



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

**ΠΜΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

### **Διπλωματική Εργασία**

**Μεταγεννητικός μητρικός δεσμός, γενική υγεία και  
συμπεριφορές θηλασμού σύμφωνα με τον τύπο τοκετού, στην  
άμεση περίοδο της λοχείας- Μια συγκριτική μελέτη**

**Παυλή Μαρία**

**ΑΜ: 20052**

**Επιβλέπουσα: Σαραντάκη Αντιγόνη**

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Αθήνα, Μάρτιος 2023**



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF HEALTH AND  
CARE SCIENCES**

**DEPARTMENT OF MIDWIFERY**

**MSc in Advanced and Evidence-based Midwifery Care**

**Diploma Thesis**

**Postnatal attachment, general health, and breastfeeding  
behaviors according to the type of delivery in the immediate  
postpartum period- A comparative study**

**Pavli Maria**

**Registration Number: 20052**

**Supervisor name and surname:**

**Sarantaki Antigoni**

**Associate professor**

**Athens, March 2023**



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

**ΠΜΣ ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ**  
**ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**Μεταγεννητικός μητρικός δεσμός, γενική υγεία και συμπεριφορές θηλασμού σύμφωνα με τον τύπο τοκετού, στην άμεση περίοδο της λοχείας- Μια συγκριτική μελέτη**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

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

<b>Α/α</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΣΑΡΑΝΤΑΚΗ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ	
2	ΜΑΡΙΑ ΔΑΓΛΑ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ	
3	ΜΑΡΙΑ ΗΛΙΑΔΟΥ	ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΜΕΛΟΣ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Παυλή Μαρία του Αντωνίου, με αριθμό μητρώου 20052 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Προηγμένη και Τεκμηριωμένη Μαιευτική Φροντίδα του Τμήματος Μαιευτική 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 τον Μάρτιο 2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Η Δηλούσα



Παυλή Μαρία

**\* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα**

**Αντιγόνη Σαραντάκη**

**Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)**

**Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα**

(Υπογραφή)

***\* Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):***

<https://www.uniwa.gr/wp->

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

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	8
ABSTRACT.....	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΔΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ .....	12
1.1. Ο ρόλος της ωκυτοκίνης .....	12
1.2. Θεωρίες δεσμού και προσκόλλησης .....	13
1.3. Η σημασία και τα οφέλη από τη δημιουργία του πρώιμου δεσμού .....	16
1.4. Η προώθηση του δεσμού.....	18
1.5. Εμπόδια στη δημιουργία δεσμού .....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ .....	32
2.1. Ο μητρικός θηλασμός και η ανάπτυξη του δεσμού προσκόλλησης .....	32
2.2. Θηλασμός μετά από κοιλιακό τοκετό και καισαρική τομή.....	38
2.3. Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος.....	39
2.3.1. Τα οφέλη του θηλασμού για τα παιδιά .....	40
2.3.2. Τα οφέλη του θηλασμού για τις μητέρες τους .....	43
2.4. Οι πρακτικές που προωθούν την έναρξη του θηλασμού.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	47
3.1. Σκοπός.....	47
3.2. Ερευνητικά ερωτήματα .....	47
3.3. Μεθοδολογικό εργαλείο.....	47
3.4. Μέθοδος συλλογής δεδομένων .....	49

3.5. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων .....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....	52
4.1. Οι ποσοστιαίες συχνότητες των δημογραφικών πληροφοριών και μαιευτικών επιπλοκών.....	52
4.2. Οι ποσοστιαίες συχνότητες της παρούσας περίπτωσης .....	61
4.3. Οι ποσοστιαίες συχνότητες της επιλόχειας περιόδου .....	67
4.4. Τα αποτελέσματα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων και την επίδραση τους στο θηλασμό και την ποιότητα δεσμού.....	71
4.5. Τα αποτελέσματα για τον τρόπο γέννησης .....	72
ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	78

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Ο σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του μεταγεννητικού δεσμού μητέρας – νεογνού και των συμπεριφορών θηλασμού στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά και των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή.

**Δείγμα:** 100 γυναίκες από το νησί της Ρόδου που γέννησαν από τον Ιανουάριο ως τον Οκτώβριο του 2022.

**Ερευνητικό εργαλείο:** Το ερευνητικό εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο που χωρίζεται σε τέσσερα τμήματα. Στο πρώτο μέρος υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με τις δημογραφικές πληροφορίες και τις μαιευτικές επιπλοκές. Το δεύτερο μέρος αποτελείται από το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας και το τρίτο από το ερωτηματολόγιο του μεταγεννητικού δεσμού. Το τελευταίο μέρος αποτελείται από το εργαλείο αξιολόγησης θηλασμού.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος είχε γεννηθεί από το 1986 ως το 1990. Ήταν έγγαμες, απόφοιτοι ΑΕΙ και ιδιωτικοί υπάλληλοι. Είχαν γεννήσει με καισαρική τομή και κατά τη διάρκεια του τοκετού είχε χορηγηθεί αναισθησία. Όσες γυναίκες είχαν γεννήσει φυσιολογικά είχαν καλύτερη ποιότητα δεσμού με τα μωρά τους και μεγαλύτερη απουσία εχθρότητας. Όσες γυναίκες είχαν γεννήσει πρόωρα, με καισαρική τομή είχαν την μεγαλύτερη ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση με τα μωρά τους. Η οικογενειακή κατάσταση των μητέρων επηρεάζει το δεσμό που δημιουργούν με τα μωρά τους. Ο τοκετός τους επηρέασε τη δημιουργία αυτού του δεσμού. Οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά είχαν καλύτερη ποιότητα δεσμού και μεγαλύτερη απουσία εχθρότητας. Οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή είχαν μεγαλύτερα επίπεδα ευχαρίστησης στην αλληλεπίδραση με τα μωρά τους. Ο τρόπος με τον οποίο γέννησαν οι μητέρες δεν επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού. Ο μεταγεννητικός δεσμός μητέρας βρέφους δε συνδέεται με τον επιτυχή θηλασμό.

**Συμπεράσματα:** Ο τοκετός δεν επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού, αλλά μόνο τη δημιουργία δεσμού. Ο μεταγεννητικός θηλασμός δεν συνδέεται με την επιτυχία στο θηλασμό. Το μόνο δημογραφικό χαρακτηριστικό των μητέρων που φαίνεται ότι



επηρεάζει το δεσμό που δημιουργούν με τα μωρά τους είναι η οικογενειακή κατάσταση.

Λέξεις κλειδιά: μεταγεννητικό δεσμός, τοκετός, καισαρική τομή, θηλασμός

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The purpose of the paper is to investigate the mother-infant bond postnatally and breastfeeding behaviors in the immediate postpartum period of women who gave birth naturally and women who gave birth by caesarean section.

**Sample:** 100 women from the island of Rhodes who gave birth either vaginally or by c/section between January and October 2022.

**Research instrument:** The research instrument was the questionnaire divided into four sections. In the first part there are questions about demographic information and obstetric history. The second part consists of the general health questionnaire and the third part of the postpartum bond questionnaire. The last part consists of the breastfeeding tool.

**Results:** The majority of the sample was born between 1986 and 1990. They were married, university graduates and private employees. They had delivered by caesarean section and anesthesia had been administered during the delivery. Those women who had given birth naturally had a better bond quality with their babies and a higher absence of hostility. Those women who had given birth prematurely by caesarean section had the greatest pleasure in interacting with their babies. Mothers' marital status affects the bonding that occurs with their babies. Their childbirth influenced the creation of this bond. Women who gave birth naturally had better bond quality and greater absence of hostility. Women who gave birth prematurely by caesarean section had greater levels of pleasure in interacting with their babies. How mothers gave birth does not affect breastfeeding success. Postnatal mother-infant bonding is not associated with successful breastfeeding.

**Conclusions:** Childbirth does not affect breastfeeding success, but it does with bonding. Postpartum breastfeeding is not associated with breastfeeding success. The only demographic characteristic of mothers that appears to influence the bonding that affects their babies is marital status.

**Key words:** postpartum attachment, bonding, childbirth, caesarean section, breastfeeding

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το μεταγεννητικό δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό καθώς επίσης και τις συμπεριφορές που αναπτύσσονται στο θηλασμό στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά και των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή.

Η εργασία είναι σημαντική γιατί η παγκόσμια βιβλιογραφία ανέδειξε πως ο τρόπος τοκετού επηρεάζει τόσο τη δημιουργία του δεσμού όσο και τις συμπεριφορές του θηλασμού. Η εργασία αποτελείται από δύο κεφάλαια στο θεωρητικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό και στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο μητρικό θηλασμό.

Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας αναλύεται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα. Στη συνέχεια αναλύονται τα ερευνητικά εργαλεία, η μέθοδος συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και στα συμπεράσματα συνοψίζονται τα κύρια ευρήματα. Στα συμπεράσματα αναφέρονται ορισμένοι περιορισμοί της έρευνας και δίνονται κατευθύνσεις για περαιτέρω έρευνες.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΔΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΝΕΟΓΝΟΥ

## 1.1. Ο ρόλος της ωκυτοκίνης

Προκειμένου να είναι πιο αποτελεσματική η προώθηση του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί πως πραγματοποιείται η προσκόλληση σε χημικό επίπεδο (Palmer, 2013). Οι ανθρώπινες αλληλεπιδράσεις που βιώνει ένα νεογέννητο κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των ορμονικών συστημάτων ελέγχου του νεογνού και στην οργάνωση των εγκεφαλικών του συνάψεων. Ένα μεγάλο μέρος της εμπειρίας του δεσμού μπορεί να αποδοθεί στο ρόλο της ωκυτοκίνης. Ως εκ τούτου είναι πολύ σημαντικό να μεγιστοποιηθεί η απελευθέρωση της ωκυτοκίνης κατά τη διάρκεια του τοκετού και κατά την πρώτη περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό. Η ωκυτοκίνη είναι ένα νευροπεπτίδιο που βρίσκεται στον εγκέφαλο και αποτελεί το θεμέλιο λίθο της ικανότητας δημιουργίας στενών σχέσεων με άλλους (Feldman et al., 2011).

Διεγείρεται από τα υψηλά επίπεδα των οιστρογόνων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα οποία πολλαπλασιάζουν την ευαισθησία της μητέρας και προάγει τη μητρική συμπεριφορά (Palmer, 2013). Η πρώτη μεγάλη αύξηση της ωκυτοκίνης εμφανίζεται καθ' όλη τη διάρκεια του τοκετού και κατά τη στιγμή της γέννησης. Έτσι η γυναίκα μπορεί να προετοιμαστεί κατάλληλα για τη μητρότητα. Η ωκυτοκίνη απελευθερώνεται από την οπίσθια υπόφυση κατά τη διαδικασία που αποκτά δεσμό με το νεογνό της μετά τον τοκετό και βοηθά στη μείωση τυχόν αρνητικών συμπτωμάτων που μπορεί να βιώνουν οι νέες μητέρες, όπως άγχος ή στρες (Feldman et al., 2011).

Η ωκυτοκίνη ουσιαστικά βοηθά τη δυάδα μητέρα και νεογνό να αποκτήσουν τον κατάλληλο δεσμό, παρόλο που η μητέρα μπορεί να βιώνει άγχος. Η ωκυτοκίνη δημιουργία την επιθυμία για περαιτέρω επαφή ανάμεσα στα άτομα (Palmer, 2013). Η ωκυτοκίνη βοηθά στη δημιουργία μίας αίσθησης άνεσης για το νεογέννητο ενώ επίσης διευκολύνει περαιτέρω την κατάλληλη ανταπόκριση στοργής και προσοχής της μητέρας (Feldman et al., 2011). Τα αυξημένα επίπεδα ωκυτοκίνης βοηθούν τη

μητέρα να χειριστεί το στρες του να είναι κάποιος νέος γονιός. Αυτό συμβαίνει επειδή η ωκυτοκίνη συνδέεται με το κεντρικό νευρικό σύστημα και μπορεί να ρυθμίσει το στρες και το άγχος μέσω της δέσμευσης της κυρίως από το μεταιχμιακό σύστημα και την αμυγδαλή.

Η ωκυτοκίνη μπορεί να απελευθερωθεί κατά τη διάρκεια του θηλασμού και ενισχύει το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό. Οι Gordon et al. (2010) έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα ωκυτοκίνης που σχετίζονται με το θηλασμό μπορούν να συσχετιστούν με τα μητρικά ένστικτα όπως για παράδειγμα με τις τρυφερές γονεϊκές συμπεριφορές, τον απαλό τόνο φωνής, την έκφραση των θετικών συναισθημάτων και το στοργικό άγγιγμα. Επιπλέον εντόπισα ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη μητέρα που αποκτά έναν ικανοποιητικό δεσμό με το μωρό της και την ποσότητα της ωκυτοκίνης που βρίσκεται στο αίμα της. Μετά το θηλασμό τα επίπεδα ωκυτοκίνης ήταν υψηλότερα και τα μητρικά ένστικτα ήταν πιο ευδιάκριτα.

