nommsen-Rivers, L. A., Dolan, L. M., & Huang, B. (2012). Timing of Stage II Lactogenesis Is Predicted by Antenatal Metabolic Health in a Cohort of Primiparas. *Breastfeeding Medicine*, 7(1), 43–49.

Norholt H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behav Dev*. 60:101441.

Nuzzi, G., Trambusti, I., Di Cicco, M. E., & Peroni, D. G. (2021). Breast milk: more than just nutrition! *Minerva Pediatrics*, 73(2).

O'Connor, M., Allen, J., Kelly, J., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Predictors of breastfeeding exclusivity and duration in a hospital without Baby Friendly Hospital Initiative accreditation: A prospective cohort study. *Women and Birth*, 31(4), 319–324.

Oddy, W. H., Kendall, G. E., Li, J., Jacoby, P., Robinson, M., De Klerk, N. H., & Stanley, F. J. (2010). The long-term effects of breastfeeding on child and adolescent

mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *The Journal of pediatrics*, 156(4), 568-574.

Omer-Salim A., Suri S., Dadhich J.P., Faridi M.M., Olsson P. (2015). 'Negotiating the tensions of having to attach and detach concurrently': a qualitative study on combining breastfeeding and employment in public education and health sectors in New Delhi, India. *Midwifery*;31(4):473–81.

O'Shea, J. E., Foster, J. P., O'Donnell, C. P., Breathnach, D., Jacobs, S. E., Todd, D. A., & Davis, P. G. (2017). Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3).

Oommen, H., Oddbjørn Tveit, T., Eskedal, L. T., Myr, R., Swanson, D. M., & Vistad, Oyarzún, María Fernanda, et al. (2018). "Lactancia Materna, Obesidad Y Síndrome Metabólico En La Edad Escolar." *Revista Chilena de Pediatría*, vol. 89, no. 2, pp. 173–181.

Pakseresht, S., Pourshaban, F., & Bostani khalesi, Z. (2017). Comparing maternal breastfeeding self-efficacy during first week and sixth week postpartum. *Electronic Physician*, 9(2), 3751–3755.

Park Y.W., Haenlein G.F. (2013). *Milk and Dairy Products in Human Nutrition: Production, Composition and Health*. John Wiley & Sons; Chichester, UK: p. 728.

Pett, M. A. (2015). *Nonparametric statistics for health care research: Statistics for small samples and unusual distributions*. Sage Publications.

Peñacoba C, & Catala P. (2019). Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review. *Breastfeed Med.*, 14(9):616-629.

Pereira-Kotze, C., Feeley, A. B., Doherty, T., & Faber, M. (2023). Maternity protection entitlements for non-standard workers in low-and-middle-income countries and potential implications for breastfeeding practices: a scoping review of research since 2000. *International Breastfeeding Journal*, 18(1).

Pereyra-Elías R, Quigley MA, Carson C. (2022). To what extent does confounding explain the association between breastfeeding duration and cognitive development up to age 14? Findings from the UK Millennium Cohort Study. *PLoS. One*25;17(5):e0267326.

Pérez-Escamilla, R., Tomori, C., Hernández-Cordero, S., Baker, P., Barros, A. J. D., Bégin, F., Chapman, D. J., Grummer-Strawn, L. M., McCoy, D., Menon, P., Ribeiro Neves, P. A., Piwoz, E., Rollins, N., Victora, C. G., & Richter, L. (2023).

Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375).

Pezley, L., Cares, K., Duffecy, J., Koenig, M. D., Maki, P., Odoms-Young, A., Buscemi, J. (2022). Efficacy of behavioral interventions to improve maternal mental health and breastfeeding outcomes: a systematic review. *International Breastfeeding Journal*, 17(1).

Pichiri G., Lanzano D., Piras M., Dessì A., Reali A., Puddu M., Noto A., Fanos V., Coni C., Faa G., et al (2016). Human breast milk stem cells: A new challenge for perinatologists. *J. Pediatr. Neonat. Individ. Med.* ;5:e050120.

Pillay, J., & Davis, T. J. (2022). Physiology, Lactation. Retrieved from PubMedwebsite: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763156/>

Piwoz, E. G., Richter, L. M., & Victora, C. G. (2016). "Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?" *The Lancet*, 387(10017), 491-504

Plaza-Díaz J., Fontana L., Gil A. (2018). Human Milk Oligosaccharides and Immune System Development. *Nutrients*. 10:1038.

Popova S, Dozet D, Akhand Laboni S, Brower K, Temple V. (2022). Why do women consume alcohol during pregnancy or while breastfeeding? *Drug Alcohol Rev.* May;41(4):759-777.

Power C, Williams C, Brown A. (2019). Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. *Midwifery*. 78:131-139.

Prentice P, Ong KK, Schoemaker MH, et al (2016): Breast milk nutrient content and infancy growth. *Acta Paediatr*;105:641–647.

Prom, C. M., Engstrom, M. A., & Drackley, J. K. (2022). Effects of prepartum supplementation of β -carotene on colostrum and calves. *Journal of Dairy Science*, 105(11), 8839–8849.

Qu G, Wang L, Tang X, Wu W, Sun Y. (2018). Association Between Duration of Breastfeeding and Maternal Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeed Med*. 13(5):318-326.

Quesada JA, Méndez I, Martín-Gil R. (2020). The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *Int Breastfeed J*. 4;15(1):34.

Rangel, E.L., Smink, D.S., Castillo-Angeles, M., Kwakye, G., Changala, M., Haider, A.H. and Doherty, G.M. (2018). Pregnancy and Motherhood During Surgical Training. *JAMA Surgery*, 153(7), p.644.

Ramsey, K. W., Beckwith, N., Heathcock, L., Myers, T., & Balaraman, V. (2021). Advocating For a Culture of Support for Lactating Medical Residents in Hawai'i. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 80(12), 304–306

Redjala O, Sari-Ahmed M, Cherifi M, Smati L, Benhassine F, Baghriche M, Chibane A, Lopez-Sublet M, Monsuez JJ, Benkhedda S.(2021). Children hypertension in Northern Africa. *Am J Cardiovasc Dis* Apr 15;11(2):222-230.

Ren, Z., Zhang, A., Zhang, J., Wang, R., & Xia, H. (2022). Role of Perinatal Biological Factors in Delayed Lactogenesis II Among Women With Pre-pregnancy Overweight and Obesity. *Biological Research for Nursing*, 24(4).

Rigoni, E., Demétrio, D., & Luísa Zadra Passberg. (2023). Factors related to exclusive breastfeeding in the context of Primary Health Care. *CoDAS*, 35(5).

Rogers, L. K., C. J. Valentine, and S. A. Kaim (2013). "DHA supplementation: Current implications in pregnancy and childhood." *Pharmacol. Res.* 70 :13-19.

Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, Piwoz EG, Richter LM, Victora CG (2016). Lancet Breastfeeding Series Group. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 30;387(10017):491-504.

Romanelli, R., Cecchi, N., Carbone, M. G., Dinardo, M., Gaudino, G., Miraglia del Giudice, E., & Umamo, G. R. (2020). Pediatric obesity: prevention is better than care. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1).

Ross-Cowdery M, Lewis CA, Papić M, Corbelli J, Schwarz EB. (2017). Counseling About the Maternal Health Benefits of Breastfeeding and Mothers' Intentions to Breastfeed. *Matern Child Health J.* 21(2):234-241.

Rowe H., Baker T., & Hale T.W. (2015) Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1): 1-20.

Roy, A., Hossain, M. M., Ullah, Md. B., & Mridha, M. K. (2022). Maternal and neonatal peripartum factors associated with late initiation of breast feeding in Bangladesh: a secondary analysis. *BMJ Open*, 12(5), e051004.

Santacruz-Salas E, Aranda-Reneo I, Hidalgo-Vega Á, Blanco-Rodriguez JM, Segura-Fragoso A. (2019). The Economic Influence of Breastfeeding on the Health Cost of Newborns. *J Hum Lact.* 35(2):340-348.

Savino, F., Benetti, S., Liguori, S. A., Sorrenti, M., & Cordero Di Montezemolo, L. (2013). Advances on human milk hormones and protection against obesity. *Cellular and Molecular Biology*, 59(1), 89-98.

Schaefer C, Coyne JC, & Lazarus RS (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381–406.

Schindler-Ruwisch, J., Roess, A., Robert, R. C., Kuehn, D., Woody, E., Vinjamuri, S., & Thompson, P. (2021). Smoking and Race Associated with Decreased Breastfeeding Initiation and Duration Among a Low Income Population. *Breastfeeding Medicine*, 16(11).

Schirmbeck GH, Sizonenko S, Sanches EF (2022). Neuroprotective Role of Lactoferrin during Early Brain Development and Injury through Lifespan. *Nutrients*. 17;14(14):2923.

Schraw JM, Petridou ET, Bonaventure A, Dockerty JD, Karalexi M, Ntzani E, Infante-Rivard C, Clavel J, Bracci PM, McKean-Cowdin R, Roman E, Kane E, Erdmann F, Schüz J, Mueller BA, Scheurer ME. (2023). Breastfeeding and risk of childhood brain tumors: a report from the Childhood Cancer and Leukemia International Consortium. *Cancer Causes Control*. 34(11):1005-1015.

Schulpis K, & Iakovou KK. (2019). Replacement of breastfeeding with medical food for the treatment of galactosemia and phenylketonuria: maternal stress. *J Pediatr Endocrinol Metab*. 26;32(7):791-795.

Scioscia MF & Zanchetta MB. (2023). Recent Insights into Pregnancy and Lactation-Associated Osteoporosis (PLO). *Int J Womens Health*. 2;15:1227-1238.

Seldin, L., Le Guelte, A., & Macara, I. G. (2017). Epithelial plasticity in the mammary gland. *Current Opinion in Cell Biology*, 49, 59–63.

Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M. P., Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), 1178–1188.

Si, J.; Wang, C.; Zhang, D.; Wang, B.; Hou, W.; Zhou, Y (2020). Osteopontin in Bone Metabolism and Bone Diseases. *Med. Sci. Monit.*, 26, e919159.

Silveira, E. A., Mendonça, C. R., Delpino, F. M., Elias Souza, G. V., Pereira de Souza Rosa, L., de Oliveira, C., & Noll, M. (2022). Sedentary behavior, physical inactivity, abdominal obesity and obesity in adults and older adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Nutrition ESPEN*, 50(50).

Singhal A. (2016). The role of infant nutrition in the global epidemic of non-communicable disease. *Proc Nutr Soc*7, :162–168.

Skrypnik, D., Bogdański, P., Zawiejska, A., & Wender-Ożegowska, E. (2019). Role of gestational weight gain, gestational diabetes, breastfeeding, and hypertension in mother-to-child obesity transmission. *Polish Archives of Internal Medicine*, 129(4).

Slepicka, P. F., Somasundara, A. V. H., & dos Santos, C. O. (2020). The molecular basis of mammary gland development and epithelial differentiation. *Seminars in Cell & Developmental Biology*.

Smith J.P. (2019). A commentary on the carbon footprint of milk formula: harms to planetary health and policy implications. *Int Breastfeed J* ;14:49

Sodeno, M., Tappis, H., Burnham, G., & Ververs, M. (2021). Associations between caesarean births and breastfeeding in the Middle East: a scoping review. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(9), 931–940.

Souza, C. B. de, Melo, D. S., Relvas, G. R. B., Venancio, S. I., & Silva, R. P. G. V. C. da. (2023). Promoção, proteção e apoio à amamentação no trabalho e o alcance do desenvolvimento sustentável: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 1059–1072.

Soyyılmaz, B., Mikš, M. H., Röhrig, C. H., Matwiejuk, M., Meszaros-Matwiejuk, A., & Vignæs, L. K. (2021). The Mean of Milk: A Review of Human Milk Oligosaccharide Concentrations throughout Lactation. *Nutrients*, 13(8), 2737.

Spyrakou E, Magriplis E, Benetou V, Zampelas A. (2022). Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Duration in Greece: Data from the Hellenic National Nutrition and Health Survey. *Children (Basel)*. 18;9(11):1773.

Stevens, D. R., Taylor, S. N., Roberts, J. R., Neelon, B., Newman, R. B., Vena, J. E., & Hunt, K. J. (2019). Breastfeeding Initiation as Related to the Interaction of Race/Ethnicity and Maternal Diabetes. *Breastfeeding Medicine*, 14(9), 630–639.

Stevens, Danielle R., et al. (2019) “Breastfeeding Initiation as Related to the Interaction of Race/Ethnicity and Maternal Diabetes.” *Breastfeeding Medicine*, vol. 14, no. 9, pp. 630–639.

Stordal B. (2023). Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: A call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. *Cancer Med.*, 12(4):4616-4625.

Strisciuglio C, Giugliano F, Martinelli M, Cenni S, Greco L, Staiano A, Miele E. (2017). Impact of Environmental and Familial Factors in a Cohort of Pediatric Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.*, 64(4):569-574.

Su, Q., Sun, X., Zhu, L., Yan, Q., Zheng, P., Mao, Y., & Ye, D. (2021). Breastfeeding and the risk of childhood cancer: a systematic review and dose-response meta-analysis. *BMC Medicine*, 19(1).

Su, M.-Y., Broadhurst, M., Liu, C.-P., Gathercole, J., Cheng, W.-L., Qi, X.-Y., Haigh, B. (2017). Comparative analysis of human milk and infant formula derived peptides following in vitro digestion. *Food Chemistry*, 221, 1895–1903.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53.

Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, Psaltopoulou T, Chrousos G, Kreatsas G, Gryparis A, Linos A. (2016). Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important? *World J Clin Pediatr.* 8;5(3):349-57.

Tawia S, Bailey C, McGuire E, James J. (2020). Breastfeeding: Australian Breastfeeding Association volunteers are positive deviants in Australian society. *Women Birth.*, 33(4):385-390.

Tawia, S., & McGuire, L. (2014). Early weight loss and weight gain in healthy, full-term, exclusively-breastfed infants. *Breastfeeding Review: Professional Publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, 22(1), 31–42.

Tay L, Tan K, Diener E, & Gonzalez E (2013). Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A Survey and Synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 28–78.

Thai, J. D., & Gregory, K. E. (2020). Bioactive Factors in Human Breast Milk Attenuate Intestinal Inflammation during Early Life. *Nutrients*, 12(2), 581.

Theurich, M. A., Davanzo, R., Busck-Rasmussen, M., Díaz-Gómez, N. M., Brennan, C., Kylberg, E., Koletzko, B. (2019). Breastfeeding Rates and Programs in Europe. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 68(3), 400–407.

Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, Mitchell EA, McGarvey C, Tappin D, Blair PS, Hauck FR. (2017). Duration of Breastfeeding and Risk of SIDS: An Individual Participant Data Meta-analysis. *Pediatrics*.140(5):e20171324.

Thulier, D. (2017). Challenging Expected Patterns of Weight Loss in Full-Term Breastfeeding Neonates Born by Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46(1), 18–28.

Thulier, D., & Mercer, J. (2009). "Variables associated with breastfeeding duration." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(3), 259-268.

Tinius R, Rajendran N, Miller L, Menke B, Esslinger K, Maples J, Furgal K. (2020). Maternal Factors Related to Infant Motor Development at 4 Months of Age. *Breastfeed Med*. 2020 Feb;15(2):90-95.

Tohme, P., & Abi-Habib, R. (2022). Correlates of work productivity and maternal competence after having a baby: the roles of mother-infant bonding and maternal subjective experiences. *BMC Women's Health*, 22(1).

Tolppola, O., Renko, M., Sankilampi, U., Kiviranta, P., Hintikka, L., & Kuitunen, I. (2022). Pacifier use and breastfeeding in term and preterm newborns—a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Pediatrics*, 181.

Tracz, J., & Gajewska, D. (2020). Factors Influencing the Duration of Breastfeeding among Polish Women. *Journal of Mother and Child*, 24(1), 39–46.

Tristão RM, Barbosa MP, Araújo T, Neiva ER, Costa KN, De Jesus JAL, Vargas LA, Adamson-Macedo EN. (2023). Breastfeeding success and its relation to maternal pain, behaviour, mental health, and social support. *J Reprod Infant Psychol*. 1;41(3):346-361.

Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(4), 367–384.

Truva T, Valasoulis G, Pouliakis A, Gkorezi-Ntavela I, Pappa D, Bargiota A, Garas A, Grivea I, Daponte A. (2021). The Effect of a Structured Individualized Educational Intervention on Breastfeeding Rates in Greek Women. *Int J Environ Res Public Health*. 28;18(21):11359.

Tsanidou E, Gougoula V, Tselebonis A, Kontogiorgis C, Constantinidis TC, Nena E. (2019). Socio-demographic Factors Affecting Initiation and Duration of Breastfeeding in a Culturally Diverse Area of North Eastern Greece. *Folia Med (Plovdiv)*. 31;61(4):566-571.

Tsaras, K., Sorokina, T., Papathanasiou, I., Fradelos, E., Papagiannis, D., & Koulierakis, G. (2021). Breastfeeding Self-efficacy and Related Socio-demographic, Perinatal and Psychological Factors: a Cross-sectional Study Among Postpartum Greek Women. *Materia Socio Medica*, 33(3), 206.

Tschiderer L, Willeit P, Peters SAE. (2022). The cardiovascular benefits of breastfeeding to mothers. *Expert Rev Cardiovasc Ther.*, 20(8):589-592.

Tsugawa, N., Nishino, M., Kuwabara, A., Ogasawara, H., Kamao, M., Kobayashi, S., Yamamura, J., & Higurashi, S. (2021). Comparison of Vitamin D and 25-Hydroxyvitamin D Concentrations in Human Breast Milk between 1989 and 2016–2017. *Nutrients*, 13(2), 573.

Tucker, P., & Folkard, S. (2012). Working time, health and safety: a research synthesis paper.

Tuon FF, Gondolfo RB, Cerchiari N. (2017). Human-to-human transmission of Brucella - a systematic review. *Trop Med Int Health.*, 22(5):539-546.

Turner S, Mayumi Maruyama J, Matijasevich A, Pastor-Valero M. (2019). Breastfeeding and the Development of Socio-Emotional Competencies: A Systematic Review. *Breastfeed Med*14 (10):691-704.

Twigger, A.-J., & Khaled, W. T. (2021). Mammary gland development from a single cell ‘omics view. *Seminars in Cell & Developmental Biology*, 114, 171- 185.

Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Early initiation of breastfeeding up to six months among mothers after cesarean section or vaginal birth: A scoping review. *Heliyon*, 9(6), e16235.

UNICEF & WHO, (2020). Global Breastfeeding Collective. Global Breastfeeding Collective: a call to action. New York, Geneva. <https://www.globalbreastfeedingcollective.org/media/551/file>

UNICEF & WHO, (2023). Global breastfeeding scorecard 2023 rates of breastfeeding increase around the world through improved protection and support, Geneva, New York.

UNICEF (2016). HIV and nutrition.

Uvnäs-Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, Kotlowska A, Lengler L, Olza I, Grylka-Baeschlin S, Leahy-Warren P,

Hadjigeorgiu E, Villarrea S, Dencker A. (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS One*. 5;15(8):e0235806.

van der Bijl JJ & Shortridge-Baggett LM. (2001). The theory and measurement of the self-efficacy construct. *Sch Inq Nurs Pract*. Fall;15(3):189-207. PMID: 11871579.

van der Sloot KWJ, Amini M, Peters V, Dijkstra G, Alizadeh BZ. (2017) Inflammatory Bowel Diseases: Review of Known Environmental Protective and Risk Factors Involved. *Inflamm Bowel Dis*. 23(9):1499-1509.

van Deventer, P. V., & Graewe, F. R. (2016). The Blood Supply of the Breast Revisited. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 137(5), 1388–1397.

Vandenberg, L. N. (2021). Endocrine disrupting chemicals and the mammary gland. *Endocrine-Disrupting Chemicals, Advances in Pharmacology* 92, 237-277.

Verghese K, Lewis H, Lockrey S, Williams H. (2015). Packaging's role in minimizing food loss and waste across the supply chain.. *Packag Technol Sci*. 28:603–620.

Victoria CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J. (2016). Supplementary appendix to Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al, for The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* ;387:475-90

Vincent A. (2015). The Effect of Breastfeeding Self-Efficacy on Breastfeeding Initiation, Exclusivity and Duration. Retrieved from <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2863&context=dissertations>

Vieira Borba, V., Sharif, K., & Shoenfeld, Y. (2017). Breastfeeding and autoimmunity: Programming health from the beginning. *American Journal of Reproductive Immunology*, 79(1), e12778.