Το άγγιγμα των χειλιών του νεογέννητου στη θηλή της μητέρας έχει βρεθεί ότι αυξάνει τα επίπεδα ωκυτοκίνης λίγο μετά τη γέννηση (Himani et al., 2011). Αυτό επιβεβαιώνει τους φυσιολογικούς, ανοσολογικούς και συμπεριφορικούς μηχανισμούς που εξηγούν το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο. Ο θηλασμός επομένως μπορεί να βοηθήσει στην παραγωγή και την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης. Η αύξηση των επιπέδων της έχει ως αποτέλεσμα η μητέρα να εξοικειωθεί περισσότερο με το νεογέννητο της και να βρίσκει πιο ελκυστική τη μυρωδιά του. Η μητέρα θέτει τα θεμέλια για πολλές μελλοντικές εξελίξεις στο δεσμό και στην προσκόλληση με το παιδί της. Για αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντικός αυτός ο πρώιμος δεσμός.

## **1.2. Θεωρίες δεσμού και προσκόλλησης**

Αρκετές θεωρίες περιέγραψαν τους τρόπους με τους οποίους συνδέεται η μητέρα την πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό με το νεογνό της. Με αυτό τον τρόπο μπαίνουν τα θεμέλια για τη διαδικασία προσκόλλησης που συνεχίζεται καθ' όλη τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας (Feldman et al., 2011). Η έρευνα για την προσκόλληση ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό της άρχισε να αυξάνεται τη δεκαετία του 1970, με

τις έρευνες του John Bowlby, ενός βρετανού ψυχιάτρου και της Mary Ainsworth. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκε η θεωρία της προσκόλλησης, που περιέγραψε το δεσμό ως μια συνεχιζόμενη διαδικασία κατά την οποία το παιδί δημιουργεί προσκόλληση στη μητέρα. Αυτή η προσκόλληση που ξεκινά από τη βρεφική ηλικία επηρεάζει τα παιδιά σε όλη τους τη ζωή. Ο Bowlby αναγνώρισε ότι η αρχική διαδικασία δεσμού αμέσως μετά τον τοκετό παρέχει το θεμέλιο που είναι απαραίτητο στα παιδιά για να αποκτήσουν συναισθηματικά, αναπτυξιακά και κοινωνικά ορόσημα (Young, 2013).

Η προσκόλληση μπορεί να οριστεί ως μια ισχυρή διάθεση για αναζήτηση εγγύτητας με έναν συγκεκριμένο άνθρωπο, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα όταν το παιδί φοβάται, όταν είναι κουρασμένο ή άρρωστο (Zeanah et al., 2011). Επομένως αν και η μητέρα μπορεί να δεθεί με το νεογέννητο της, δεν αντλεί ασφάλεια, προστασία ή φροντίδα από αυτό (Hazan & Campa, 2013). Ο δεσμός προσκόλλησης του νεογέννητου και της μητέρας θεωρείται μονόδρομος και κατηγοριοποιείται χωριστά από το δεσμό παροχής φροντίδας που έχει δημιουργηθεί από τη μητέρα προς το νεογέννητο, το οποίο μπορεί να είναι και αμφίδρομο.

Το φαινόμενο του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της έχει διερευνηθεί αρκετές δεκαετίες. Ο Bowlby ήταν από τους πρώτους που διερεύνησε το συναισθηματικό δεσμό ανάμεσα στο νεογέννητο και τη μητέρα του. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική του θεωρία, ο συναισθηματικός δεσμός που δημιουργείται ανάμεσα στο νεογέννητο και τη μητέρα του αναδύεται μέσα από την ικανοποίηση των σωματικών αναγκών του νεογέννητου, όπως για παράδειγμα του φαγητού. Με βάση αυτή τη θεωρία ο συναισθηματικός δεσμός ανάμεσα στο νεογέννητο και τη μητέρα του αντανakλά πρωτίστως μια δευτερεύουσα επιθυμία να αποκτήσει αυτές τις φυσικές ανάγκες (Zeanah et al., 2011).

Ο Bowlby αντέκρουσε αυτή τη θεωρία αφού παρατήρησε ότι τα ορφανά παιδιά λαχταρούσαν να έρθουν σε επαφή με τους νεκρούς γονείς τους. Ακόμα και αρκετά χρόνια μετά το θάνατο των γονιών τους, τα παιδιά δεν μπορούσαν να δημιουργήσουν νέους δεσμούς με άλλους ενήλικες που τα φρόντιζαν. Μετά από τις παρατηρήσεις του ο Bowlby ξεκίνησε να πιστεύει ότι ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της δεν προκύπτει ως αποτέλεσμα μιας δευτερεύουσας διαδικασίας

αλλά ως αποτέλεσμα άλλων αιτιών που προέρχονται από την πρώιμη περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό. Στη συνέχεια ο Bowlby διεξήγαγε πειράματα σε ποντίκια και ανακάλυψε το πότε οι μητέρες δένονται ενεργά με το νεογνό τους κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Όπως παρατήρησε αυτό συμβαίνει όταν συνδέονται μεταξύ τους δέρμα με δέρμα, δηλαδή κατά τη διάρκεια του θηλασμού και όταν αναστέλλεται η απελευθέρωση του παράγοντα της κορτικοτροπίνης. Η απελευθέρωση του παράγοντα της κορτικοτροπίνης στοχεύει στους υποδοχείς των γλυκοκορτικοειδών στον πόκαμπο, στους υποδοχείς του γάμμα-αμνιοβουτυνικού οξέος και στην αμυγδαλή για να μεσολαβήσουν στην απόκριση του στρες και του άγχους. Επιπλέον οι μητέρες μπορούσαν να ρυθμίσουν το σύστημα απόκρισης του στρες στην υπόφυση και τα επινεφρίδια του νεογνού. Αυτοί οι ρυθμιστές της αντιδραστικότητας του στρες του νεογέννητου μπορεί να περιλαμβάνουν το άγγιγμα, το μασάζ των νεογνών, την επαφή με το σώμα και τα βλέμματα ανάμεσα στο νεογνό και τη μητέρα του. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχουν κρυμμένοι ρυθμιστές στο δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της που συμβάλλουν στη δημιουργία της προσκόλλησης κατά την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό. Μέσα από αυτούς τους ρυθμιστικούς μηχανισμούς, η επαναλαμβανόμενη μείωση του στρες που βιώνει το νεογέννητο μέσω της παρουσίας της μητέρας του θα μπορεί να είναι μερικώς υπεύθυνη για την προσκόλληση του νεογνού. Αν και τα νεογέννητα δεν γεννιούνται με αυτή την προσκόλληση, η αρχική ανάπτυξη ξεκινά αμέσως μετά τον τοκετό καθώς το νεογέννητο ξεκινά να εξοικειώνεται με τη μυρωδιά και τον ήχο της φωνής της μητέρας του (Zeanah et al., 2011).

Ο Erik Erikson αναγνώρισε ότι το πρωταρχικό στάδιο ανάπτυξης κατά τη βρεφική ηλικία είναι η εμπιστοσύνη έναντι της δυσπιστίας κατά την οποία το νεογέννητο αποκτά την ικανότητα να εμπιστεύεται τους άλλους, να αποκτά μια αίσθηση αξιοπιστίας στα άτομα και μια αίσθηση ελπίδας (Kneisl, 2013). Τα νεογέννητα χρειάζεται να αναπτύξουν μια αίσθηση εμπιστοσύνης, ότι οι ανάγκες του για σίτιση, άνεση και φροντίδα θα ικανοποιηθούν (Wilson, 2013). Ο Erikson αναγνώρισε ότι ένα νεογέννητο που έχει αναπτύξει εμπιστοσύνη με τη μητέρα του θα είναι σε θέση να βιώσει ένα αίσθημα σωματικής άνεσης και ασφάλειας που θα το βοηθήσει να βιώσει τις άγνωστες ή νέες καταστάσεις με ελάχιστο φόβο.

Όταν ο γονιός προωθεί την επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογέννητο και όταν αυτή συνοδεύεται με θηλασμό, τα επίπεδα της κορτιζόλης του βρέφους μειώνονται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ωκυτοκίνης (Palmer, 2013). Έχει αποδειχθεί ότι το επίπεδο της ωκυτοκίνης ελέγχει τον τρόπο με τον οποίο ελέγχει και οργανώνει το νεογέννητο το στρες του. Κατά συνέπεια η προώθηση ενός ασφαλούς ή ανασφαλούς στυλ προσκόλλησης μπορεί να μεταφερθεί και κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή της ενηλικίωσης. Αν δημιουργηθούν ανασφαλείς προσκολλήσεις σε αυτό το πρώιμο στάδιο, το νεογέννητο είναι πιθανόν να βιώσει αποξένωση και απόσυρση από άλλους ανθρώπους που μπορεί να προσκολληθεί. Εξαιτίας αυτής της εμπιστοσύνης που αποκτάται στη βρεφική ηλικία, τίθενται τα θεμέλια για όλες τις επόμενες φάσεις της ανάπτυξης. Ως εκ τούτου, είναι ιδιαίτερα σημαντική η προώθηση της βέλτιστης προσκόλλησης την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό.

### **1.3. Η σημασία και τα οφέλη από τη δημιουργία του πρώιμου δεσμού**

Η σημασία και τα οφέλη από τη δημιουργία του πρώιμου δεσμού χρειάζεται να διερευνηθούν (Young, 2013). Η πρώτη ώρα της ζωής του νεογέννητου είναι γνωστό ότι είναι η βέλτιστη ευκαιρία για να δεθεί το νεογέννητο με τη μητέρα του. Ωστόσο αυτό το κρίσιμο χρονικό διάστημα μπορεί να περιλαμβάνει πολλές ιατρικές και νοσηλευτικές διαδικασίες, όπως για παράδειγμα μέτρηση του βάρους των νεογνών και διάφορες αξιολογήσεις που διαταράσσουν τη διαδικασία της προσκόλλησης. Η συμπεριφορά και η υποσυνείδητη σκέψη ενός νεογέννητου είναι διαδικασίες που μπορεί να επηρεαστούν από την πρώιμη περίοδο μετά τον τοκετό (Phillips, 2013). Επομένως είναι εξαιρετικά σημαντικό για όλους όσους εμπλέκονται στη διαδικασία του τοκετού, συμπεριλαμβανομένων των γονέων, των νοσηλευτών και των γιατρών να γνωρίζουν τη σημασία του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο.

Ένας άλλος λόγος που είναι σημαντικό να προωθηθεί ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο είναι γιατί η έρευνα του Chamberlain (2013) έδειξε ότι τα νεογέννητα είναι ικανά να σχηματίσουν αναμνήσεις που παραμένουν στο υποσυνείδητο τους για μια ζωή. Στην έρευνα του συμμετείχαν 10 μητέρες που



περιέγραψαν τις αναμνήσεις από τον τοκετό των παιδιών τους. Τα παιδιά τους έκαναν ξεχωριστά συνεδρίες ύπνωσης και τους ζητήθηκε να περιγράψουν τη διαδικασία του τοκετού τους. Αν και τα παιδιά δεν είχαν ενημερωθεί για το ιστορικό της γέννησης τους τα γεγονότα γύρω από τη γέννησή τους περιείχαν πολλές από τις μοναδικές και συγκεκριμένες λεπτομέρειες που είχαν περιγράψει οι μητέρες τους. Στη συνέχεια ο Chamberlain ερεύνησε τους διάφορους τρόπους μέσω των οποίων τα νεογέννητα και τα έμβρυα μπορούν να έχουν ικανότητες μάθησης και μνήμης. Αυτές οι πληροφορίες είναι πολύ σημαντικές. Αυτό συμβαίνει γιατί αν τα νεογέννητα θυμούνται υποσυνείδητα τις πρώτες λίγες στιγμές έξω από τη μήτρα, στη συνέχεια ό,τι συμβεί θα έχει πολύ μεγαλύτερη επιρροή στα μετέπειτα χρόνια της ζωής τους από ό,τι πιστεύουν οι περισσότεροι. Δεδομένου λοιπόν ότι η ανάπτυξη του δεσμού ανάμεσα στο γονέα και το παιδί του είναι η βάση για τις μελλοντικές εμπειρίες του δεσμού του παιδιού, η σημασία έγκειται στη μέγιστη ποιότητα της αρχικής εμπειρίας της σύνδεσης (Young, 2013).

Η ποιότητα της σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της κατά τις πρώτες στιγμές μετά τη γέννηση μπορεί να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη ψυχική υγεία της μητέρας και στην ευημερία του νεογνού, στην ανάπτυξη του αλλά και στην προσαρμογή του σε ολόκληρη τη ζωή (Johnson, 2013). Ο μοναδικός και μακροπρόθεσμος συναισθηματικός δεσμός που ξεκινά με την πρώτη επαφή της μητέρας και του νεογνού συνεχίζει να αναπτύσσεται καθ' όλη την περίοδο μετά τον τοκετό. Επομένως, μία ανεπαρκής σχέση ανάμεσα στη μητέρα και στο νεογέννητο μπορεί να οδηγήσει σε μακροπρόθεσμες συνέπειες στο παιδί, συμπεριλαμβανομένων της γνωστικής και κοινωνικής του ανάπτυξης, των ανισοτήτων της σωματικής υγείας και των δυσκολιών στις προσωπικές του σχέσεις.

Ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της μπορεί να είναι ευεργετικός λόγω των δυνατοτήτων που ενισχύουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου του νεογέννητου (Phillips, 2013). Όταν το νεογνό γεννηθεί, ο ανώριμος εγκέφαλος του έχει μόνο το 25% του μεγέθους που θα έχει στην ενήλικη του ζωή. Παρόλο που όλα τα εγκεφαλικά κύτταρα είναι παρόντα κατά τη γέννηση, η μυελίνωση και η ανάπτυξη των συνάψεων θα λάβει χώρα αργότερα στη ζωή και δεν είναι ακόμα ολοκληρωμένη.

Ο Schore ανακάλυψε ότι η ωρίμανση της αμυγδαλής υφίσταται σε μια κρίσιμη περίοδο ανάπτυξης που αρχίζει με τη γέννηση και συνεχίζεται κατά τους δύο πρώτους μήνες της ζωής. Η έρευνα του έδειξε ότι η επαφή δέρμα με δέρμα μετά τη γέννηση ενεργοποιεί την αμυγδαλή μέσω του προμετωπιαίου φλοιού. Η ενεργοποίηση αυτή συμβάλλει στην ωρίμανση της αμυγδαλής. Η αμυγδαλή είναι ένα μέρος του μεταιχμιακού συστήματος που εμπλέκεται στη συναισθηματική μάθησης καθώς και στην αναζήτηση αγάπης και στη διατήρηση των μακροπρόθεσμων συναισθηματικών αναμνήσεων. Όταν οι μακροπρόθεσμες συναισθηματικές αναμνήσεις δημιουργηθούν λόγω του σωστού δεσμού που αναπτύσσεται ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο τότε η σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί μπορεί να ενισχυθεί (Trigoboff, 2013).

#### **1.4. Η προώθηση του δεσμού**

Έρευνες έχουν δείξει ότι η πρώτη ώρα μετά τη γέννηση είναι η πιο δυνατή για τη δημιουργία του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Young, 2013). Επομένως όλοι όσοι συμμετέχουν στη διαδικασία του τοκετού χρειάζεται να γνωρίζουν πως το να υποστηρίξουν το δεσμό σε αυτή την κρίσιμη περίοδο (Henry et al., 2009). Κατά την πρώτη ώρα της ζωής το νεογνό βρίσκεται σε μεγαλύτερη εγρήγορση και αναζητά τόσο το θηλασμό όσο και την επαφή δέρμα με δέρμα. Επομένως όταν τα νεογέννητα χωρίζονται από τη μητέρα τους την πρώτη ώρα της ζωής τους, είναι πιο πιθανό να βιώνουν μια πιο αδύναμη αρχικά προσκόλληση μεταξύ τους. Οι νοσηλευτές μπορούν να προωθήσουν μία θετική εμπειρία δεσμού και προσκόλλησης ενθαρρύνοντας την επαφή δέρμα με δέρμα και διευκολύνοντας έτσι ένα θετικό συναισθηματικό δεσμό.

Ο θηλασμός κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό είναι ένας από τους καλύτερους τρόπους προώθησης του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (McLeod, 2009). Ένας από τους λόγους για τους οποίους ο θηλασμός βοηθά στη σύνδεση μπορεί να περιγραφεί από τη συμπεριφοριστική θεωρία της προσκόλλησης. Η θεωρία αυτή προτείνει ότι ένα νεογέννητο σχηματίζει την προσκόλληση με το φροντιστή που του παρέχει τροφή και συναισθηματική άνεση. Όταν ένα νεογέννητο

γεννιέται, δεν έχει άμεσο δέσιμο με τη μητέρα του. Ωστόσο όταν θηλάζει, αρχίζει να μαθαίνει και να συνδέει τη μητέρα του με την άνεση του ταΐσματος. Το να βρίσκεται κοντά στο στήθος της μητέρας του δημιουργεί μια αίσθηση άνεσης για το νεογέννητο που μπορεί να βοηθήσει στη διαδικασία της προσκόλλησης. Αυτό συμβαίνει επειδή το μωρό γεννιέται γνωρίζοντας τη μυρωδιά του αμνιακού υγρού που μοιάζει με το άρωμα του μαστού της μητέρας (Palmer, 2013).

Ο πρώιμος θηλασμός μπορεί να βοηθήσει στην απελευθέρωση της ωκυτοκίνης και να διεγείρει την παραγωγή του γάλακτος. Έτσι μπορεί να βοηθήσει στο να γίνει πιο επιτυχημένη η πρώτη προσπάθεια θηλασμού. Ο θηλασμός ενός νεογνού κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό προκαλεί αύξηση των επιπέδων της ωκυτοκίνης. Επομένως όταν ο θηλασμός καθυστερεί ή δεν ξεκινά τότε δεν μπορεί να παραχθεί η ωκυτοκίνη (Palmer, 2013). Όταν το νεογέννητο με το χέρι του κάνει μασάζ στο στήθος της μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η μητέρα απελευθερώνει περισσότερη ωκυτοκίνη που βοηθά περαιτέρω στη διαδικασία της προσκόλλησης (Phillips, 2013). Η ωκυτοκίνη μεταφέρεται στο νεογνό μέσω του μητρικού γάλακτος που προάγει τη συνεχή χαλάρωση και την εγγύτητα τόσο για τη μητέρα όσο και για το μωρό (Palmer, 2013).

Η Johnson (2013) εντόπισε ότι μητέρες που άρχισαν το θηλασμό μέσα στις δύο πρώτες ώρες μετά τη γέννηση φαινόταν πιο ικανοποιημένες και σίγουρες για τις γονικές τους ικανότητες ένα χρόνο μετά τη γέννηση των παιδιών τους. Η συγκίνηση και η αγάπη που σχηματίστηκαν κατά τη διάρκεια αυτών των πρώτων στιγμών ενίσχυσαν σημαντικά το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Bussel et al., 2010). Όταν η ωκυτοκίνη και οι ορμόνες προλακτίνης απελευθερώνονται κατά τη διάρκεια του θηλασμού, η μητέρα είναι πιο πιθανό να έχει χαμηλότερα επίπεδα στρες και περισσότερο δέσιμο με το νεογέννητο της (Liu et al., 2014).

Οι Himani et al. (2011) ερεύνησαν την επίδραση της έναρξης του θηλασμού εντός μίας ώρας από τον τοκετό με το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο. Στην έρευνα τους συμμετείχαν 218 μητέρες με τα νεογέννητα τους. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 109 μητέρες με τα νεογέννητα τους και ξεκίνησαν το θηλασμό έπειτα από μία ώρα μετά τη γέννηση. Η πειραματική ομάδα αποτελούνταν από 109 μητέρες με τα νεογέννητα τους που ξεκίνησαν το θηλασμό μέσα σε μία ώρα από τη

γέννηση. Ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο αξιολογήθηκε έπειτα από 24 και 48 ώρες μετά τον τοκετό και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της μητρικής μεταγεννητικής προσκόλλησης. Η συγκεκριμένη κλίμακα αναπτύχθηκε από τους Condin & Corkindale (1998).

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 19 ερωτήσεις που αναφέρονται σε τομείς δέσμευσης και προσκόλλησης, όπως για παράδειγμα η ευχαρίστηση, η αποδοχή, η ανεκτικότητα και η ικανότητα της μητέρας ως γονέα. Στις 24 ώρες μετά τον τοκετό ο μέσος όρος για την ομάδα ελέγχου ήταν 73,6 ενώ για την πειραματική ομάδα ήταν 81,1. Στις 48 ώρες μετά τον τοκετό η ομάδα ελέγχου είχε μέσο όρο 74,5 ενώ η πειραματική 83,3. Ωστόσο ένας περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν ότι ο ποσοτικός προσδιορισμός του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο είναι μια δύσκολη διαδικασία καθώς μέσα στη μελέτη εμπερικλείονται και μεταβλητές, όπως για παράδειγμα η ψυχολογία της μητέρας (Himani et al., 2011).

Κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων, εντοπίστηκε μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στις βαθμολογίες του δεσμού της μητέρας με το νεογνό της τόσο στην ομάδα ελέγχου όσο και στην πειραματική ομάδα. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ενίσχυσαν την άποψη ότι ο θηλασμός χρειάζεται να ξεκινήσει σε χρονικό διάστημα μίας ώρας από τον τοκετό εφόσον η υγεία της μητέρας και του νεογνού το επιτρέπει προκειμένου να προωθηθεί η βέλτιστη προσκόλληση σε αυτή τη δυάδα. Η καθιέρωση του πρώιμου θηλασμού μπορεί να ενθαρρύνει την υψηλή ποιότητα της προσκόλλησης ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο σε όλη τη διάρκεια της βρεφικής ηλικίας. Κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, το νεογέννητο είναι σε εγρήγορση και το αντανακλαστικό του πιπιλίσματος είναι πιο ενεργό. Επομένως όταν τα μωρά τοποθετούνται στο στήθος κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, η μητέρα και τα νεογέννητα μπορούν να επωφεληθούν από αυτή τη στιγμή. Δεν είναι μόνο τα νεογέννητα όμως σε εγρήγορση και ικανά να θηλάσουν από την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, αλλά και οι νέες μητέρες είναι επίσης ιδιαίτερα ευαίσθητες αυτή τη χρονική περίοδο. Η πρώιμη επαφή της μητέρας με το νεογνό της φαίνεται ότι βελτιστοποιεί την προσκόλληση και το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Himani et al., 2011).

Ένας επιπλέον τρόπο να προωθηθεί ο δεσμός είναι μέσω της ενθάρρυνσης της οπτικής επαφής ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό της κατά την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση (Davidson et al., 2012). Μετά τη γέννηση η νέα μητέρα θα χρειαστεί να αυξήσει το χρόνο που περνά μέσω της οπτικής επαφής με το νεογέννητο της. Αν το τοποθετήσει σε θέση θηλασμού τότε θα μπορεί να έχει άμεση επαφή μαζί του. Όταν τα μάτια του νεογέννητου είναι ανοιχτά, η μητέρα μπορεί να το χαιρετήσει και το νεογέννητο να της απαντήσει μέσω της φωνής του. Αυτά είναι σημάδια ότι λαμβάνει χώρα η ενεργή σύνδεση. Η μαία ή η μαία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην προώθηση των επιπτώσεων αυτής της οπτικής επαφής μετά τη γέννηση. Για παράδειγμα οι μαίες μπορούν να καθυστερήσουν τη χορήγηση της ερυθρομυκίνης στα μάτια του νεογέννητου μέχρι αυτό να περάσει την κρίσιμη ώρα για να μην θολώσει η όραση του.

Ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο της μπορεί να δημιουργηθεί μέσα από τις θετικές στιγμές που περνούν μαζί ή μέσω του μασάζ που του κάνει η μητέρα την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό (Feldman et al., 2011). Οι μητέρες μπορούν να ενθαρρυνθούν να χρησιμοποιήσουν το μασάζ των νεογνών ως τρόπο για να αυξήσουν το δεσμό και τη χαλαρωτική διαδικασία κατά την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό (Arivabene, 2010).

Σε μια μελέτη που έγινε από τους Field et al. (2010) αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα του μασάζ στα νεογνά κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Κατά τη διάρκεια του πειράματος τα νεογέννητα χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες, σε μια ομάδα ελέγχου, όπου δέχθηκαν μασάζ και σε μια πειραματική ομάδα. Η πειραματική ομάδα που χρησιμοποιεί τη θεραπεία μασάζ λάμβανε τρία μασάζ διάρκειας 15 λεπτών κάθε ημέρα για πέντε συνεχόμενες ημέρες. Το μασάζ αποτελούνταν από μέτρια πίεση στους ώμους, την πλάτη, το κεφάλι, τα πόδια και τα χέρια καθώς και κιναισθητικές ασκήσεις που περιελάμβαναν έκταση και κάμψη των άκρων. Η μελέτη διαπίστωσε ότι οι συμπεριφορές άγχους και η δραστηριότητα των νεογέννητων μειώθηκαν σημαντικά, γεγονός που υποδηλώνει ότι το μασάζ έχει ηρεμιστική και καταπραϋντική επίδραση στα νεογέννητα. Αυτό μπορεί να βοηθήσει ευεργετικά τη διαδικασία της προσκόλλησης γιατί μπορεί να ανακουφίσει από το άγχος (Davidson et al., 2012).

Η μητέρα μπορεί να εξοικειωθεί με το νεογέννητο της μέσω της αίσθησης, της όρασης, της αφής και της ακοής. Οι μητέρες που συμμετέχουν σε βρεφικό μασάζ είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν προφορικά σε οποιουδήποτε ήχους που εκπέμπονται από τα νεογέννητο, όπως για παράδειγμα κλάματα, βήχας, φτάρνισμα κλπ. Αυτές οι λεκτικές απαντήσεις δείχνουν επίσης ότι λαμβάνει χώρα ενεργά η σύνδεση. Η επαφή δέρμα με δέρμα, γνωστή και ως φροντίδα καγκουρό, ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με μεγάλη ποικιλία σωματικών και ψυχολογικών οφελών τόσο για το νεογέννητο όσο και για τη μητέρα (Brimdyr, 2011). Όταν ένα νεογέννητο έχει αδιάλειπτη επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του μετά τη γέννηση, περνά από τα ενστικτώδη στάδια κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό και προάγει το δεσμό και την προσκόλληση από νωρίς. Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει την κραυγή γέννησης που επιτρέπει στους πνεύμονες του νεογέννητου να αναπτυχθούν. Το δεύτερο στάδιο αποτελείται από τη χαλάρωση που παρουσιάζει το νεογέννητο μέσω λίγων κινήσεων. Το επόμενο στάδιο είναι αυτό της αφύπνισης όπου εμφανίζεται όταν το νεογέννητο είναι τριών ως οκτώ λεπτών. Σε αυτό το στάδιο, το νεογέννητο παρουσιάζει μικρές ωθήσεις κίνησης στο κεφάλι και τον ώμο. Το τέταρτο στάδιο είναι το στάδιο της δραστηριότητας όπου το νεογέννητο αυξάνει τις στοματικές και τις πιπιλιστικές κινήσεις.