Vohr B.R. (2022). Neurodevelopmental outcomes of premature infants with intraventricular hemorrhage across a lifespan. *Semin. Perinatol.* ;46:151594.

Wallingford, J. C. (2023). Perspective: Assuring the Quality of Protein in Infant Formula. *Advances in Nutrition*, 14(4), 585–591.

Wagner, C. L., Baatz, J. E., Newton, D., & Hollis, B. W. (2018). Analytical considerations and general diagnostic and therapeutic ramifications of milk hormones

during lactation. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 32(1), 5–16.

Walsh, A., Pieterse, P., Mishra, N., Chirwa, E., Chikalipo, M., Msowoya, C., Matthews, A. (2023). Improving breastfeeding support through the implementation of the Baby-Friendly Hospital and Community Initiatives: a scoping review. *International Breastfeeding Journal*, 18(1).

Walter MH, Abele H, Plappert CF. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 27;12:742236.

Walters D, Horton S, Siregar AY, Pitriyan P, Hajeebhoy N, Mathisen R, Phan LT, Rudert C. (2016) The cost of not breastfeeding in Southeast Asia. *Health Policy Plan*. 31(8):1107-16.

Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. (2019). The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan*. 1;34(6):407-417.

Weissenborn A, Abou-Dakn M, Bergmann R, Both D, Gresens R, Hahn B, Hecker A, Koletzko B, Krawinkel M, Kroll D, Rouw E, Scheele M, Schwegler U, Sievers E, Sporleder E, Springer S, Vetter K, Wöckel A, Kersting M (2016). Stillhäufigkeit und Stilldauer in Deutschland – eine systematische Übersicht Breastfeeding Rates and Duration in Germany - A Systematic Review. *Gesundheitswesen.*, 78(11):695-707.

Whipps M.D., Yoshikawa H., Godfrey E. (2018). The Maternal Ecology of Breastfeeding: A Life Course Developmental Perspective. *Hum. Dev.* 61:71–95.

Whipps, M. D. M. (2016). Education Attainment and Parity Explain the Relationship Between Maternal Age and Breastfeeding Duration in U.S. Mothers. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 220–224.

Whitley J, Wouk K, Bauer AE, Grewen K, Gottfredson NC, Meltzer-Brody S, Propper C, Mills-Koonce R, Pearson B, Stuebe A. (2020). Oxytocin during breastfeeding and maternal mood symptoms. *Psychoneuroendocrinology.*, 113:104581.

WHO (2015). European Region has lowest global breastfeeding rates. World Health Organization Regional Office for Europe. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>.

WHO & UNICEF, (2018). Protecting, Promoting, and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Implementation Guidance. Geneva: World Health Organization and UNICEF.

WHO (2007). United Nations Children's Fund. Planning Guide for National Implementation of the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. WHO; Geneva, Switzerland.

WHO (2018). World health statistics 2013. Geneva. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/81965/9789241564588_eng.pdf?sequence=14.

WHO (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: World Health Organization.

WHO (2018). Ten steps to successful breastfeeding. Available at: <https://www.who.int/nutrition/bfhi/tensteps/en/>. Published August 2018.

WHO (2022). Health Topics: Breastfeeding. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.

WHO (2003). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Wigfield A, & Eccles JS. (2000). Expectancy-value theory of achievement motivation. *Contemp Educ Psychol*, 25:68–81.

Wilson J, Tay RY, McCormack C, Allsop S, Najman J, Burns L, Olsson CA, Elliott E, Jacobs S, Mattick RP, Hutchinson D. (2017). Alcohol consumption by breastfeeding mothers: Frequency, correlates and infant outcomes. *Drug Alcohol Rev*. Sep;36(5):667-676.

Wingo MT, Thomas KG, Thompson WG, Cook DA (2015). Enhancing motivation with the “virtual” supervisory role: a randomized trial. *BMC Med Educ*, 15:76.

Wisnieski, L., Kerver, J., Holzman, C., Todem, D., & Margerison-Zilko, C. (2017). Breastfeeding and Risk of Metabolic Syndrome in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Journal of Human Lactation*, 34(3), 515–525.

Wood, N. K., Penders, R. A., & Dyer, A. M. (2023). Breastfeeding Disparities Among Rural Breastfeeding Dyads in High-Income Countries: A Scoping Study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 18(11), 805–821.

Wu, J.-L., Pang, S.-Q., Jiang, X.-M., Zheng, Q.-X., Han, X.-Q., Zhang, X.-Y., & Pan, Y.-Q. (2021). Gestational Diabetes Mellitus and Risk of Delayed Onset of Lactogenesis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Breastfeeding Medicine*, 16(5), 385–392.

Xia M, Luo J, Wang J, Liang Y. (2022). Association between breastfeeding and postpartum depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 1;308:512-519.

Xu L, Lochhead P, Ko Y, Claggett B, Leong RW, Ananthakrishnan AN. (2017). Systematic review with meta-analysis: breastfeeding and the risk of Crohn's disease and ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* ;46(9):780-789.

Yakubov, Renata, et al. (2015). “The Duration of Breastfeeding and Its Association with Metabolic Syndrome among Obese Children.” *The Scientific World Journal*, vol. 2015, no. 89, p. e731319.

Yi, D. Y., & Kim, S. Y. (2021). Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients*, 13(9), 3094.

Yogita -Rochlani, N. V. (2017). Metabolic syndrome: pathophysiology, management, and modulation by natural compounds. *Ther Adv Cardiovasc Dis*, 11(8), pp. 215–225.

Yumusakhuylyu Y, Turgut ST, Icagasioglu A, Baklacioglu HS, Atlig RS, Murat S, Suer N. (2013). Bone mineral changes during pregnancy and lactation. *Gynecol Endocrinol.* 29(8):763-6.

Zanardo V., Svegliado G., Cavallin F., Giustardi A., Cosmi E., Litta P., Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth.* 2010;37(4):275–279.

Zhang F., Cheng J., Yan S., Wu H., Bai T. (2019). Early feeding behaviors and breastfeeding outcomes after cesarean section. *Breastfeed. Med.* ;14(5)

Zhang, J., Zhao, A., Lai, S., Yuan, Q., Jia, X., Wang, P., & Zhang, Y. (2021). Longitudinal Changes in the Concentration of Major Human Milk Proteins in the First Six Months of Lactation and Their Effects on Infant Growth. *Nutrients*, 13(5), 1476.

Zhang L, Wu Y, Ma Y, Xu Z, Ma Y, Zhou P. (2020). Macronutrients, total aerobic bacteria counts and serum proteome of human milk during refrigerated storage. *Food Biosci.*

Zhou Y., Wang Y., Olson J. (2017). Heparin-binding EGF like growth factor promotes neuronal nitric oxide synthase expression and protects the enteric nervous system after necrotizing enterocolitis. *Pediatr. Res.*

Zimmerman, E., & Thompson, K. (2015). Clarifying nipple confusion. *Journal of Perinatology*, 35(11), 895–899.

Zuvadelli J, Paci S, Salvatici E, Giorgetti F, Cefalo G, Re Dionigi A, Rovelli V, Banderali G. (2022). Breastfeeding in Phenylketonuria: Changing Modalities, Changing Perspectives. *Nutrients*. 5;14(19):4138.

Διαδικτυακοί σύνδεσμοι

https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/strategy5-support-breastfeeding_workplace.pdf

<https://www.cdc.gov/breastfeeding-special-circumstances/hcp/contraindications/index.html>

<https://www.unicef.org/media/150586/file/Global%20breastfeeding%20scorecard%202023.pdf>

<https://www.nsk.gr/>

<https://www.synigoros.gr/el/category/oikogeneia?page=1>

<https://www.et.gr/Index>

<https://www.aap.org/en/patient-care/breastfeeding/contraindications-to-breastfeeding/>

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/promotion_2002_18_en.htm

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1

Παραχώρηση άδειας για χρήση της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας

Καλησπέρα σας!

Ονομάζομαι Μαρκάτη Αγγελική και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο πρόγραμμα "προηγμένη και τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα" του ΠΑΔΑ στο Γ' εξάμηνο.

Στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με θέμα "Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτο-αποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό" υπό την επίβλεψη της κυρίας Αντωνίου Ευαγγελίας και Οροβού Ειρήνης, θα ήθελα να σας ρωτήσω αν έχετε πνευματικά δικαιώματα για την ελληνική έκδοση της κλίμακας για την αυτο-αποτελεσματικότητα, ώστε να τη χρησιμοποιήσω στην έρευνά μου.

Σας ευχαριστώ πολύ!

Με εκτίμηση

Μαρκάτη Αγγελική

Μαρία Ηλιάδου <mariailiad1972@yahoo.gr>

προς ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ, ΕΙΡΗΝΗ, εγώ ▼

Αγαπητή κ. Μαρκάτη,

σας ευχαριστώ πολύ για το ενδιαφέρον σας στην μεταφρασμένη σταθμισμένη κλίμακα BSES.

Σας επισυνάπτω τη μεταφρασμένη κλίμακα καθώς και τη σχετική δημοσίευσή μας.

Με εκτίμηση,

Μαρία Ηλιάδου

Μαρία Ηλιάδου

Επίκουρη Καθηγήτρια

Εργαστήριο Μαιευτικής Φροντίδας κατά την Κίνηση και τη Λοιχεία-Μητρικός Θηλασμός

Τμήμα Μαιευτικής

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Τηλ: 2105387454, E-mail: mihiad@uniwa.gr

Παράρτημα 2

Έγκριση της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας και των επιστημονικών συμβουλίων του Γενικού Νοσοκομείου Κερκύρας και του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -

ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Σαμπανιώτη

Τηλέφωνο : 2613 -600618

e-mail : protokollo@dypede.gr

ΠΡΟΣ

κ. ΜΑΡΚΑΘΗ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Η από 28/03/2024 αίτησή σας

2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική

Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο

δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του

Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.

οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση .

Σε απάντηση της παραπάνω σχετικής αίτησής σας και με την απαραίτητη προϋπόθεση να έχει προηγηθεί η θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του Γενικού Νοσοκομείου Κέρκυρας, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στα αναφερόμενα νοσοκομεία, στο πλαίσιο της δυτλωματικής σας εργασίας με τίτλο: «Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτο-αποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό», με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται δια ζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

-Π.Γ.Ν.Ι.