Ακολουθεί το στάδιο της ανάπαυσης κατά τη διάρκεια του οποίου το νεογέννητο είναι πιθανό να κοιμηθεί. Το έκτο στάδιο εμφανίζεται 35 λεπτά μετά τη γέννηση και στη διάρκεια του το νεογέννητο αναζητά το στήθος προκειμένου να επωφεληθεί από αυτό. Το έβδομο στάδιο ξεκινά περίπου 45 λεπτά μετά τη γέννηση και περιλαμβάνει την εξοικείωση του νεογέννητου με τη μητέρα του. Ουσιαστικά της κάνει μασάζ στο στήθος, αναζητώντας τη θηλή για να τραφεί. Αυτό το στάδιο μπορεί να διαρκέσει ως και 20 λεπτά. Ακολουθεί το όγδοο στάδιο κατά τη διάρκεια του οποίου το νεογέννητο βρίσκει τη θηλή και θηλάζει. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό πρώιμο στάδιο στην εκμάθηση του θηλασμού. Μέσα σε 1,5 ως δύο ώρες μετά τη γέννηση το νεογέννητο θα εισέλθει στο ένατο στάδιο του ύπνου. Αν σε οποιοδήποτε σημείο κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας σηκωθεί από το στήθος της μητέρας, το νεογέννητο θα αποπροσανατολιστεί και θα πρέπει να ξαναρχίσει τα εννέα ενστικτώδη στάδια, κάτι που θα καθυστερήσει το θηλασμό (Phillips, 2013).

Κατά συνέπεια αν το νεογέννητο δεν έρθει σε επαφή δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τη γέννηση θα χαθεί η κορυφαία ευκαιρία για προώθηση της δεσμού. Η επαφή δέρμα με δέρμα συμβάλλει σε αυτό το δεσμό κι επιπλέον να έχει αναλγητικά αποτελέσματα για τη μητέρα που γέννησε φυσιολογικά. Η χρονική περίοδος αμέσως μετά τον κοιλιακό τοκετό μπορεί να είναι αρκετά επώδυνη για τη μητέρα λόγω του σχισίματος που μπορεί να έχει εμφανιστεί στην περιοχή του περίνεου κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ωστόσο το νεογέννητο που ξαπλώνει στο στήθος της μητέρας του αποτελεί εξαιρετική απόσπαση προσοχής στον πόνο που μπορεί να βιώνει η μητέρα (Arivabene, 2010).

Ο Arivabene (2010) έδειξε ότι η μητέρα που έχει επαφή δέρμα με δέρμα με το νεογνό της κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, το νεογέννητο της έχει μειωμένα επίπεδα κορτιζόλης σε σύγκριση με τα νεογνά που δεν είχαν παρόμοια επαφή. Η κορτιζόλη είναι μια ορμόνη που απελευθερώνεται από τα επινεφρίδια ως μέρος της φυσικής αντίδρασης του σώματος στο στρες (Lewis & Retherford, 2011). Όταν το άτομο βιώνει στρες τότε τα επίπεδα κορτιζόλης θα αυξηθούν. Επομένως τα μειωμένα επίπεδα της κορτιζόλης που εμφανίζονται έπειτα από την επαφή δέρμα με δέρμα αντιπροσωπεύουν τη μείωση των επιπέδων του στρες που βιώνει το νεογέννητο. Η μέθοδος καγκουρό έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την εμπιστοσύνη της μητέρας στις ικανότητες της και ανταποκρίνεται στις ανάγκες του νεογέννητου της (Arivabene, 2010).

Ο Bowlby διατύπωσε το καθοριστικό χαρακτηριστικό ενός ασφαλούς δεσμού που είναι η εμπιστοσύνη του νεογέννητου στην ανταπόκριση και τη διαθεσιμότητα του ατόμου που το φροντίζει όταν υπάρχει ανάγκη (Hazan & Campa, 2013). Επομένως η φροντίδα καγκουρό μπορεί να βοηθήσει σε αυτή τη διαδικασία της προσκόλλησης από νωρίς. Αν και πολλά οφέλη από την επαφή δέρμα με δέρμα είναι γνωστά στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης, πολλές νέες μητέρες δεν γνωρίζουν τα οφέλη της. Για αυτό το λόγο χρήσιμο είναι να υπάρξουν σχετικά σεμινάρια που να τις ενημερώνουν, όπως αυτά της ICEA (International Childbirth Education Association, 2013).

Η μέθοδος καγκουρό έχει αποδειχθεί ότι δίνει τη δυνατότητα στο νεογέννητο να έχει μειωμένη ανάγκη για επιπλέον οξυγόνο (Newman, 2009). Τα πρόωρα νεογνά

που χρειάζονται οξυγόνο μπορούν να φροντίζονται μέσω της επαφής δέρμα με δέρμα ενώ λαμβάνουν οξυγονοθεραπεία. Αν η υγεία της μητέρα εμποδίζει την επαφή δέρμα με δέρμα αμέσως μετά τη γέννηση, τα μωρά μπορούν να κρατηθούν στο στήθος του πατέρα ή άλλου μέλους της οικογένειας για να σταθεροποιηθεί η θερμοκρασία τους και τα επίπεδα της γλυκόζης. Ο θηλασμός μπορεί να αποτρέψει το νεογέννητο να εμφανίσει διάφορες αλλεργικές ασθένειες. Η μέθοδος καγκουρό έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το κλάμα και αυξάνει το χρόνο που το νεογέννητο περνά σε κατάσταση ηρεμίας. Η επαφή δέρμα με δέρμα αυξάνει τα επίπεδα ωκυτοκίνης. Η ωκυτοκίνη αναφέρεται μερικές φορές ως ορμόνη της προσκόλλησης (Phillips, 2013).

Ο Johnson (2013) ανέφερε ότι οι μητέρες που εφάρμοσαν τη μέθοδο δέρμα με δέρμα με τα νεογέννητα τους ήταν πιο ευαίσθητες στις ανάγκες τους ακόμα κι ένα έτος μετά τη γέννηση σε σύγκριση με τις μητέρες που δεν το έκαναν. Οι μαίες μπορούν επίσης να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της ψυχοκοινωνικής ευημερίας των μητέρων ως ένα τρόπο ενθάρρυνσης του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Davidson et al., 2012).

Γεννώντας η μητέρα αλλάζει πολλούς ρόλους και έχει αυξημένες ευθύνες. Όλα αυτά μπορούν να αυξήσουν το συναισθηματικό στρες και να εμποδίσουν τη διαδικασία του δεσμού. Το να γίνει μητέρα μία γυναίκα, είναι μια διαδικασία που μεταμορφώνει τη ζωή της και πλέον αποκτά νέα ταυτότητα, συμπεριλαμβανομένης και της δέσμευσης για τη φροντίδα του νεογέννητου, της προσκόλλησης, της προετοιμασίας, της γνωριμίας, της μάθησης, της φυσικής αποκατάστασης και της επίτευξης της νέας της ταυτότητας. Αυτή η διαδικασία απαιτεί εκτεταμένη ψυχολογική, κοινωνική και σωματική εργασία που απαιτεί την υποστήριξη από μαίες. Επομένως η σχέση ανάμεσα στις μαίες και στις μητέρες είναι ένας τρόπος ώστε να προωθηθεί ο δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο. Η μαία μπορεί να βοηθήσει τη μητέρα να συμμετέχει όσο το δυνατόν περισσότερο στη φροντίδα του νεογέννητου. Πολλές κλινικές προωθούν την υπηρεσία rooming-in κατά τη διάρκεια της οποίας η μητέρα παραμένει με το νεογέννητο της στο ίδιο δωμάτιο καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου (Davidson et al., 2012).

Η μαία μπορεί να βοηθήσει ώστε να δεθεί η μητέρα με το νεογέννητο και να μάθει να το φροντίζει σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον. Ο ρόλος της μετά τον



τοκετό περιλαμβάνει την ενθάρρυνση της μητέρας να συμμετέχει σε τυχόν νοσηλευτικές παρεμβάσεις, στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των επιλογών που προσφέρονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Εάν το νεογέννητο δεν θηλάζει, η μητέρα χρειάζεται να ενθαρρύνεται να το ταΐζει με μπιμπερό σε κάθε σίτιση. Η μαία μπορεί να εκπαιδεύσει τη μητέρα για τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να θηλάσει και να της εξηγήσει πως ο θηλασμός γίνεται κατ' απαίτηση. Η μητέρα χρειάζεται να ενθαρρύνεται να συμμετέχει στο πρώτο μπάνιο του νεογέννητου και στην αλλαγή της πάνας του. Όλες αυτές οι δραστηριότητες, στις οποίες συμμετέχει η μητέρα, μπορούν να της αυξήσουν την αυτοπεποίθηση για την αποτελεσματικότητα της στο νέο ρόλο που έχει αναλάβει. Οι μαίες μπορούν να προσφέρουν θετική ανατροφοδότηση στη μητέρα καθώς εκείνη φροντίζει το νεογέννητο της. Οι μητέρες χρειάζονται χρόνο κι είναι πιθανό να κάνουν λάθη με το παιδί τους. Έτσι είναι σημαντικό για τις ίδιες να γνωρίζουν πως ένας άλλος άνθρωπος θα καλύψει τις ανάγκες του παιδιού τους σε περιπτώσεις που κάνουν αυτό το λάθος (Davidson et al., 2012).

Αν δεν δημιουργηθεί ένας ισχυρός δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος της ή αν ο δεσμός είναι ανασφαλής τότε αυτό έχει αρνητικές συνέπειες στη ψυχική υγεία των παιδιών της σχολικής ηλικίας και τα προβλήματα συνεχίζονται στην ενήλικη ζωή (Ainsworth, 1979; Abuhammad & Johnson, 2018; Carnelley & Ruscher, 2000). Η προσκόλληση στη μητέρα μπορεί να οριστεί ως την ικανότητα που έχει η ίδια να κατανοεί και να ανταποκρίνεται στο σήμα και στις ενδείξεις του βρέφους της με συνέπεια (Shin et al., 2006). Είναι ενδεικτικό της σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος και χαρακτηρίζεται από ταυτόχρονες ανταλλαγές που συχνά αναφέρονται ως δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος (Shin et al., 2006; Grossman et al., 2006).

Αν η μητέρα δεν μπορέσει να αναγνωρίσει τα σημάδια που της στέλνει το βρέφος της τότε μπορεί να μην υπάρχει ένα ασφαλές περιβάλλον που να ενισχύσει την εξερεύνηση του βρέφους και να το προστατεύσει όταν είναι απαραίτητο (Abuhammad & Johnson, 2018). Η προσκόλληση στη μητέρα είναι αυξημένη όταν οι γυναίκες έχουν υψηλά επίπεδα ωκυτοκίνης. Η ωκυτοκίνη αυξάνεται φυσιολογικά κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό λόγω της έναρξης του θηλασμού (Shaw et al., 2003; Strathearn et al., 2012). Το επίπεδο της ωκυτοκίνης παραμένει υψηλό στις θηλάζουσες μητέρες σε σύγκριση με τις μη θηλάζουσες. Ωστόσο δεν είναι γνωστό αν

ο θηλασμός συνδέεται με αυξημένη μητρική προσκόλληση κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών ή αν οι μητέρες που έχουν ήδη προσκολληθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους επιλέξουν να θηλάσουν τα βρέφη τους (Grossman et al., 2006; Shaw et al., 2003). Δεν είναι δηλαδή ξεκάθαρο αν η μητρική προσκόλληση προάγει το θηλασμό ή το αντίστροφο.

Η δημιουργία ενός ισχυρού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος είναι πολύ σημαντική κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους της ζωής του για τη νευροφυσιολογική, σωματική και συναισθηματική του ανάπτυξη (Raval et al., 2001). Η μητρική προσκόλληση φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη του παιδιού, ωστόσο ακόμα και μετά από πολλά χρόνια η έρευνα παρέχει ελάχιστα στοιχεία για να βοηθήσουν στην έγκαιρη αναγνώριση των οικογενειών που κινδυνεύουν από μία αρνητική μητρική προσκόλληση. Ακόμα λίγες είναι οι γνωστές παρεμβάσεις που είναι αποτελεσματικές στην προώθηση της μητρικής προσκόλλησης (Thompson & Eleonora, 2008). Με άλλα λόγια δεν είναι σαφές αν η μητρική προσκόλληση προάγει το θηλασμό ή το αντίστροφο (Kim et al., 2011; Abuhammad et al., 2019; Agha et al., 2019).

Έχει αναφερθεί ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες, το 25-35% των παιδιών που εισέρχονται στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν εκπαιδευτικά και αναπτυξιακά προβλήματα που είναι αποτέλεσμα της χαμηλής μητρικής προσκόλλησης κατά τη διάρκεια του πρώτου χρόνου της ζωής τους (Agha et al., 2019). Η μητρική προσκόλληση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου είναι κρίσιμη καθώς η αρνητική προσκόλληση ή αυτή που έχει διάφορα προβλήματα μπορεί να οδηγήσει σε μία ανασφαλή προσκόλληση. Η ανασφαλής προσκόλληση με τη σειρά της επηρεάζει την ικανότητα της μητέρας να ερμηνεύει τα μηνύματα που της στέλνει το παιδί της (Abuhammad et al., 2019). Ως αποτέλεσμα δεν μπορεί να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον μέσα στο οποίο το βρέφος μπορεί να εξερευνήσει, να ανακουφιστεί ή να προστατευθεί όταν το χρειάζεται (Ainsworth, 1979; Abuhammad et al., 2018, 2019). Η αδυναμία εξερεύνησης μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα του παιδιού να μαθαίνει και στη συνέχεια αυτό μπορεί να προκαλέσει ελλείψεις στο γνωστικό τομέα και την ψυχική υγεία του παιδιού κατά τη διάρκεια της σχολικής ηλικίας αλλά και στην ενήλικη ζωή του.

## 1.5. Εμπόδια στη δημιουργία δεσμού

Ορισμένοι παράγοντες που έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν αρνητικά τη διαδικασία της προσκόλλησης περιλαμβάνουν την έλλειψη υποστήριξης της μητέρας, την επικινδυνότητα της εγκυμοσύνης, την κόπωση της μητέρας μετά τον τοκετό με καισαρική τομή και την έλλειψη εμπιστοσύνης στις γονικές ικανότητες. Αν μια γυναίκα δεν έχει αυτοπεποίθηση στις μητρικές της ικανότητες, είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρει ένα θετικό συναισθηματικό δεσμό με το μωρό. Η έρευνα του Ross (2012) έδειξε ότι οι γυναίκες που είχαν εγκυμοσύνη υψηλού κινδύνου είναι πιο πιθανό να έχουν έλλειψη αυτοπεποίθησης και περισσότερες δυσκολίες κατά τη διάρκεια της δημιουργίας του δεσμού σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν μια υγιή εγκυμοσύνη.

Κατά την αξιολόγηση των εμποδίων στην προσκόλληση, είναι σημαντικό να εντοπιστούν οι πεποιθήσεις και τα αντιληπτά εμπόδια που διατηρούν τόσο οι μαιές όσο και η μητέρα. Οι Ferrarello & Hatfield (2014) διεξήγαγαν μελέτη που αξιολογούσε τη συμπεριφορά των μαιών και των μητέρων μετά τον τοκετό προκειμένου να προσδιοριστούν κοινές αιτίες των εμποδίων στο δέσιμο κατά τη διάρκεια της παραμονής μετά τον τοκετό. Η μελέτη επικεντρώθηκε στην κατανόηση των μητέρων και των μαιών σχετικά με τα εμπόδια στη φροντίδα δέρμα με δέρμα κατά την περίοδο μετά τον τοκετό. Οι μαιές, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της έρευνας, υποστηρίζουν ότι τα κύρια εμπόδια είναι οι επισκέπτες στο δωμάτιο, οι άλλοι άνθρωποι που επιθυμούν να κρατήσουν το νεογέννητο, οι μητέρες που δεν κατανοούν τη φροντίδα δέρμα με δέρμα και η μητρική δυσφορία. Όσον αφορά τις απόψεις των μητέρων εκείνες υποστήριξαν ότι πέρασαν αρκετό χρόνο με την επαφή δέρμα με δέρμα με τα νεογέννητα τους κι ότι αυτή ήταν πολύ σημαντικό να συμβεί. Οι περισσότερες δεν εντόπισαν εμπόδια σε αυτή τη φροντίδα. Παρόλα αυτά όσες αξιολόγησαν τα εμπόδια είπαν ότι τα κύρια ήταν οι άλλοι άνθρωποι που ήθελαν να κρατήσουν το νεογέννητο, η ανησυχία του και οι επισκέπτες στο δωμάτιο.

Αμέσως μετά τη γέννα η μητέρα εισέρχεται σε μία περίοδο που αρκετοί ερευνητές την ονομάζουν «αποδοχή του νέου της ρόλου» (Davidson et al., 2012). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η έλλειψη αυτοπεποίθησης μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη διαδικασία του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το

νεογέννητο. Η περίοδος υποδοχής περιλαμβάνει τη νέα μητέρα που αισθάνεται ότι έχει παθητική στάση και φροντίζει εξαρτημένα το μωρό της. Η περίοδος που κρατά στα χέρια της το μωρό της αποτελείται από τη μητέρα που αισθάνεται ότι είναι έτοιμη και επαναλαμβάνει τον έλεγχο του σώματος της. Η μαία μπορεί να διαδραματίσει σπουδαίο ρόλο κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και να ενισχύσει την εμπιστοσύνη της μητέρας.

Η αυτοπεποίθηση της μητέρας μπορεί να εξαντληθεί αν δει ότι οι άλλοι χειρίζονται πιο επιδέξια και γεμάτοι αυτοπεποίθηση το παιδί της, ενώ εκείνη αισθάνεται αβεβαιότητα και είναι διστακτική εξαιτίας της έλλειψης εμπειρίας με νεογέννητα. Η μαία μπορεί να ενθαρρύνει τη μητέρα και να την ενημερώσει για όλη τη φροντίδα του παιδιού, πολύ πριν αυτό έρθει στον κόσμο. Η μαία μετά τον τοκετό θα πρέπει να γνωρίζει τη μοναδική κατάσταση κάθε μητέρας και να επιλύει τυχόν θέματα που προκύπτουν. Η εκπαίδευση και η γνώση σχετικά με τη φροντίδα του νεογέννητου μπορεί να διαφέρει από μητέρα σε μητέρα. Μερικές μητέρες έχουν ισχυρά συστήματα υποστήριξης από την οικογένεια τους ενώ άλλες όχι. Ως εκ τούτου, η μαία πρέπει να αξιολογήσει την κατάσταση κάθε μητέρας και να καθορίσει τι είναι κατάλληλο για την ίδια και το νεογέννητο της (Davidson et al., 2012).

Επίσης είναι συνηθισμένο ορισμένες γυναίκες που γέννησαν με καισαρική να αισθάνονται θυμό ή να είναι απογοητευμένες επειδή δεν μπόρεσαν να γεννήσουν φυσιολογικά (Weisman et al., 2010). Μερικές γυναίκες αισθάνονται αποδυναμωμένες και αντιλαμβάνονται την καισαρική τομή ως μία καταστροφική απώλεια γιατί το ιδανικό σχέδιο τοκετού περιελάμβανε τον κολπικό τοκετό (Udy, 2009).

Έχει αποδειχθεί ότι οι γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική έχουν υψηλότερο ποσοστό εκούσιας δευτερογενούς υπογονιμότητας με σκοπό να προλάβουν μία άλλη εγκυμοσύνη. Αυτό συχνά οφείλεται στην αποφασιστικότητά τους ότι το σωματικό και συναισθηματικό τραύμα έγινε αντιληπτό ως υπερβολικό (Palmer, 2013). Μία άλλη μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική για να αποκτήσουν το πρώτο τους μωρό είχαν 12% λιγότερες πιθανότητες να κάνουν άλλο μωρό από τις γυναίκες που γέννησαν κολπικά. Αυτά τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι οι μαίες χρειάζεται να ενδυναμώσουν τις γυναίκες που γέννησαν με

καισαρική και με αυτό τον τρόπο να ενισχύσουν το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Phillips, 2013).

Οι γυναίκες συχνά απογοητεύονται όταν δεν μπορούν να θηλάσουν το νεογνό τους αμέσως μετά τη γέννηση (Phillips, 2013). Αυτά τα συναισθήματα επηρεάζουν αρνητικά το δεσμό με το παιδί τους. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τη μαία αλλά και τους υπόλοιπους φροντιστές να ενθαρρύνουν τη μητέρα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και να την ενημερώσουν ότι η καισαρική σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει ότι είναι ανίκανη αλλά μάλλον ήταν η πιο ασφαλής απόφαση τόσο για τη δική της υγεία όσο και για την υγεία του παιδιού της. Όταν η καισαρική είναι απαραίτητη, η μαία μπορεί να εφαρμόσει διάφορες στρατηγικές για να προωθήσει τον καλύτερο δυνατό δεσμό της μητέρας με το νεογέννητο της. Για παράδειγμα σε πολλές κλινικές εφαρμόζεται η μέθοδος επαφή δέρμα με δέρμα έπειτα από τον κοιλιακό τοκετό, που έχει πολλά οφέλη τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Ωστόσο ελάχιστες κλινικές έχουν εφαρμόσει αυτή τη μέθοδο στις μητέρες που γέννησαν με καισαρική.

Οι αναισθησιολόγοι ανέφεραν ότι η επαφή δέρμα με δέρμα μπορεί να μειώσει το άγχος των μητέρων και έτσι να σταθεροποιηθεί ο καρδιακός τους ρυθμός και η αρτηριακή τους πίεση. Επιπλέον προάγει τη σταθερότητα της θερμοκρασίας του νεογέννητου και μειώνεται το στρες που μπορεί να του προκαλέσει υποθερμία (Phillips, 2013).

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη διαδικασία της ανάπτυξης του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό της είναι η υποστήριξη που προσφέρεται από τον πατέρα αλλά και άλλα μέλη της οικογένειας (Young, 2013). Έχοντας αυτή την υποστήριξη η μητέρα αναπτύσσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό της και στις γονεϊκές της ικανότητες και μειώνει την πιθανότητα της επιλόχειας κατάθλιψης. Όταν μια γυναίκα βιώνει επιλόχεια κατάθλιψη ή/και κούραση μετά τον τοκετό, είναι λιγότερο πιθανό να έχει ένα στοργικό άγγιγμα απέναντι στο παιδί ή να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, κάτι που όπως είναι αναμενόμενο οδηγεί σε αρνητικά αποτελέσματα στη δημιουργία δεσμού (Weisman et al., 2010).

Επιπλέον τα νεογέννητα είναι πιο πιθανό να βιώσουν ελλείμματα στην κοινωνική τους δεξιότητα, καταθλιπτική διάθεση και συναισθηματικές ανησυχίες. Η

μαία σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται να εκπαιδεύει την οικογένεια σχετικά με το σημαντικό ρόλο που έχει το σύστημα υποστήριξης και να προτείνει ιδέες ώστε να ενισχυθεί αυτή η διαδικασία (Young, 2013).

Η μαία μετά τον τοκετό μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση των επιπτώσεων που μπορεί να έχει η κούραση της μητέρας στην ανάπτυξη του δεσμού και στην προώθηση των ευκαιριών για ανάπαυση (Davidson et al., 2012). Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τον περιορισμό των επισκεπτών και την παροχή ενός άνετου χώρου για ύπνο. Οι επισκέπτες στην αίθουσα που βρίσκεται η μητέρα μετά τον τοκετό έχει αποδειχθεί ότι αποτελούν πιθανό εμπόδιο για την επαφή δέρμα με δέρμα, για τη φροντίδα του νεογέννητου και για το θηλασμό. Όμως η λύση δεν είναι η απαγόρευση των επισκεπτών καθώς είναι μια φυσιολογική δραστηριότητα των υπόλοιπων μελών της οικογένειας να επισκέπτονται τη νέα μητέρα. Παρόλα αυτά χρειάζεται να τροποποιηθούν τα πρωτόκολλα που θα βοηθήσουν να δημιουργηθεί ένας ισχυρός δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό. Μία πρόταση είναι να προωθηθεί η απογευματινή ησυχία κατά την οποία περιορίζονται οι επισκέπτες και οι μητέρες μπορούν να απολαμβάνουν το χρόνο με τα μωρά τους. Μια άλλη πρόταση είναι να υπάρχουν ειδικές πινακίδες στην πόρτα των δωματίων ώστε οι επισκέπτες να ενημερώνονται ότι οι μητέρες θηλάζουν (Ferrarello & Hatfield, 2014).

Υπάρχουν πολλά εμπόδια στην ανάπτυξη του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο όταν εκείνο χρειάζεται να γεννηθεί πρόωρα (Fegran et al., 2008). Τα νεογέννητα που χρειάζεται να μπου σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας συχνά χωρίζονται από τη μητέρα τους αμέσως μετά τη γέννηση. Ως εκ τούτου, τα πρόωρα νεογνά θεωρούνται ότι βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο για να έχουν μια αρνητική εμπειρία δεσμού, κυρίως εξαιτίας του ότι τα περισσότερα πρόωρα νεογνά πρέπει να περάσουν τις πρώτες μέρες της ζωής τους σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας. Αυτός ο χωρισμός μπορεί να επηρεάσει τη φυσιολογική διαδικασία της προσκόλλησης ανάμεσα στη μητέρα και το νεογέννητο (Davidson et al., 2012).