-Γ.Ν. Κέρκυρας

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ

Τφ. 75102

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΤΟΥ ΑΡΙΘ. 14/20-6-2024 (Θ. 14) ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΤΟΥ Δ.Σ. ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΘΕΜΑ 14: «Έγκριση διεξαγωγής μελέτης συλλογής ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Μαρκάτη Αγγελικής»

Τίθεται υπόψη του Δ.Σ. η αριθμ. πρωτ. 15171/3-6-2024 εισήγηση του Διοικητή του νοσοκομείου κ. Σπυριδωνα Δερδεμέζη που έχει ως εξής:

ΣΧΕΤ:

- α) Αριθμ. Πρωτ. Ε.Σ. 178/02-04-2024 έγγραφο του Ε.Σ.
- β) Το άρθρο 30 του Ν. 4865 (ΦΕΚ238,τ. Α, 04-12-21) το οποίο αντικαθιστά την παρ. 1 του αρ.3 Ν.2519/1997 (Α' 165)
- γ) Παρ. 2 του άρθρου 41 του Ν. 3528/2007 (ΦΕΚ 26/9-2-2007 τ. Α') «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.»
- δ) αριθμ. Δ3(α)/οικ.36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/03-06-2019τ.Β')
- ε) Άρθρο 17 μέρους ΙΑ του Ν. 4683, ΦΕΚ 83, τ. Α, 10-04-2020
- στ) Την υπ' αριθμ. 22321/29-03-2024 άδεια συλλογής από την 6^η ΥΠΕ

Σας θέτουμε υπόψη το ανωτέρω α) σκετ και σας κάνουμε γνωστό ότι το Ε.Σ. με την αριθμ. 6/12-03-2024 (Θ. 12) απόφασή του και αφού έλαβε υπόψη τη σύμφωνη γνώμη της **Επιστημονικής Επιτροπής Έρευνας, εγκρίνει** τη διεξαγωγή της μελέτης συλλογής ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ.Μαρκάτη Αγγελικής.

Η μελέτη έχει τίτλο: «Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην απόδοξηματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό.» και θα πραγματοποιηθεί με τη διανομή ερωτηματολογίων στο νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου μας, υπό την επίβλεψη της κ. Αντωνίου Ευαγγελίας Επίκουρης Καθηγήτριας του τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης του κυκλικού ωραρίου στην απόδοξηματικότητα του μητρικού θηλασμού στις Μαιέξ, τις Νοσηλεύτριες και τις Βοηθούξ Μαιέξ/Νοσηλεύτριες. Στόχοξ είναι ο υπολογισμόξ του ποσοτού του απασκλισητικού μητρικού θηλασμού στην αντίστοιχη πληθουσμιακή ομάδα επαγγελματιών υγείας καθώξ και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετιζόνται με το εργασιακό περιβάλλον, οι οποίοι σε συνδυασμό με τις εναλλασσόμενες βάρδιες μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια και την ποιότητα του μητρικού θηλασμού. Η έναρξη της μελέτης θα γίνει μετά τις σχετικές εγκρίσεις.

Συμπεριλαμβάνεται η υπ' αριθμ. 22321/29-03-2024 σχετική Άδεια από την 6^η ΥΠΕ. Εξειάστηκαν και εγκρίνονται:

- 1. Το Πρωτόκολλο
- 2. Τα ερωτηματολόγια της μελέτης

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αποδέχεται τη σχετική γραπτή διαβεβαίωση του κυρίου Ερευνητή ότι ισχύουν τα παρακάτω:

- 1. Ο ερευνητής έχει την εξειδίκευση, την εμπειρία και την δυνατότητα διεξαγωγής της μελέτης

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα	Χρόνος απασκλήσης στη μελέτη ως ποσοτό του χρόνου για το κύριο έργο (%)
----------------------------	---

2. Το κέντρο διαθέτει τον αριθμό εκείνο των ασθενών οι οποίοι θα κριθούν ότι είναι κατάλληλοι να εισαχθούν στη μελέτη.

3. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται στο πρωτόκολλο της μελέτης ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

Η διεξαγωγή της ανωτέρω μελέτης δεν θα έχει καμία οικονομική επιβάρυνση για τους συμμετέχοντες και το Νοσοκομείο μας.

Το ως άνω πρωτόκολλο είναι πλήρες και καλύπτει τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας αποφασίζει για την διενέργεια κλινικών μελετών λαμβάνοντας υπόψη τις ισχύουσες αρχές διακήρυξης του Ελσίνκι και της Ορθής Κλινικής πρακτικής (GCP) και η σύνθεσή του καλύπτει τις απαιτήσεις της Ορθής κλινικής πρακτικής.

Το Ερευνητικό πρωτόκολλο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809/03-06-2019 (ΦΕΚ 2015/Τβ/03-06-2019) Υπουργική απόφαση.

Εισηγούμαστε:

Την έγκριση διεξαγωγής μελέτης συλλογής ερευνητικών δεδομένων στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής εργασίας της κ. Μαρκάτη Αγγελικής

Το Δ.Σ. μετά από διαλογική συζήτηση αποφασίζει ομόφωνα

1. Δέχεται την παραπάνω εισήγηση ως έχει.
2. Σημειώνεται ότι η μελέτη πρέπει να πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, όπως τέθηκε σε ισχύ από την 25^η Μαΐου 2018.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
Σ. ΔΕΡΔΕΜΕΖΗΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ
Δ. ΠΕΣΧΟΣ
Ε. ΣΤΡΑΤΗΣ
Γ. ΦΛΟΥΔΑΣ
Θ. ΠΑΠΑΚΩΣΤΑΣ
Ν. ΤΖΑΜΠΟΥΡΑΣ**

**Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ**

Ακριβές απόσπασμα
Η Γραμματέας Δ.Σ.
ΠΑΠΑΦΩΤΗ ΣΤΕΛΛΑ

Παράρτημα 3

Έγγραφο συγκατάθεσης

ΕΓΓΡΑΦΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ/ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

Συμφωνώ ανεπιφύλακτα να λάβω μέρος στη διεξαγωγή έρευνας με θέμα «Η επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτό-αποτελεσματικότητα του μητρικού θηλασμού στο νοσηλευτικό προσωπικό», στο πλαίσιο εκπόνησης της ανωτέρω Διπλωματικής εργασίας εκ μέρους της Κα Μαρκάτη Αγγελικής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Προηγμένη και τεκμηριωμένη μαιευτική φροντίδα» του Τμήματος Μαιευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Σύμφωνα με την ενημέρωση που έλαβα για τους σκοπούς και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, κατανοώ ότι η συγκεκριμένη έρευνα διεξάγεται μέσω της χρήσης ανώνυμων ερωτηματολογίων και ότι όλες οι διαδικασίες που θα ακολουθηθούν θα έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα. Τα ερευνητικά δεδομένα που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και η κοινοποίηση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα έχει συγκεντρωτική μορφή, χωρίς να είναι δυνατή η αναγνώριση ούτε των ατόμων, ούτε των υγειονομικών μονάδων (π.χ. νοσοκομείων) που συμμετέχουν στην έρευνα.

Επίσης, γνωρίζω ότι, συμμετέχοντας εθελοντικά σε αυτή την έρευνα, μου παρέχεται η δυνατότητα να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια. Ακόμη, μπορώ να αρνηθώ να απαντήσω σε οποιαδήποτε ερώτηση δεν επιθυμώ, μπορώ να αποσύρω τη συγκατάθεση μου οποιαδήποτε στιγμή και να διακόψω τη συμμετοχή μου, χωρίς καμία συνέπεια.

Η συμπλήρωση και η επιστροφή του ερωτηματολογίου μου αποτελούν συγκατάθεση της συμμετοχής μου στην παρούσα έρευνα.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ

.....

Παράρτημα 4

Ερωτηματολόγιο έρευνας

Ερωτηματολόγιο 1

Παρακαλώ συμπληρώστε με μία σύντομη απάντηση όπου χρειάζεται ή επιλέξτε μία (1) από τις απαντήσεις.

Μέρος 1^ο Κοινωνικό – δημογραφικά στοιχεία

1. Ηλικία:
- 18-24
 - 25-34
 - 35-44
 - 45-55
 - Άνω των 55
2. Περιοχή μόνιμης κατοικίας:
- Αστική
 - Ημιαστική
 - Αγροτική
3. Οικογενειακή κατάσταση:
- Άγαμη
 - Έγγαμη
 - Διαζευγμένη
 - Σύμφωνο συμβίωσης
4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:
- Απόφοιτη Λυκείου
 - Απόφοιτη ΑΕΙ
 - Απόφοιτη ΤΕΙ
 - Κάτοχος Μεταπτυχιακού / Διδακτορικού τίτλου σπουδών
5. Ειδικότητα:
- Μαία
 - Νοσηλεύτρια
 - Βοηθός Μαίας/Νοσηλεύτριας
6. Κλινική / Τμήμα όπου εργάζεστε:
- Μαιευτική / Γυναικολογική
 - Αίθουσα τοκετού
7. Συνολικός χρόνος υπηρεσίας στη κλινική που εργάζεστε:
- Λιγότερο από 5 έτη
 - 5-10 έτη
 - Περισσότερο από 10 έτη
8. Συνολική επαγγελματική εμπειρία:
- Λιγότερο από 5 έτη
 - 5-10 έτη
 - Περισσότερο από 10 έτη
9. Ωράριο εργασίας:
- 1 βάρδια (Μόνο πρωινή ή μόνο απογευματινή)
 - 2 βάρδιες (Πρωινή και απογευματινή)
 - 3 βάρδιες (Κυκλικό ωράριο με νύχτες)
 - Μόνο νυχτερινή βάρδια
10. Νυχτερινές βάρδιες ανά μήνα:
- Καμία
 - 1-3
 - 4-8
 - 9-12
 - Περισσότερες από 12
- ΜΕΝΝ (Μονάδα νεογνών)
- Χειρουργική
- Παθολογική
- Παιδιατρική
- Επείγοντα
- Ορθοπαιδική
- Άλλο:.....

Μέρος 2^ο

Ερωτήσεις μαιευτικού ιστορικού και ιστορικού μητρικού θηλασμού
(Αφορούν την εγκυμοσύνη και τον τοκετό του μικρότερου παιδιού σας.)

11. Πόσα παιδιά έχετε συνολικά;
- 1
 - 2
 - 3
 - 4 ή περισσότερα
12. Τι ηλικία έχει το τελευταίο σας παιδί;
- 0-6 μηνών
 - 7-12 μηνών
 - 12-24 μηνών
 - Μεγαλύτερη των 24 μηνών
13. Με ποιο τρόπο γεννήσατε;
- Φυσιολογικός τοκετός
 - Vbac - Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή
 - Προγραμματισμένη καισαρική τομή
 - Επείγουσα καισαρική τομή
14. Ποια η ηλικία κύησης κατά τον τοκετό;
- Μικρότερη των 37 εβδομάδων
 - Μεγαλύτερη των 37 εβδομάδων
15. Το νεογνό νοσηλεύτηκε σε μονάδα εντατικής νοσηλείας νεογνών (MENN);
- Ναι
 - Όχι
16. Με ποιο τρόπο έγινε το πρώτο γεύμα του νεογνού;
- Μητρικός θηλασμός
 - Formula / Ξένο γάλα
17. Αν θηλάσατε, ο πρώτος μητρικός θηλασμός έγινε:
- Αμέσως μετά τον τοκετό
 - 1 ώρα μετά τον τοκετό
 - 4 ώρες μετά τον τοκετό
 - Εντός 12 ωρών από τον τοκετό
 - Την επόμενη μέρα
18. Ποια μέθοδο σίτισης ακολουθήσατε για το νεογνό κατά την παραμονή σας στο Μαιευτήριο;
- Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός
 - Συνδυασμός μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος (Formula)
 - Formula / Ξένο γάλα

19. Ποια μέθοδο σίτισης ακολουθήσατε για το νεογνό τις πρώτες μέρες στο σπίτι;
- Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός
 - Συνδυασμός μητρικού θηλασμού και ξένου γάλακτος (Formula)
 - Formula / Ξένο γάλα
20. Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχεδιάζατε να θηλάσετε;
- Ναι
 - Όχι
21. Αν ναι, για πόσο καιρό;
- Λιγότερο από 6 μήνες
 - 12 μήνες
 - 12-24 μήνες
 - Περισσότερο από 24 μήνες
22. Είστε ευχαριστημένη με το χρονικό διάστημα του θηλασμού βάσει των προσδοκιών σας;
- Ναι
 - Όχι
23. Πόσο διήρκησε ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός;
- Καθόλου
 - Λιγότερο από 3 μήνες
 - 3-6 μήνες
 - Περισσότερο από 6 μήνες
24. Πόσο διήρκησε συνολικά ο μητρικός θηλασμός;
- Λιγότερο από 6 μήνες
 - 6-12 μήνες
 - 1-2 έτη
 - Περισσότερο από 2 έτη
25. Ποια μέθοδο ακολουθήσατε για τη σίτιση του νεογνού με μητρικό γάλα;
- Θηλασμός
 - Αντληση
 - Και τα δύο

Μέρος 3^ο

Ερωτήσεις για τις πρακτικές που αφορούν το μητρικό θηλασμό στο εργασιακό περιβάλλον.

26. Ποια η ηλικία του βρέφους κατά την επιστροφή σας στην εργασία;

- Μικρότερη των 6 μηνών
- 6 - 12 μηνών
- 12 - 24 μηνών
- Μεγαλύτερη των 24 μηνών

27. Ποια η ηλικία του βρέφους κατά την έναρξη των νυχτερινών βαρδιών; (Παρακαλώ απαντήστε μόνο εάν εργαστήκατε σε κυκλικό ωράριο με νυχτερινή βάρδια)

- Μικρότερη των 6 μηνών
- 6 - 12 μηνών
- 12-24 μηνών
- Μεγαλύτερη των 24 μηνών

28. Τηρείται το μειωμένο ωράριο εργασίας για τον μητρικό θηλασμό;

- Ναι
- Μερικές φορές
- Όχι

29. Υπάρχει πρόσβαση σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο για άντληση μητρικού γάλακτος κατά τη διάρκεια της εργασίας;

- Ναι
- Όχι

30. Υπάρχει ο απαραίτητος εξοπλισμός (θήλαστρο, ψυγείο, δοχεία συλλογής) για την άντληση;

- Ναι
- Όχι

31. Υπάρχει διαθέσιμος χρόνος για άντληση στη διάρκεια της βάρδιας;

- Ναι
- Μερικές φορές
- Όχι

32. Έχετε ευελιξία στο προγραμματισμό των βαρδιών;

- Ναι
- Μερικές φορές
- Όχι

33. Πόσο υποστηρικτική είναι η συμπεριφορά των συναδέλφων σχετικά με συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή σας στην εργασία;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

34. Πόσο υποστηρικτική είναι η συμπεριφορά των προϊσταμένων σχετικά με συνέχιση του μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή σας στην εργασία;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

35. Πόσο υποστηρικτική είναι η συμπεριφορά του συντρόφου/συζύγου και της οικογένειάς σας σχετικά με τη συνέχιση του μητρικού θηλασμού;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

36. Πως θα αξιολογούσατε τα επίπεδα άγχους κατά την προσπάθεια συνδυασμού μητρικού θηλασμού και εργασίας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

37. Πως πιστεύετε ότι οι πρακτικές για τη συνέχιση του θηλασμού επηρεάζουν την απόδοσή σας στην εργασία;

- Θετικά
- Αρνητικά

38. Έγινε διακοπή μητρικού θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία;

- Ναι
- Όχι

39. Ποιος ο λόγος για τον οποίο διακόπηκε ο μητρικός θηλασμός; (Μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από 1 απαντήσεις)

- Συνθήκες εργασίας (κυλιόμενο ωράριο, περιβάλλον)
- Επαγγελματικά καθήκοντα
- Έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια
- Έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους προϊσταμένους
- Άγχος
- Εξάντληση / Κούραση
- Μειωμένη παραγωγή μητρικού γάλακτος
- Αδυναμία πρόσληψης βάρους στο βρέφος
- Νέα εγκυμοσύνη
- Ηλικία βρέφους άνω των 2 ετών
- Το βρέφος σταμάτησε μόνο του
- Άλλο.....

Ερωτηματολόγιο 2

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

Για κάθε μία από τις προτάσεις, σας παρακαλώ να επιλέξετε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το πόσο σίγουριά νιώθετε όταν θηλάζετε το μωρό σας. Κυκλώστε 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.	1	2	3	4	5
2. Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις.	1	2	3	4	5
3. Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα.	1	2	3	4	5
4. Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό θηλάζει σωστά σε όλη την διάρκεια του θηλασμού.	1	2	3	4	5
5. Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με την διαδικασία του θηλασμού και να είμαι ικανοποιημένη.	1	2	3	4	5
6. Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει.	1	2	3	4	5
7. Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω.	1	2	3	4	5
8. Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειάς μου.	1	2	3	4	5
9. Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού.	1	2	3	4	5
10. Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος.	1	2	3	4	5
11. Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο.	1	2	3	4	5
12. Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα.	1	2	3	4	5
13. Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό.	1	2	3	4	5
14. Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει.	1	2	3	4	5

Παράρτημα 5

Νομοθετικές διατάξεις

Νόμος 3144/2003 Άρθρο 7

Κύρωση διατάξεων της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας

Κυρώνονται και αποκτούν ισχύ νόμου οι διατάξεις των άρθρων 4, 6 και 13 της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας της 15ης Απριλίου 2002, όπως το άρθρο 6 ισχύει μετά την υπογραφείσα ερμηνευτική δήλωση, που κατατέθηκαν στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με τους αριθμούς καταθέσεως αντιστοίχως 19/29.4.2002 και 37/14.6.2002 ως εξής:

Α. Η αποζημίωση του Β.Δ. 16/18 Ιουλίου 1920, όπως διαμορφώθηκε με τις Ε.Γ.Σ.Σ.Ε. του 1989 (άρθρο 7), του 1994 (άρθρο 4), του 1996 (άρθρο 6), του 1998-1999 (άρθρο 4) και του 2000-2001 (άρθρο 5), καθορίζεται, ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας του εργατοτεχνίτη, ως εξής:

Προϋπηρεσία: Αποζημίωση Από 2 μήνες έως 1 έτος: 5 ημερομίσθια Από 1 έτος συμπληρωμένο έως 2 έτη: 7 ημερομίσθια Από 2 έτη συμπληρωμένα έως 5 έτη: 15 ημερομίσθια Από 5 έτη συμπληρωμένα έως 10 έτη: 30 ημερομίσθια Από 10 έτη συμπληρωμένα έως 15 έτη: 60 ημερομίσθια Από 15 έτη συμπληρωμένα έως 20 έτη: 95 ημερομίσθια Από 20 έτη συμπληρωμένα έως 25 έτη: 115 ημερομίσθια Από 25 έτη συμπληρωμένα έως 30 έτη: 135 ημερομίσθια Από 30 έτη συμπληρωμένα και άνω: 150 ημερομίσθια

Β.1. Οι εργαζόμενες μητέρες δικαιούνται, για χρονικό διάστημα τριάντα (30) μηνών από τον τοκετό, είτε να προσέρχονται αργότερα στην εργασία τους είτε να αποχωρούν νωρίτερα κατά μία ώρα κάθε ημέρα. Εναλλακτικά, εφόσον το ζητεί η μητέρα και συμφωνεί ο εργοδότης, το ημερήσιο ωράριο μπορεί να ορίζεται μειωμένο κατά δύο ώρες ημερησίως για τους πρώτους δώδεκα (12) μήνες και κατά μία ώρα για έξι (6) επιπλέον μήνες.

2. Την άδεια απουσίας για λόγους φροντίδας του τέκνου δικαιούται και ο πατέρας εφόσον δεν κάνει χρήση αυτής η εργαζόμενη μητέρα, αφού προσκομίσει στον εργοδότη του σχετική βεβαίωση του εργοδότη της μητέρας του τέκνου.

3. Το δικαίωμα καθυστερημένης προσέλευσης ή πρόωρης αποχώρησης της μητέρας ή του πατέρα για τη φροντίδα του τέκνου έχουν και οι θετοί γονείς από το χρόνο της υιοθεσίας τέκνου που δεν έχει υπερβεί το 6ο έτος της ηλικίας του με τους ίδιους όρους και προϋποθέσεις.