Όταν οι πρώτες ώρες της ζωής περιλαμβάνουν διασωλήνωση, ανάνηψη και οξυγονοθεραπεία, το νεογέννητο και η μητέρα χάνουν τον πολύτιμο χρόνο για να δημιουργήσουν δεσμό μεταξύ τους κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας από τη γέννηση. Όταν η υγεία της μητέρας ή του νεογνού εμποδίζει την ανάπτυξη δεσμού

υπάρχουν άλλοι μέθοδοι που μπορεί να ενισχύσουν τις τεχνικές προσκόλλησης. Για παράδειγμα πολλές μητέρες μπορούν να αγγίζουν τα παιδιά τους δέρμα με δέρμα ενώ νοσηλεύονται. Ωστόσο αν το νεογέννητο βρίσκεται στη θερμοκοιτίδα και δεν μπορεί να μείνει έξω από αυτή, η μητέρα μπορεί να ενθαρρυνθεί να του χαϊδέψει το χέρι, το πόδι ή το μάγουλο (Davidson et al., 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

### 2.1. Ο μητρικός θηλασμός και η ανάπτυξη του δεσμού προσκόλλησης

Η πρώιμη βρεφική ηλικία είναι μια ιδιαίτερη περίοδος που διαμορφώνει την ανάπτυξη των ανθρώπων. Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που σχετίζονται ο ένας με τον άλλον ώστε οι γονείς να παρέχουν ένα θετικό περιβάλλον για την ανάπτυξη του βρέφους τους: η προστασία από τον κίνδυνο/τραυματισμό, η ανταποκρινόμενη φροντίδα, ο θηλασμός και η υγιής προσκόλληση (Bryanton & Beck, 2010). Σε όλα αυτά έγινε αναφορά στο προηγούμενο κεφάλαιο, σε αυτό θα γίνει αναφορά στο μητρικό θηλασμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής συστήνουν αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής του παιδιού (WHO, 2014; Policy Statement, 2012). Παρόλα αυτά στην Τουρκία τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού είναι πολύ χαμηλά. Τα ποσοστά αυτά ανέρχονται στο 30,1% των συνολικών γεννήσεων (Yurtsal & Kocoglu, 2016). Όσον αφορά τα ίδια ποσοστά στις ΗΠΑ το 2010 ήταν 75% αμέσως μετά τον τοκετό, 43% έξι μήνες αργότερα, 27,4% 12 μήνες μετά τη γέννηση και το 33% για τρεις μήνες (Centers for Disease Control, 2009).

Ο αποκλειστικός θηλασμός των μωρών κατέχει σημαντική θέση στο πλαίσιο των βασικών υπηρεσιών υγείας. Η βασική υγειονομική περίθαλψη απαιτεί τα άτομα να έχουν αναλάβει ευθύνες υγειονομικής περίθαλψης για την προστασία και την προαγωγή της υγείας τους. Τονίζεται ότι η αγωγή υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην απόκτηση ευθυνών (Oztek & Kubulay, 1997, όπως αναφέρεται στους Yurtsal & Kocoglu, 2016). Για αυτό το λόγο οι μητέρες θα πρέπει να ενημερώνονται και να υποστηρίζονται προκειμένου να θηλάσουν (Quinn & Haller, 1997).

Μερικοί από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη διάρκεια του θηλασμού είναι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα η αποφασιστικότητα της μητέρας να θηλάσει, η υποστήριξη που λαμβάνουν οι γυναίκες από τους συζύγους τους και η αυτοπεποίθησή τους. Ο ρόλος του πατέρα είναι εξίσου σημαντικός με αυτόν της μητέρας και για αυτό το λόγο χρειάζεται να



συμπεριληφθούν στα προγράμματα κατάρτισης ώστε να στηρίξουν τις γυναίκες τους στο θηλασμό (Agora et al., 2000). Η θεωρία της προσκόλλησης, όπως περιγράφηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, αναφέρεται στην ανάπτυξη ασφαλών δεσμών προσκόλλησης ανάμεσα στο βρέφος και σε έναν γονέα όταν το μωρό στέλνει σήματα για να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους. Ο ενήλικας φροντιστής χρειάζεται να ανταποκριθεί σε αυτά τα σήματα. Πρόσφατα η θεωρία της προσκόλλησης αναπτύχθηκε προκειμένου να συμπεριλάβει και τους πατέρες (Erdogan, 2004, όπως αναφέρεται στους Yurtsal & Kocoglu, 2016).

Η θετική επίδραση του θηλασμού στην υγεία της μητέρας και τους βρέφους είναι γνωστή. Ο θηλασμός είναι γνωστό ότι ενισχύει τη γονεϊκή συμπεριφορά των μητέρων και βοηθά στην ανάπτυξη του δεσμού και στη βελτίωση της προσκόλλησης του μωρού (Jansen et al., 2008). Οι μητέρες μέσω του θηλασμού μπορούν να αναπτύξουν το αίσθημα μητρότητας και να αλληλεπιδράσουν με τα βρέφη τους (Akyuz et al., 2007; Herguner et al., 2014; Karakaplan & Yildiz, 2010). Η μητρική προσκόλληση δημιουργείται ως αποτέλεσμα των ορμονικών αλληλεπιδράσεων κατά τη διάρκεια του θηλασμού και επιτρέπει στα βρέφη να λαμβάνουν οπτική, απτική και ακουστική διέγερση και στις μητέρες να μάθουν τα πρότυπα συμπεριφοράς των παιδιών τους μέσω της άμεσης, αισθητηριακής ανατροφοδότησης (Abuhammad, 2016; Abuhammad & Johnson, 2018).

Ο θηλασμός ενισχύει την ανατροφή των παιδιών και το δεσμό ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί (Yurtsal & Kocoglu, 2015). Ταυτόχρονα η μητρική προσκόλληση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί χτίζει μια αρμονική αλληλεπίδραση κατά τη διάρκεια της σίτισης. Κατά συνέπεια πολλοί ερευνητές έδειξαν ότι ο θηλασμός έχει θετικά αποτελέσματα στη μητρική προσκόλληση (Leung et al., 2005; Britton et al., 2006; Gibbs et al., 2018; Scharfe, 2012). Αυτές οι απόψεις ενθάρρυναν τις μητέρες να προτιμήσουν το θηλασμό από ότι τη φόρμουλα, καθώς ο θηλασμός θεωρείται ότι βοηθά στην ανάπτυξη της μητρικής στοργής (Yurtsal & Kocoglu, 2015; Hatmleh et al., 2018a).

Οι μητέρες που επέλεξαν το θηλασμό διαπιστώθηκε ότι βοηθούσαν στη μητρική προσκόλληση (Gijsbers et al., 2005) ενώ οι μητέρες που τα τάιζαν με μπιμπερό φαίνεται ότι ένιωθαν ενοχές (Braumoh & Davies, 2014). Ο θηλασμός

ενισχύει τη μητρική προσκόλληση και αυτό αποδείχθηκε από ορισμένες έρευνες (Gibbs et al., 2018; Scharfe, 2012) ενώ άλλοι ερευνητές υποστήριξαν το αντίθετο (Jackson, 2016; Schulze & Carlisle, 2010).

Ακόμα η πρώτη εμπειρία προσκόλλησης του βρέφους είναι η βάση για τις μελλοντικές του διαπροσωπικές σχέσεις. Τα αισθήματα προσκόλλησης που βιώνονται ως αξιόπιστα ή αναξιόπιστα στη νεογνική περίοδο θα το συντροφέψουν για ολόκληρη τη ζωή του (Alus Tokat et al., 2015; Ozer et al., 2010; Sabuncuoglu & Berkem, 2006; Scarfe, 2012; Tully & Topu, 2012). Αν το μωρό δεν ικανοποιήσει τις ανάγκες προσκόλλησης του κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους τότε μπορεί να έχει συναισθηματικά, κοινωνικά, σωματικά, νοητικά και αναπτυξιακά προβλήματα. Σε ανεπαρκείς συνθήκες προσκόλλησης με τη μητέρα το μωρό διατρέχει τον κίνδυνο της αμέλειας και της εκμετάλλευσης .

Οι Alhusen et al. (2013) υποστήριξαν ότι οι μητέρες που είχαν ανώτερα επίπεδα προσκόλλησης ήταν πιο ευαίσθητες, πιο τρυφερές και είχαν υποστηρικτικούς συντρόφους. Με αυτό τον τρόπο μπόρεσαν να επηρεάσουν την ανάπτυξη του μωρού τους με θετικό τρόπο. Οι Schwarze et al. (2015) στη μελέτη τους έδειξαν ότι ο θηλασμός είναι ένας παράγοντας που αποτρέπει την εμφάνιση της οριακής διαταραχής της προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τους Maonga et al. (2016) υπάρχουν δύο τύποι θηλασμού: ο αποκλειστικός και ο μεικτός. Ο αποκλειστικός θηλασμός διακρίνεται σε δύο υποομάδες: τη σίτιση του βρέφους μόνο με μητρικό γάλα και το θηλασμό που συμπληρώνεται από μέταλλα, βιταμίνες και νερό. Ο μεικτός θηλασμός αφορά το βρέφος που λαμβάνει το μητρικό γάλα μαζί με φόρμουλα. Ωστόσο πολύ λίγη έρευνα έχει διεξαχθεί για να διερευνηθεί η επίδραση των τύπων του θηλασμού και της μητρικής προσκόλλησης (Abuhammad, 2016).

Οι γυναίκες βιώνουν διάφορες πτυχές στην προσαρμογή της διαδικασίας του θηλασμού αμέσως μετά τον τοκετό. Η προσαρμογή του θηλασμού περιλαμβάνει τέσσερις πτυχές: τη φυσιολογική πτυχή, που περιλαμβάνει την ικανότητα της μητέρας να παρέχει άφθονη ποσότητα μητρικού γάλακτος για το μωρό και να συμμετέχει στη σίτιση του βρέφους, η πτυχή της αυτοαντίληψης, που περιλαμβάνει τη βελτίωση της εμπιστοσύνης στο θηλασμό, η πτυχή της λειτουργίας του ρόλου, που αναφέρεται

στην ικανότητα της ανάπτυξης για θηλασμό και στην πτυχή της αλληλεξάρτησης, που περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο οι μητέρες εξοικειώνονται και ανταλλάσσουν συναισθήματα με τα βρέφη τους και λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη για το θηλασμό τους (Kim, 2009). Η προσαρμογή του θηλασμού θεωρείται ότι συνδέεται με την προσκόλληση αλλά δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για αυτό (Kim, 2019).

Η προθυμία των μητέρων να θηλάσουν είναι ένας κρίσιμος παράγοντας για τον θηλασμό (Kim & Nam, 1997; Yang & Seo, 2013). Μελέτες δείχνουν ότι οι έγκυες γυναίκες είναι πρόθυμες να θηλάσουν λόγω της προσκόλλησης της μητέρας με το νεογέννητο της (Huang et al., 2004). Η σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος της καθώς επίσης και η προσκόλληση και η προθυμία για θηλασμό πέρα από τον πρώτο χρόνο δεν έχει εξεταστεί (Kim, 2019).

Η προσκόλληση αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και η ασφαλής προσκόλληση έχει παρατηρηθεί ότι έχει πολλά οφέλη τόσο για τις μητέρες όσο και για τα βρέφη που ήταν ενός μηνών (Isabella & Belsky, 1991). Η ασφαλής προσκόλληση είναι ευέλικτη και μεταβλητή ανάλογα με το οικογενειακό περιβάλλον (Thompson & Raikes, 2003). Επιπλέον ο θηλασμός είναι ένα σταθερό μοτίβο στο πρώτο μήνα μετά τη γέννηση (Huggins & Ziedrich, 2007). Επομένως αν επιβεβαιωθεί ο δεσμός στη διάρκεια του πρώτου μήνα μετά τον τοκετό, ο σχηματισμός της προσκόλλησης μπορεί να είναι βελτιωμένος και οι διαταραχές της μπορούν να προληφθούν έγκαιρα μέσω συγκεκριμένων παρεμβάσεων.

Η μητρική προσκόλληση αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και η ασφαλής προσκόλληση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί μπορεί να εδραιωθεί κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους ζωής του (Weaver et al., 2018). Η διαδικασία μπορεί να είναι ευέλικτη και να αλλάζει ανάλογα με το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνει το παιδί (Maonga et al., 2016). Ο θηλασμός χρειάζεται να γίνεται με σταθερό τρόπο κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής ενός βρέφους (Gibbs et al., 2018; Scharfe, 2012).

Κατά συνέπεια ο σχηματισμός της προσκόλλησης μπορεί να βελτιωθεί και οι διαταραχές της να προληφθούν κατά τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό, μέσω των έγκαιρων παρεμβάσεων. Ωστόσο προηγούμενες μελέτες σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τη μητρική προσκόλληση ήταν ασυνεπείς ως προς τα αποτελέσματά

τους. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να διερευνηθούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων και άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την προσκόλληση (Abuhammad, 2016; Abuhammad & Johnson, 2018).

Οι μεταβλητές αυτές μπορεί να είναι ο οικογενειακός προγραμματισμός, η εμπειρία της γυναίκας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού, η φροντίδα του βρέφους από τη μητέρα, η βοήθεια κατά τη φροντίδα του βρέφους από άλλα άτομα της οικογένειας και τα μαθήματα του ανώδυνου τοκετού. Η ηλικία του βρέφους και το φύλο του συμπεριλήφθηκαν σε αυτές τις μεταβλητές στην έρευνα του Abuhammad (2020). Η συγκεκριμένη μελέτη διερεύνησε και ορισμένες περιβαλλοντικές και πολιτιστικές μεταβλητές, που περιελάμβαναν την παρουσία της οικογένειας, την αντίληψη της μητέρας για τη σχέση της με το σύζυγο και την υποστήριξη που δεχόταν από την οικογένεια.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του έδειξαν ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην μητρική προσκόλληση ανάμεσα στον αποκλειστικό και το μεικτό θηλασμό. Αυτό σημαίνει ότι η ενθάρρυνση του θηλασμού μπορεί να ενισχύσει τη μητρική προσκόλληση ανεξάρτητα από το αν η μητέρα χρησιμοποιεί τον ένα τύπο ή τον άλλο (Abuhammad, 2020). Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις έρευνες των Gibbs et al. (2018) και του Scharfe (2012) που είχαν διαπιστώσει ότι ο θηλασμός συνδέεται με τη μητρική προσκόλληση. Σύμφωνα με τους Gibbs et al. (2018) ο θηλασμός ενισχύει την προσκόλληση επειδή τα βρέφη που θηλάζουν είναι πιο ζεστά, τα κρατούν οι μητέρες περισσότερο στην αγκαλιά τους, είναι πιο συνεργάσιμα και λιγότερο απαιτητικά σε σύγκριση με τα βρέφη που δεν θηλάζουν. Ωστόσο η έρευνα αυτή δεν παρείχε λεπτομέρειες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων αλλά και άλλων παραγόντων που μπορούσαν να επηρεάσουν την προσκόλληση.

Σύμφωνα με τους Cerezo et al. (2016) και τους Cho et al. (2016) το επίπεδο προσκόλλησης ενός βρέφους επηρεάζεται από τις αλληλεπιδράσεις και τις εμπειρίες με το φροντιστή του. Ο θηλασμός δίνει την ευκαιρία στη μητέρα να καταλάβει και να κατανοήσει το πρότυπο συμπεριφοράς του μωρού της ως μια απάντηση στη στοργή και στην οπτική επαφή. Η επικοινωνία περιλαμβάνει τη συναισθηματική ανταλλαγή με το βρέφος λόγω της προσεκτικής παρατήρησης της μητέρας και την ανάπτυξη συναισθημάτων και αντιδράσεων από το βρέφος, που έχουν ως αποτέλεσμα την

ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης. Αυτό το εύρημα του Abuhammad (2020) φαίνεται ότι ταιριάζει με τη μέθοδο επαφή δέρμα με δέρμα που επηρεάζει την προσκόλληση των πρόωγων βρεφών.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που επιδρούν στην ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης. Αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν να εξηγήσουν το 45% της διακύμανσης. Οι παράγοντες είναι το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, η βοήθεια στη φροντίδα του βρέφους και ο προγραμματισμός της εγκυμοσύνης. Ακόμα εντοπίστηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο επίπεδο της μητρικής προσκόλλησης σχετικά με τα χαρακτηριστικά του βρέφους, δηλαδή το φύλο και την ηλικία του (Abuhammad, 2020). Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα του Al-Akour (2008) που ανέφερε ότι στην ιορδανική κουλτούρα υπάρχει περισσότερη εκτίμηση στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Ακόμα ο ίδιος ερευνητής διαπίστωσε ότι το αν οι μητέρες θηλάζουν εξαρτάται από το φύλο του μωρού.

Η στατιστικά σημαντική διαφορά που εντόπισε ο Abuhammad (2020) σχετικά με την ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης και του προγραμματισμού της εγκυμοσύνης εξηγείται από την πεποίθηση ότι τα ζευγάρια στην Ιορδανία θα πρέπει να αναλάβουν αμέσως το ρόλο τους ως γονείς αμέσως μόλις παντρευτούν (Gharaibeh & Hamlan, 2012). Η έρευνα του Abuhammad (2020) εντόπισε σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μητρική προσκόλληση και την κατάσταση της συζυγικής σχέσης. Οι μητέρες που ένιωθαν ότι είχαν μια ισχυρή σχέση με το σύζυγό τους είχαν μεγαλύτερη προσκόλληση με τα παιδιά τους. Αυτό το εύρημα επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα της έρευνας του Abuhammad (2016). Κατά συνέπεια η σταθερή συζυγική σχέση ενίσχυε την ικανότητα της μητέρας να ερμηνεύει σωστά τα σήματα του μωρού της. Οι περισσότερες μητέρες το αντιλαμβάνονταν ότι η υποστήριξη από τους συντρόφους τους ήταν πολύ σημαντική κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επιπλέον εντοπίστηκε ότι η διάρκεια του θηλασμού είχε σχέση με το χρόνο που πέρασε η μητέρα με το σύντροφό της μετά τον τοκετό. Η παρουσία του συντρόφου επηρεάζει τη φύση της σχέσης τους.

Η έρευνα του Abuhammad (2020) δεν βρήκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μητρική προσκόλληση και στις δυσκολίες της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή και του τοκετού. Το εύρημα αυτό επιβεβαίωσε τα αποτελέσματα του

Abuhammad (2016) που υποστήριξε ότι οι μητέρες με κτήσεις υψηλού κινδύνου δεν διαφέρουν από την ανάπτυξη της μητρικής προσκόλλησης σε σύγκριση με τις γυναίκες που θεωρείται ότι είχαν μια φυσιολογική εγκυμοσύνη.

Σύμφωνα με τους Yang & Seo (2013) και τον Abu Aishee (2008) υπάρχει η υπόθεση ότι η ανατροφή των παιδιών περιλαμβάνει πολύπλευρα καθήκοντα και δυνατότητες που υπερβαίνουν τον καθαρισμό, τη σίτιση και την παροχή ανέσεων, ιδιαίτερα ανάμεσα στις μητέρες που θηλάζουν. Η προηγούμενη έρευνα ανάμεσα στις μητέρες από την Ιορδανία έδειξε ότι η ανατροφή των παιδιών δεν είναι μία από τις προτεραιότητες την περίοδο αμέσως μετά τον τοκετό. Οι θηλάζουσες μητέρες που είχαν εμπειρία στη βρεφική φροντίδα πριν κάνουν παιδιά και που ζούσαν σε μεγάλη οικογένεια έδειξαν υψηλή μητρική αυτό-αποτελεσματικότητα (Abuhammad, 2016; Hatamleh et al., 2018).

Ομοίως οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και εμπειρίας είναι σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της ικανότητας φροντίδας του βρέφους (Abuhammad, 2016). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων αποκαλύπτει τη σημασία της εμπλοκής των νεαρών κοριτσιών στη φροντίδα των παιδιών πριν από το γάμο. Είναι αποδεκτό τα νεαρά κορίτσια να φροντίζουν τα βρέφη καθώς με αυτό τον τρόπο προετοιμάζονται για το μέλλον τους (Al-Akour, 2008; Maonga et al., 2016). Τα αποτελέσματα της έρευνας του Abuhammad (2020) επιβεβαιώθηκαν από προηγούμενες μελέτες των Parkinson et al. (2010) και των Cinar et al. (2015), που εντόπισαν ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι απαραίτητη τόσο για το θηλασμό όσο και για τη μητρική προσκόλληση. Σύμφωνα με τους Handayani et al. (2012) η κοινωνική υποστήριξη, η στάση, η αυτό-αποτελεσματικότητα και η γνώση είναι κρίσιμοι παράγοντες κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Επιπλέον αυτοί οι ερευνητές έδειξαν ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική βοήθεια και τη γονική υποστήριξη.

## **2.2. Θηλασμός μετά από κολπικό τοκετό και καισαρική τομή**

Το μωρό μετά τον κολπικό τοκετό χρειάζεται περισσότερο την αγκαλιά σε σύγκριση με τον τοκετό με καισαρική τομή (Pinar et al., 2009; Gulesen & Yildiz,

2013; Kavлак & Sirin, 2009; Yenal & Okumus, 2003). Ο κίνδυνος προβλημάτων και δυσκολιών που θα μπορούσαν να εντοπιστούν στην περίοδο μετά τον τοκετό ήταν υψηλότερος όταν είχε προηγηθεί καισαρική τομή σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό (Herguner et al., 2014; Karakaplan & Yildiz, 2010; Alus Tokat et al., 2015; Ozer et al., 2010; Tully & Topu, 2012; Alhusen et al., 2013; Schwarze et al., 2015; Pinar et al., 2009). Ωστόσο το ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική συνεχίζει να αυξάνεται. Οι μητέρες που δεν μπόρεσαν να σταθούν όρθιες 6-12 ώρες μετά την καισαρική τομή, που δεν μπορούσαν να σιτιστούν μετά την έναρξη της εντερικής δραστηριότητας και είχαν πιο έντονο πόνο που σχετιζόνταν με τη χρήση καθετήρα μπορεί να εντόπιζαν ποικίλες δυσκολίες τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (Akyuz et al., 2007; Karakaplan & Yildiz, 2010; Tully & Topu, 2012).

Υπάρχουν αναφορές στη βιβλιογραφία που έδειξαν ότι οι μητέρες που έκαναν καισαρική τομή είχαν δυσκολίες στη φροντίδα του εαυτού τους, στη συνέχιση της καθημερινότητάς τους, στη διασφάλιση των αναγκών και της φροντίδας του νεογέννητου και παρουσίασαν προβλήματα θηλασμού (Akyuz et al., 2007; Karakaplan & Yildiz, 2010; Tully & Topu, 2012). Η καθυστέρηση στη μητρική προσκόλληση είναι εμφανής στον τοκετό με καισαρική τομή λόγω των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση και λόγω άλλων θεμάτων που μπορεί να εμφανιστούν αμέσως μετά τον τοκετό (Pinar et al., 2009).

### **2.3. Τα οφέλη του μητρικού γάλακτος**

Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για τα βρέφη (Heinig, 2001). Η Αμερικάνικη Ακαδημία Παιδιατρικής και η Αμερικάνικη Διαιτητική Εταιρεία συνιστούν αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής και στη συνέχεια συνέχιση του θηλασμού, εκτός από τις συμπληρωματικές τροφές, τουλάχιστον για τους πρώτους 12 μήνες της ζωής του παιδιού. Η διατροφή με φόρμουλα αυξάνει τον κίνδυνο των βρεφών για γαστρεντερικές παθήσεις (Bernt & Walker, 1999; Dewey et al., 1995), ωτίτιδες (Engel et al., 1999), αλλεργίες και διάφορες ασθένειες (Saarinen & Kajosaari, 1995; Snijders et al., 2007), καρκίνο στα παιδιά (Bener et al., 2008; Dobson & James, 2005), σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού

θανάτου (Gordon et al., 1999; Kattwinkel et al., 2009), παχυσαρκίας (Armstrong & Reilly, 2002; Novotnorio et al., 2007; Palou & Pico, 2009) και διαβήτη (Pettitt et al., 1997). Επιπλέον μια γυναίκα που δεν θηλάζει έχει αυξημένο κίνδυνο για καρκίνο του μαστού πριν και μετά την εμμηνόπαυση (Triggvadottir et al., 2001), καρκίνο των ωοθηκών (McLaughlin et al., 2007), καρδιαγγειακής νόσου (Parikh et al., 2009; Stuebe et al., 2009), παχυσαρκίας (Kac et al., 2004), επιλόχειας κατάθλιψης (Hatton et al., 2008) και διαβήτη τύπου II (Hoddinott et al., 2008). Στη συνέχεια της παρούσας υποενοότητας θα αναλυθούν τα οφέλη για τα παιδιά αλλά και για τις μητέρες τους.

### **2.3.1. Τα οφέλη του θηλασμού για τα παιδιά**

Τα παιδιά που θηλάζουν εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο γαστρεντερικών παθήσεων. Η ανωριμότητα του εντέρου και του ανοσοποιητικού συστήματος του νεογέννητου θέτει το βρέφος σε αυξημένο κίνδυνο για γαστρεντερική νόσο. Στην ώριμη γαστρεντερική οδό, το εντερικό επιθήλιο δρα ως φραγμός στα βακτήρια και στις τοξίνες. Η γαστρική οξύτητα, τα παγκρεατικά ένζυμα και η περισταλτικότητα του εντέρου εμποδίζουν τα παθογόνα να προσκολληθούν στο τοίχωμα του εντέρου και να προκαλέσουν γαστρεντερικές ασθένειες. Στα νεογνά, η γαστρική έκκριση και η παραγωγή παγκρεατικών ενζύμων είναι μικρότερη από ότι στα μεγαλύτερα μωρά. Το μητρικό γάλα περιέχει πολλά ενεργά συστατικά που είναι ικανά να μεταδώσουν βιοχημικά μηνύματα συμπεριλαμβανομένων των ορμονών, των ενζύμων, των κυτοκινών, της λακτοφερίνης και άλλων ουσιών που υπάρχουν στο γάλα. Πολλά από αυτά έχουν επιδράσεις ωρίμανσης στον εντερικό βλεννογόνο και μειώνουν με αυτό τον τρόπο τον κίνδυνο για γαστρεντερικές ασθένειες (Bernt & Walker, 1999).