4. Την άδεια φροντίδας τέκνου δικαιούνται και οι άγαμοι γονείς.

5. Η άδεια φροντίδας του τέκνου θεωρείται και αμείβεται ως χρόνος εργασίας και δεν επιτρέπεται να προκαλεί δυσμενέστερες συνθήκες στην απασχόληση και στις εργασιακές σχέσεις.

Γ. Αυξάνεται από 29.4.2002 η εισφορά που καταβάλλουν οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι υπέρ του Οργανισμού Εργατικής Εστίας κατά 0,05%. Από 1ης Ιανουαρίου 2003 η εισφορά αυξάνεται περαιτέρω κατά 0,05% και ανέρχεται τόσο για τους εργαζόμενους όσο και για τους εργοδότες σε 0,10% (εργοδοτική και εργατική εισφορά), έτσι ώστε το συνολικό ποσοστό εισφοράς υπέρ του Οργανισμού να ανέρχεται σε 0,35% συνολικά για το κάθε μέρος.

Νόμος 2874/2000 Άρθρο 11 **Άδεια μητρότητας**

1.Κυρώνεται και αποκτά ισχύ νόμου η διάταξη του άρθρου 7 της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας της 23.5.2000 (πράξη κατάθεσης στον Υπουργό Εργασίας 31/23.5.2000), η οποία έχει ως εξής:

"Χορηγείται μία επιπλέον εβδομάδα άδειας στις εργαζόμενες μετά τον τοκετό (άδεια λοχείας).

Η συνολική διάρκεια της άδειας μητρότητας αναπροσαρμόζεται κατ' αυτόν τον τρόπο σε δεκαεπτά (17) εβδομάδες.

Κατά τα λοιπά εξακολουθούν να ισχύουν οι ρυθμίσεις του άρθρου 7 της Ε.Γ.Σ.Σ.Ε. του 1993."

2.Η καταβολή του επιδόματος λοχείας που χορηγείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν μισθωτές, αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, επεκτείνεται κατά μία (1) επιπλέον εβδομάδα και ανέρχεται σε εννέα (9) συνολικά. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 9 του ν. 2224/1994 (ΦΕΚ 112 Α').

Νόμος 2224/1994 Άρθρο 9 **Άδεια μητρότητας**

1. Κυρώνεται και αποκτά ισχύ νόμου η διάταξη του άρθρου 7 της Εθνικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας της 9.6.1993 (πράξη κατάθεσης στο Υπουργείο Εργασίας 37/11.6.1993), η οποία έχει ως εξής: "Η συνολική διάρκεια της άδειας μητρότητας ορίζεται σε δεκαέξι (16) εβδομάδες. Οκτώ (8) εβδομάδες θα χορηγούνται υποχρεωτικά πριν από την πιθανή ημερομηνία τοκετού και οι υπόλοιπες οκτώ (8) μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση που ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας θα χορηγείται υποχρεωτικά μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλίζεται χρόνος συνολικής άδειας δεκαέξι (16) εβδομάδων. Ο χρόνος αυτής της άδειας αμείβεται σύμφωνα με τις προβλεπόμενες για το θέμα αυτό διατάξεις."

2. Οι παροχές μητρότητας από ασφαλιστικούς οργανισμούς, όπως καταβάλλονται μέχρι σήμερα, επεκτείνονται και στη 16η εβδομάδα.

Νόμος 2655/2008 Άρθρο 142 **Ειδική παροχή προστασίας μητρότητας**

1. Η μητέρα που είναι ασφαλισμένη του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, και εργάζεται με σχέση εργασίας ορισμένου ή αορίστου χρόνου σε επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις, μετά τη λήξη της άδειας λοχείας και της ισόχρονης προς το μειωμένο ωράριο άδειας, όπως προβλέπεται από το άρθρο 9 της ΕΓΣΣΕ των ετών 2004 2005, δικαιούται να λάβει ειδική άδεια προστασίας μητρότητας εννέα (9) μηνών.

Αν δεν κάνει χρήση της προβλεπόμενης από την ως άνω ΕΓΣΣΕ ισόχρονης προς το μειωμένο ωράριο άδειας, η μητέρα δικαιούται αμέσως μετά τη λήξη της άδειας λοχείας την ως άνω ειδική άδεια προστασίας της μητρότητας, στη συνέχεια δε και το μειωμένο ωράριο που προβλέπεται από το άρθρο 9 της ΕΓΣΣΕ του έτους 1993, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Κατά τη διάρκεια της ως άνω ειδικής άδειας, ο Ο.Α.Ε.Δ. υποχρεούται να καταβάλλει στην εργαζόμενη μητέρα μηνιαίως ποσό ίσο με τον κατώτατο μισθό, όπως κάθε φορά καθορίζεται, καθώς και αναλογία δώρων εορτών και επιδόματος άδειας με βάση το προαναφερόμενο ποσό. Σε περίπτωση απασχόλησης μέχρι και τέσσερις (4) ώρες ημερησίως ή μέχρι δεκατρείς (13) ημέρες το μήνα, κατά τη διάρκεια του εξαμήνου, που προηγείται της άδειας κυοφορίας, το καταβαλλόμενο από τον Ο.Α.Ε.Δ. ποσό ισούται με το μισό του καθοριζόμενου ανωτέρω. Ο χρόνος της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας λογίζεται ως χρόνος ασφάλισης στους κλάδους κύριας σύνταξης και ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και στους οικείους φορείς επικουρικής ασφάλισης, οι δε προβλεπόμενες εισφορές υπολογίζονται επί του κατά περίπτωση αναφερόμενου παραπάνω ποσού, από το οποίο ο Ο.Α.Ε.Δ. παρακρατεί την προβλεπόμενη εισφορά ασφαλισμένου και την αποδίδει στους αρμόδιους φορείς μαζί με την προβλεπόμενη εισφορά εργοδότη που βαρύνει τον Ο.Α.Ε.Δ.. Ο χρόνος ασφάλισης, που έχει διανυθεί από την έναρξη ισχύος των διατάξεων του άρθρου, θεωρείται χρόνος ασφάλισης στον Κλάδο Ασθένειας σε είδος και σε χρήμα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Κατά τη διάρκεια της ειδικής άδειας προστασίας της μητρότητας, έχουν εφαρμογή οι διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 3227/2004 (Α' 31) και η 30874/23.4.2004 (Β' 1023) κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.

Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ρυθμίζονται η διαδικασία, ο τρόπος και οι λοιπές προϋποθέσεις εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια.

Την ειδική παροχή προστασίας μητρότητας, σύμφωνα με το παρόν, δικαιούνται και η τεκμαιρόμενη μητέρα του άρθρου 1464 του Αστικού Κώδικα, που αποκτά τέκνο με τη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας και η εργαζόμενη, που υιοθετεί τέκνο από την ένταξη του παιδιού στην οικογένεια και έως την ηλικία των οκτώ (8) ετών. Για την εφαρμογή του προηγούμενου εδαφίου:

α) ως «εργαζόμενη που υιοθετεί τέκνο» νοείται η εργαζόμενη γυναίκα, η οποία είναι εγγεγραμμένη στο Εθνικό Μητρώο Υποψηφίων Θετών Γονέων και μετά από απόφαση της αρμόδιας κοινωνικής υπηρεσίας παραλαμβάνει, για φροντίδα και ανατροφή με σκοπό την υιοθεσία, παιδί από κοινωνική υπηρεσία της κατά περίπτωση Μονάδας Παιδικής Προστασίας και Φροντίδας ή άλλου φορέα που έχει υπό την προστασία του το παιδί ή από τον φυσικό γονέα ή τους φυσικούς γονείς του παιδιού ακόμη και πριν την έκδοση της δικαστικής απόφασης υιοθεσίας, και

β) ως «ένταξη του παιδιού στην οικογένεια» νοείται: βα) η ημερομηνία φυσικής παράδοσης, για φροντίδα και ανατροφή με σκοπό την υιοθεσία, του παιδιού στην «εργαζόμενη που υιοθετεί τέκνο» από την κατά περίπτωση Μονάδα Παιδικής

Προστασίας και Φροντίδας ή από όποιον άλλον φορέα έχει υπό την προστασία του το παιδί, όπως αποδεικνύεται από σχετικό έγγραφο της αρμόδιας κοινωνικής υπηρεσίας, ή από τον φυσικό γονέα ή τους φυσικούς γονείς του παιδιού ακόμη και πριν την έκδοση της δικαστικής απόφασης υιοθεσίας, όπως αποδεικνύεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο που συνάπτει η «εργαζόμενη που υιοθετεί τέκνο» με τον φυσικό γονέα ή τους φυσικούς γονείς του παιδιού, ή

ββ) η ημερομηνία, κατά την οποία καθίσταται τελεσίδικη η δικαστική απόφαση που αναγνωρίζει αλλοδαπή απόφαση υιοθεσίας από την εργαζόμενη που υιοθετεί τέκνο.

2. Η μητέρα δικαιούται να μεταβιβάσει έως επτά (7) μήνες από την ειδική άδεια προστασίας μητρότητας της παρ. 1 προς τον πατέρα, αν αυτός εργάζεται με σχέση εξαρτημένης εργασίας ορισμένου ή αορίστου χρόνου σε επιχειρήσεις ή εκμεταλλεύσεις με πλήρη ή μερική απασχόληση. Για όσο χρόνο ο πατέρας λαμβάνει την άδεια που του έχει μεταβιβάσει η μητέρα, δικαιούται τις παροχές και τις συνέπειες ως προς την ασφαλιστική κάλυψη της παρ. 1. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων ρυθμίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη μεταβίβαση της ειδικής άδειας προστασίας μητρότητας, σύμφωνα με το πρώτο εδάφιο, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παρούσας.

Νόμος 3528/2007 Άρθρο 52

Άδειες μητρότητας και προγεννητικού ελέγχου - Εξουσιοδοτική διάταξη

1. Στις υπαλλήλους οι οποίες κυοφορούν, χορηγείται άδεια μητρότητας με πλήρεις αποδοχές δύο (2) μήνες πριν και τρεις (3) μήνες μετά τον τοκετό. Σε περίπτωση απόκτησης τέκνου πέραν του 3ου, η μετά τον τοκετό άδεια προσαυξάνεται κάθε φορά κατά δύο (2) μήνες. Η άδεια λόγω κυοφορίας χορηγείται ύστερα από βεβαίωση του θεράποντος ιατρού για τον πιθανολογούμενο χρόνο τοκετού. Σε περίπτωση πολύδυμης κύησης, η άδεια λοχείας αυξάνεται κατά ένα (1) μήνα για κάθε τέκνο πέραν του ενός.

2. Όταν ο τοκετός πραγματοποιείται σε χρόνο μεταγενέστερο από αυτόν που είχε πιθανολογηθεί αρχικά, η άδεια που είχε χορηγηθεί, παρατείνεται μέχρι την πραγματική ημερομηνία του τοκετού, χωρίς αυτή η παράταση να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση του χρόνου της άδειας που χορηγείται μετά τον τοκετό. Όταν ο τοκετός πραγματοποιηθεί σε χρόνο προγενέστερο από αυτόν που είχε αρχικά πιθανολογηθεί, το υπόλοιπο της άδειας χορηγείται μετά τον τοκετό, ώστε να εξασφαλιστεί συνολικός χρόνος άδειας πέντε (5) μηνών.

3. Σε κυοφορούσες υπαλλήλους που έχουν ανάγκη ειδικής θεραπείας, μετά την εξάντληση της αναρρωτικής άδειας με αποδοχές, χορηγείται κανονική άδεια κυοφορίας με αποδοχές, μετά από βεβαίωση θεράποντος ιατρού και διευθυντή γυναικολογικής ή μαιευτικής κλινικής ή τμήματος δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος.

4. Οι υπάλληλοι που κυοφορούν δύνανται να απουσιάζουν δικαιολογημένα από την υπηρεσία, όπου υπηρετούν, χωρίς περικοπή αποδοχών, κατόπιν προηγούμενης ενημέρωσης της υπηρεσίας, προκειμένου να υποβάλλονται σε εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου, εφόσον αυτές οι εξετάσεις μπορούν να γίνουν μόνο κατά τη διάρκεια του χρόνου εργασίας. Η άδεια χορηγείται με απόφαση του αρμοδίου

οργάνου κατ' αρχάς για ορισμένες ώρες και σε εξαιρετικές περιπτώσεις για όλη την ημέρα, ανάλογα με το είδος της εξέτασης προγεννητικού ελέγχου. Για τη δικαιολόγηση της απουσίας και τη χορήγηση της άδειας συνυποβάλλεται βεβαίωση πραγματοποίησης της εξέτασης και της ώρας που αυτή πραγματοποιήθηκε από τον φορέα ή τον ιατρό που πραγματοποίησε την εξέταση. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών δύνανται να καθορίζονται περαιτέρω οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη νόμιμη απαλλαγή της υπαλλήλου, σύμφωνα με την παρούσα, καθώς και κάθε άλλο θέμα σχετικό με την εφαρμογή της.

5. Επιδόματα λόγω τοκετού, που καταβλήθηκαν στην υπάλληλο νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου λόγω υποχρεωτικής ασφάλισης σε ασφαλιστικούς οργανισμούς, εκπίπτουν από τις αποδοχές που καταβάλλονται κατά τη διάρκεια της άδειας μητρότητας, εφόσον η ασφάλιση θεμελιώνεται και σε συνεισφορά του νομικού προσώπου.

Νόμος 3205/2003 Άρθρο 11

Οικογενειακή παροχή

1. Για την ενίσχυση της οικογένειας των υπαλλήλων, που εμπίπτουν στις ρυθμίσεις του παρόντος νόμου, χορηγείται μηνιαία οικογενειακή παροχή, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των υπαλλήλων, ως εξής:

α. Για έγγαμο υπάλληλο, χωρίς ή με ενήλικα τέκνα, τριάντα πέντε ευρώ (35 Ε).

«β. Για υπάλληλο με τέκνα ανήλικα ή ανίκανα σωματικά ή πνευματικά για άσκηση βιοποριστικού επαγγέλματος με ποσοστό αναπηρίας πενήντα τοις εκατό (50%) τουλάχιστον, η ανωτέρω παροχή προσαυξάνεται κατά δεκαοκτώ ευρώ (18 ευρώ) για καθένα από τα δύο πρώτα τέκνα, κατά σαράντα επτά ευρώ (47 ευρώ) για καθένα από το τρίτο και τέταρτο και κατά εβδομήντα τρία ευρώ (73 ευρώ) για καθένα από το πέμπτο τέκνο και άνω.»

Η κατά τα ανωτέρω προσαύξηση χορηγείται για τέκνα προερχόμενα από γάμο, φυσικά, θετά ή αναγνωρισθέντα, εφόσον είναι άγαμα και δεν υπερβαίνουν το 18ο έτος της ηλικίας τους ή το 19ο έτος, εφόσον φοιτούν στη Μέση Εκπαίδευση.

2. Ειδικά, για τέκνα που φοιτούν στην ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση, καθώς και σε Ινστιτούτα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.), η προσαύξηση της προηγούμενης παραγράφου παρέχεται μόνο κατά το χρόνο φοίτησής τους, όπως αυτός προβλέπεται από τον οργανισμό κάθε Σχολής, σε καμιά όμως περίπτωση πέρα από τη συμπλήρωση του 24ου έτους της ηλικίας τους

3. Για τη διακοπή της προσαύξησης της παροχής αυτής, λόγω συμπλήρωσης των ανωτέρω, κατά περίπτωση, ορίων, ως ημέρα γέννησης των παιδιών θεωρείται η 31 η Δεκεμβρίου του έτους γέννησής τους και προκειμένου περί φοιτητών ή σπουδαστών, η λήξη του ακαδημαϊκού ή σπουδαστικού έτους.

4. Σε περίπτωση θανάτου του ενός των συζύγων ο επιζών σύζυγος, εφόσον είναι υπάλληλος και έχει τέκνα για το οποία δικαιολογείται η καταβολή της προσαύξησης της οικογενειακής παροχής, εξακολουθεί να λαμβάνει στο ακέραιο την παροχή της

παραγράφου 1.α του άρθρου αυτού, μέχρι τη συμπλήρωση των προϋποθέσεων για τη διακοπή της προσαύξεσης λόγω τέκνων. Το ίδιο ισχύει και προκειμένου περί συζύγων που τελούν σε διάζευξη ή διάσταση, καθώς και για άγαμους γονείς.

Νόμος 4097/2012 Άρθρο 6 **Παροχές μητρότητας**

1. Στις αυτοαπασχολούμενες εργαζόμενες γυναίκες μπορεί να χορηγείται επίδομα μητρότητας, το οποίο επιτρέπει την προσωρινή διακοπή του επαγγέλματός τους, λόγω εγκυμοσύνης ή μητρότητας, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 14 εβδομάδων.

Το ως άνω επίδομα μπορεί να χορηγείται και στις κυοφόρους αυτοαπασχολούμενες γυναίκες, τις τεκμαιρόμενες αυτοαπασχολούμενες μητέρες του άρθρου 1464 του Αστικού Κώδικα και στις αυτοαπασχολούμενες γυναίκες που υιοθετούν τέκνο ηλικίας έως δύο ετών.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας καθορίζονται ο φορέας, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησης του επιδόματος, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα για την εφαρμογή της παραγράφου 1.

Νόμος 1483/1984 Άρθρο 15 **Προστασία μητρότητας.**

1. Απαγορεύεται και είναι απόλυτα άκυρη η καταγγελία της σύμβασης ή σχέσης εργασίας εργαζομένης από τον εργοδότη της τόσο κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της όσο και για χρονικό διάστημα δέκα οκτώ (18) μηνών μετά τον τοκετό ή κατά την απουσία της για μεγαλύτερο χρόνο, λόγω ασθένειας που οφείλεται στην κύηση ή τον τοκετό, καθώς και η καταγγελία της σύμβασης ή σχέσης εργασίας εργαζομένου πατέρα από τον εργοδότη του για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών μετά τον τοκετό, εκτός εάν υπάρχει σπουδαίος λόγος για καταγγελία της σύμβασης εργασίας. Η προστασία από την καταγγελία της σύμβασης ή σχέσης εργασίας ισχύει τόσο έναντι του εργοδότη στον οποίο ο/η εργαζόμενος/η γονέας προσλαμβάνεται, χωρίς να έχει προηγουμένως απασχοληθεί αλλού, πριν συμπληρώσει τη διάρκεια της προστασίας του πρώτου εδαφίου, όσο και έναντι του νέου εργοδότη, στον οποίο ο/η εργαζόμενος/η γονέας προσλαμβάνεται, και μέχρι τη συμπλήρωση του χρονικού διαστήματος που προβλέπεται στο πρώτο εδάφιο. Ως σπουδαίος λόγος δεν μπορεί να θεωρηθεί ενδεχόμενη μείωση της απόδοσης στην εργασία της εγκύου, που οφείλεται στην εγκυμοσύνη ή στις οικογενειακές υποχρεώσεις του εργαζόμενου γονέα, κατά την έννοια του άρθρου 33.

2. Ο Νόμος 1302/1982 (ΦΕΚ 133 τ. Α'), ο Νόμος 1414/84 (ΦΕΚ 10 τ.Α'), όπως και κάθε διάταξη που αναφέρεται στην προστασία της μητρότητας εφαρμόζεται και στους εργαζόμενους με σχέση έμμισθης εντολής.

3. Η προστασία έναντι της καταγγελίας της σχέσης εργασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, ισχύει και για τις εργαζόμενες που υιοθετούν τέκνο ηλικίας έως έξι (6) ετών, με χρονική αφετηρία την τοποθέτηση του τέκνου στην

οικογένεια, καθώς και για τις εργαζόμενες που εμπλέκονται στη διαδικασία της παρένθετης μητρότητας, είτε ως τεκμαιρόμενες μητέρες, με χρονική αφετηρία τη γέννηση του παιδιού, είτε ως κυοφόροι γυναίκες.

Προεδρικό Διάταγμα 41/2003 Άρθρο 2 Τροποποίηση του Π.Δ. 176/1997

1. Η παράγραφος 5 του άρθρου 1 αντικαθίστανται ως εξής:
"5. Οι διατάξεις του παρόντος διατάγματος εφαρμόζονται και στο ένστολο προσωπικό των ενόπλων δυνάμεων και των σωμάτων ασφαλείας και στο οικιακό υπηρετικό προσωπικό."

2. Οι περιπτώσεις (α), (β) και (γ) του άρθρου 2 αντικαθίστανται ως εξής:
"α. Έγκυος εργαζόμενη: Κάθε εργαζόμενη γυναίκα που βρίσκεται σε κατάσταση εγκυμοσύνης και έχει πληροφορήσει τον εργοδότη της για την κατάστασή της εφ' όσον τούτο απαιτείται για τη λήψη θετικού μέτρου υπέρ της εγκύου.
β. Λεχώνα εργαζόμενη: Κάθε εργαζόμενη γυναίκα που διανύει το στάδιο μετά τον τοκετό, για χρονικό διάστημα μέχρι δύο μηνών και έχει πληροφορήσει τον εργοδότη της για την κατάστασή της εφ' όσον τούτο απαιτείται για τη λήψη θετικού μέτρου υπέρ της λεχώνας.
γ. Γαλουχούσα εργαζόμενη: Κάθε εργαζόμενη γυναίκα που γαλουχεί για χρονικό διάστημα μέχρι ένα έτος από τον τοκετό και έχει πληροφορήσει σχετικά τον εργοδότη της εφ' όσον τούτο απαιτείται για τη λήψη θετικού μέτρου υπέρ της γαλουχούσας."

Κοινή Υπουργική Απόφαση (Κ.Υ.Α) αριθ. πρωτ.: Φ.10060/15858/606/7.10.2014 Καθορισμός διαδικασίας και δικαιολογητικών για τη χορήγηση επιδόματος μητρότητας στις άμεσα ασφαλισμένες του Ε.Τ.Α.Α., κατ' εφαρμογή του άρθρου 6 του Ν. 4097/2012 (Α' 235)

Αριθμ. Φ. 10060/15858/ 606/7/10/2014

(ΦΕΚ Β' 2665/08-10-2014)

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ – ΕΡΓΑΣΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 4097/2012 (Α' 235) «Εφαρμογή της αρχής της ίσης μεταχείρισης ανδρών και γυναικών κατά την άσκηση αυτοτελούς επαγγελματικής δραστηριότητας – Εναρμόνιση της νομοθεσίας με την Οδηγία 2010/41/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου».
2. Τις διατάξεις της παρ. 1Γ του άρθρου 47 του Ν. 4075/2012 (Α' 89) και της υπουργικής απόφασης αριθ. Φ. 10060/13503/569/21.5.2013 (Β' 1306) «Καθορισμός εισφορών Λογαριασμού Παροχών σε Χρήμα του Ενιαίου Ταμείου Αυτοτελώς Απασχολουμένων (ΕΤΑΑ)».
3. Τις διατάξεις του άρθρου 90 του Π. Δ/τος 63/2005 (Α' 98) «Κώδικα Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά Όργανα».
4. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 86/2012 (Α' 141) «Διορισμός Υπουργών, Αναπληρωτών Υπουργών και Υφυπουργών»,

5. Τις διατάξεις της κοινής απόφασης του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας αριθ. οικ. 20894/61/20.6.2014 (Β' 1634) και οικ.27695/77/8.8.2014(Β' 2244) «Καθορισμός αρμοδιοτήτων των Υφυπουργών Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Βασιλείου Κεγκέρογλου, Αντωνίου Μπέζα και Ιωάννη Πλακιωτάκη».
6. Τις διατάξεις της Υ.48/09.7.2012 (Β' 2105) απόφασης Πρωθυπουργού «Καθορισμός αρμοδιοτήτων του Αναπληρωτή Υπουργού Οικονομικών Χρήστου Σταϊκούρα».
7. Την αριθ. 2/290/29.5.2014 απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Τ.Α.Α.
8. Την αριθ. 20782/1427/21.7.2014 οικονομική έκθεση του Τμήματος Αναλογιστικών Μελετών της Διεύθυνσης Οικονομικής Εποπτείας και Επιθεώρησης Νομικών Προσώπων του Υπουργείου Εργασίας Κοιν. Ασφάλισης και Πρόνοιας.
9. Την αριθ. 202493/18.9.2014 απόφαση ανάληψης υποχρέωσης (ΑΔΑ: 7ΥΖΙΟΡΕ1-4ΟΔ).
10. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται ετήσια επιβάρυνση ύψους 1.548.000 € περίπου, η οποία θα καλύπτεται από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του Λογαριασμού Παροχών σε Χρήμα του Ε.Τ.Α.Α., ΚΑΕ 0685, εντός του εγκεκριμένου από το εκάστοτε ΜΠΔΣ ορίου δαπανών για τα ασφαλιστικά ταμεία. Για το τρέχον έτος η ανωτέρω δαπάνη περιορίζεται στο ποσό των 387.000 ΕΥΡΩ περίπου και θα καλυφθεί από τον Π/Υ του Λογαριασμού Παροχών σε Χρήμα του Ε.Τ.Α.Α. (ΚΑΕ 0685),

αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

Αυτοαπασχολούμενες γυναίκες, άμεσα ασφαλισμένες του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολουμένων (Ε.Τ.Α.Α.), οι οποίες ασκούν αποκλειστικά ελεύθερο επάγγελμα, δικαιούνται λόγω κυοφορίας και λοχείας, μηνιαίο επίδομα μητρότητας, ύψους διακοσίων (200) € για χρονικό διάστημα τεσσάρων (4) μηνών.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση του επιδόματος αυτού είναι η ύπαρξη ασφαλιστικής ικανότητας για παροχές ασθένειας σε είδος, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος αποκλειστικά. Για τη χορήγηση απαιτείται η υποβολή των κάτωθι δικαιολογητικών:

- α) Αίτηση της ασφαλισμένης στον οικείο Τομέα Ασφάλισης του ΕΤΑΑ
- β) Ληξιαρχική πράξη γέννησης του τέκνου ή βεβαίωση γιατρού του μαιευτηρίου για την πραγματοποίηση του τοκετού
- γ) Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/1985 ότι ασκεί αποκλειστικά ελεύθερο επάγγελμα και δεν δικαιούται από άλλο ασφαλιστικό οργανισμό επίδομα μητρότητας.

Άρθρο 2

Η αρμόδια υπηρεσία του Ε.Τ.Α.Α. μετά τον έλεγχο των υποβληθέντων δικαιολογητικών και τη διαπίστωση της ασφαλιστικής ικανότητας, καταβάλλει στην ασφαλισμένη, εφάπαξ, το επίδομα μητρότητας, σύμφωνα με τα παραπάνω οριζόμενα.

Άρθρο 3

Η αίτηση για χορήγηση του εν λόγω επιδόματος υποβάλλεται από την ασφαλισμένη εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία τοκετού. Προϊσχύουσες διατάξεις των κανονισμών των Τομέων του Κλάδου Υγείας του ΕΤΑΑ που παρέμεναν σε ισχύ ως προς τις παροχές μητρότητας και μετά την ένταξη του

Κλάδου Υγείας στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., παύουν να ισχύουν από την ημερομηνία δημοσίευσης της παρούσας απόφασης. Η ισχύς της απόφασης αρχίζει από την ημερομηνία δημοσίευσης στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως».

Παράρτημα 6

Ταξινομικό σύστημα φαρμάκων στο μητρικό θηλασμό κατά Hale.

Το ταξινομικό σύστημα που έχει προταθεί από τον Thomas. W. Hale (2006) κατατάσσει τα φάρμακα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν στον θηλασμό σε 5 κατηγορίες:

L1 ΠΛΕΟΝ ΑΣΦΑΛΗ: Φάρμακα που λαμβάνονται από μεγάλο αριθμό θηλαζουσών, χωρίς παρατηρούμενη αύξηση παρενεργειών στο βρέφος. Ελεγχόμενες μελέτες γι' αυτά σε θηλάζουσες γυναίκες δείχνουν: απουσία κινδύνου για το παιδί, ή πολύ μικρή πιθανότητα βλάβης σε αυτό, ή μη απορρόφηση του φαρμάκου από το γαστρεντερικό σωλήνα του παιδιού.

L2 ΑΣΦΑΛΗ: Φάρμακα που μελετήθηκαν σε μικρό αριθμό θηλαζουσών, χωρίς να παρουσιάσουν παρενέργειες στα βρέφη. Τα στοιχεία που υπάρχουν δείχνουν μικρό κίνδυνο για το βρέφος από τη χρήση τους σε μητέρες που θηλάζουν.

L3 ΜΕΤΡΙΩΣ ΑΣΦΑΛΗ: Δεν υπάρχουν μελέτες σε θηλάζουσες για τη χρήση του φαρμάκου, ωστόσο ο κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών είναι πιθανός ή οι μελέτες δείχνουν ελάχιστες, μη απειλητικές για τη ζωή παρενέργειες. Τα φάρμακα πρέπει να δίδονται εάν το όφελος είναι μεγαλύτερο από το δυνητικό κίνδυνο για το παιδί.

L4 ΠΙΘΑΝΟΝ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ: Υπάρχουν ενδείξεις κινδύνου για το θηλάζον βρέφος ή για την παραγωγή γάλακτος. Η χρήση ωστόσο στην μητέρα μπορεί να είναι αποδεκτή, εάν τα οφέλη για την μητέρα είναι σημαντικά παρά τον κίνδυνο για το βρέφος (π.χ. φάρμακα που δίδονται για μια κατάσταση απειλητική για τη ζωή της μητέρας ή για μια σοβαρή ασθένεια της μητέρας, όπου ασφαλέστερα φάρμακα δεν υπάρχουν ή είναι αναποτελεσματικά). Στην περίπτωση αυτή πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενη προσωρινής διακοπής του θηλασμού ή της συνέχισής του υπό προϋποθέσεις.

L5 ΑΝΤΕΝΔΕΙΚΝΥΝΤΑΙ: Μελέτες σε θηλάζουσες έχουν δείξει ότι υπάρχει σοβαρός και τεκμηριωμένος κίνδυνος για το βρέφος, βασισμένος στην εμπειρία ή ότι είναι ένα φάρμακο που έχει υψηλή πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στο βρέφος. Ο κίνδυνος από τη χρήση του φαρμάκου σε μια θηλάζουσα σαφώς υπερέρχει οποιουδήποτε οφέλους που προκύπτει από τον θηλασμό. Το φάρμακο αντενδείκνυται σε θηλάζουσες.