Οι Dewey et al. (1995) έδειξαν ότι στα βρέφη που τρέφονταν με φόρμουλα η συχνότητα εμφάνισης διαρροϊκής νόσου ήταν σχεδόν διπλάσια από τη συχνότητα της νόσου στα βρέφη που θηλάζαν. Η διαρροϊκή νόσος ορίζεται από δύο ή περισσότερες κενώσεις την ημέρα που ήταν διαφορετικές από την κανονική ποιότητα των κοπράνων του παιδιού.



Η έλλειψη θηλασμού μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο του βρέφους για ωτίτιδα ή μολύνσεις στα αυτιά του (Engel et al., 1999; Heinig, 2001; Ip et al., 2007). Η ωτίτιδα σχετίζεται συχνά με την πρόωμη ανάπτυξη λοίμωξης του ανώτερου αναπνευστικού. Μια λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού αυξάνει τον κίνδυνο για ωτίτιδα. Ο αποκλειστικός θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο της ωτίτιδας με την έκθεση του ρινοφάρυγγα του βρέφους στο μητρικό γάλα που περιέχει ανοσοσφαιρίνες και ουσίες που μειώνουν την προσκόλληση του ιού ή των βακτηρίων στον ιστό.

Οι Ip et al. (2007) εντόπισαν ότι τα βρέφη που θήλασαν δεν ανέπτυξαν τόσο συχνά ωτίτιδες όσο τα βρέφη που τράφηκαν με φόρμουλα. Οι Dewey et al. (1995) έδειξαν ότι τα βρέφη που θήλασαν δεν εμφάνισαν ωτίτιδα σε ποσοστό 42%, είχαν ένα επεισόδιο 24% και δύο ή περισσότερα επεισόδια 34%. Τα ίδια ποσοστά για τα βρέφη που σιτίστηκαν με φόρμουλα ήταν 18%, 25% και 57%.

Τα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας και ατοπικής δερματίτιδας που θηλάζουν μπορεί να έχουν μειωμένο κίνδυνο να αναπτύξουν αλλεργία και ατοπική δερματίτιδα (Saarinen & Kajosaari, 1995). Τα παιδιά με οικογενειακό ιστορικό αυτών των ασθενειών που θηλάζουν αποκλειστικά για περισσότερο από τρεις μήνες είχαν λίγο πιο αυξημένο κίνδυνο για να αναπτύξουν ατοπική δερματίτιδα. Ο θηλασμός μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ενός βρέφους να αναπτύξει παιδικό άσθμα όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό άσθματος (Ip et al., 2007).

Τα παιδιά που δεν θήλασαν ως βρέφη έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης παιδικού καρκίνου (Bener et al., 2008; Dobson & James, 2005). Οι παιδικές λευχαιμίες περιλαμβάνουν την οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία, την οξεία μυελογενή λευχαιμία, το λέμφωμα Hodgkin, το λέμφωμα μη Hodgkin και τη χρόνια μυελογενή λευχαιμία. Περίπου 3.250 παιδιά διαγιγνώσκονται με λευχαιμία κάθε χρόνο στις ΗΠΑ και το 74% αυτών των παιδιών διαγιγνώσκονται με οξεία λεμφοκυτταρική λευχαιμία. Τα αίτια της παιδικής λευχαιμίας παραμένουν άγνωστα (Ip et al., 2007) αλλά φαίνεται ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και του μειωμένου κινδύνου παιδικής λευχαιμίας. Οι Hoffman & Forste (2008) διερεύνησαν τις επιπτώσεις του θηλασμού στην ανάπτυξη των λεμφοειδών κακοηθειών. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους έδειξαν ότι σε όλα τα παιδιά με οξεία

λεμφοκυτταρική λευχαιμία ο θηλασμός διαδραμάτισε σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Πιο συγκεκριμένα τα παιδιά που δεν θήλασαν είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτή την ασθένεια σε σύγκριση με παιδιά που θήλασαν περισσότερο από έξι μήνες. Οι Bener et al. (2008) έδειξαν ότι ο θηλασμός για περισσότερο από έξι μήνες οδηγεί σε μειωμένο κίνδυνο λεμφωμάτων Hodgkin και μη Hodgkin.

Οι ενήλικες που δεν θήλασαν ως βρέφη έχουν αυξημένο κίνδυνο για παχυσαρκία, υπέρταση, υψηλά επίπεδα λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας και αυξημένη ολική χοληστερόλη (Lloyd-Jones et al., 2010; Parikh et al., 2009; Stuebe et al., 2009). Τα αυξημένα αυτά ποσοστά της καρδιαγγειακής νόσου σχετίζονται με την καρδιακή προσβολή και το εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσο κι αν κρατήσει ο θηλασμός έχει επίδραση στη συστολική αρτηριακή πίεση αργότερα. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται μείωση της. Έτσι μειώνεται ο κίνδυνος για καρδιακή προσβολή και εγκεφαλικό επεισόδιο (Ip et al., 2007).

Το σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου αναφέρεται στο θάνατο του βρέφους που δεν μπορεί να εξηγηθεί έπειτα από ενδελεχή έρευνα (Willinger et al., 1991). Τα βρέφη που θήλασαν έχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης αυτού του φαινομένου σε σύγκριση με τα βρέφη που τράφηκαν με φόρμουλα (Ip et al., 2007). Οι McVea et al. (2000) υποστήριξαν ότι ο θηλασμός είναι ένας προστατευτικός παράγοντας. Τα βρέφη που τρέφονταν με φόρμουλα είχαν 2,1 φορές αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου αιφνιδίου θανάτου.

Τα παιδιά που δεν θηλάζουν μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο για εμφάνιση διαβήτη τύπου I. Ο διαβήτης τύπου I προκαλείται από την καταστροφή των βήτα κυττάρων στο πάγκρεας. Τα κύτταρα αυτά παράγουν ινσουλίνη. Η αιτία αυτής της αυτοάνοσης καταστροφής είναι άγνωστη. Ωστόσο η ασθένεια θεωρείται ότι έχει τόσο γενετικά όσο και περιβαλλοντικά αίτια. Τα περιβαλλοντικά αίτια μπορεί να είναι η ιογενής λοίμωξη και ο θηλασμός που προστατεύει έναντι των ιογενών μολύνσεων. Τα παιδιά που θήλασαν περισσότερο από τρεις μήνες έχουν μειωμένο κίνδυνο να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου I σε σύγκριση με εκείνα που θήλασαν λιγότερο από τρεις μήνες ή που τράφηκαν με φόρμουλα (Ip et al., 2007).

Η έλλειψη θηλασμού κατά τη βρεφική ηλικία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για διαβήτη τύπου II στην ενήλικη ζωή. Ο διαβήτης τύπου II αναπτύσσεται σε άτομα που εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη που σχετίζεται με το υπερβολικό βάρος, την αδράνεια και τους γενετικούς παράγοντες (American Diabetes Association, 2009). Οι Baur et al. (1998) υποστήριξαν ότι η συγκέντρωση μακράς αλυσίδας πολυακόρεστων λιπαρών οξέων στις μυϊκές μεμβράνες και η γλυκόζη του αίματος νηστείας σχετίζονται αντίστροφα. Τα μακράς αλυσίδας πολυακόρεστα λιπαρά οξέα βρίσκονται στο μητρικό γάλα ενώ μπορεί να προστεθούν και σε κάποια φόρμουλα με τη μορφή δοκοσαεξανοϊκού οξέος. Ωστόσο τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μπορεί να μην υπάρχουν σε επαρκή ποσότητα στη φόρμουλα (Sala-Vila et al., 2004). Η ενσωμάτωση της μακράς αλυσίδας των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων που βρίσκονται στο μητρικό γάλα στη μεμβράνη των σκελετικών μυών μειώνει την πιθανότητα η μυϊκή μεμβράνη να γίνει ανθεκτική στην ινσουλίνη (Horta et al., 2009). Όσον κι αν κρατήσει ο θηλασμός κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία τόσο περισσότερο μειώνεται ο κίνδυνος διαβήτη τύπου II αργότερα στη ζωή (Hoddinott et al., 2008; Owen et al., 2006).

### **2.3.2. Τα οφέλη του θηλασμού για τις μητέρες τους**

Ο καρκίνος του μαστού είναι η δεύτερη πιο διαγνωσμένη ασθένεια στις γυναίκες και ο δεύτερος πιο θανατηφόρος τύπος καρκίνου (American Cancer Society, 2009). Ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του μαστού είναι μειωμένος στις γυναίκες που δεν έχουν θηλάσει. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι κάθε μήνας θηλασμού στη ζωή μιας γυναίκας μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης του καρκίνου του μαστού (Furberg et al., 1999). Άλλες μελέτες δείχνουν ότι ο θηλασμός για περισσότερο από 12 μήνες στη ζωή μιας γυναίκας μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο του μαστού (Huo et al., 2008). Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ο θηλασμός έχει μια δοσοεξαρτώμενη επίδραση στη μείωση του καρκίνου του μαστού (Kim et al., 2007). Επιπλέον όσο κι αν διαρκέσει ο θηλασμός σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο καρκίνου των ωοθηκών στις γυναίκες (Ip et al., 2007; McLaughlin et al., 2007).

Η καρδιακή νόσος στις γυναίκες προκαλεί έναν στους τρεις θανάτους στις ΗΠΑ (Lloyd-Jones et al., 2010). Οι γυναίκες που θήλασαν για συνολικά δύο ή περισσότερα χρόνια στη διάρκεια της ζωής τους είχαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου κατά 37%. Σε αυτό συμπεριλαμβάνονται και τα εγκεφαλικά επεισόδια στη μετέπειτα ζωή τους (Stuebe et al., 2009).

Το 10-20% των μητέρων εμφανίζουν κλινική επιλόχεια κατάθλιψη, που είναι διαφορετική από το παροδικό και λιγότερο σοβαρό φαινόμενο των baby blues, που βιώνει περίπου το 50% των γυναικών την πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό. Ο θηλασμός μπορεί να προστατεύσει τις γυναίκες από την ανάπτυξη της κλινικής επιλόχειας κατάθλιψης. Σε μια βρετανική μελέτη που διεξήχθη με δείγμα 2.375 γυναικών με επιλόχειο κατάθλιψη, αποδείχθηκε ότι υπήρχε αυξημένη εμφάνιση της νόσου έξι ως οκτώ εβδομάδες μετά τον τοκετό στις γυναίκες που δεν θήλασαν (Warner et al., 1996). Οι Hatton et al. (2005) υποστήριξαν ότι υπήρχε μια αντίστροφη σχέση ανάμεσα στο θηλασμό και στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης στις γυναίκες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Με άλλα λόγια όσες γυναίκες είχαν θηλάσει ή συνέχιζαν το θηλασμό είχαν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν αυτή τη ψυχική διαταραχή.

Στις γυναίκες που δεν είχαν ιατρικό ιστορικό διαβήτη κύησης, κάθε έτος θηλασμού μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II αργότερα στη ζωή τους (Hoddinott et al., 2008). Για τις γυναίκες που εμφανίζουν διαβήτη κύησης, ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη τύπου II δεν μειώνεται με το θηλασμό (Ip et al., 2007).

#### **2.4. Οι πρακτικές που προωθούν την έναρξη του θηλασμού**

Η χρήση των κατάλληλων μεθόδων/πρακτικών που βοηθούν στο θηλασμό μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά της έναρξης του, τον αποκλειστικό θηλασμό κατά τη σιτιμμή που η μητέρα και το βρέφος φεύγουν από την κλινική και τη διάρκεια του θηλασμού (Broadfoot et al., 2005; Manganaromi et al., 2009). Οι καλύτερες πρακτικές που επηρεάζουν τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού είναι η ηλικία της μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας, η οικογενειακή κατάσταση και η χρήση νικοτίνης από τη μητέρα (Broadfoot et al., 2005; Duyan et al., 2007).

Προκειμένου να υποστηριχθούν οι καλύτερες πρακτικές που βασίζονται σε στοιχεία για την έναρξη του θηλασμού, χρειάζεται να θεσπιστούν και να επικαιροποιηθούν οι πολιτικές για να καθοδηγήσουν τη νοσηλευτική πρακτική. Είναι σημαντικό να αξιολογηθούν οι νοσοκομειακές μαιευτικές πρακτικές που θεωρούνται ότι είναι ρουτίνα για να καθοριστεί αν παρεμβαίνουν στο θηλασμό (Auerbach, 2000). Οι κλινικές που έχουν σαφείς πολιτικές θηλασμού είναι πιο πιθανό να παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες υποστήριξης θηλασμού και έτσι να έχουν καλύτερα αποτελέσματα (Rosenburg et al., 2008).

Η γνώση των καλύτερων πρακτικών έναρξης του θηλασμού από τις μαιές είναι παράγοντας πρόγνωσης για το θηλασμό. Επιπλέον οι μαιές που γνωρίζουν όλες τις απαιτούμενες πληροφορίες για το θηλασμό θα στηρίξουν καλύτερα τις νέες μητέρες (Bernaix, 2000). Πολλές μαιές δηλώνουν ότι υποστηρίζουν το θηλασμό αλλά έχουν ελλιπείς γνώσεις. Για αυτό το λόγο χρειάζεται να εκπαιδεύονται κατάλληλα. Οι κλινικές που εκπαίδευσαν τις μαιές τους τουλάχιστον για 18 ώρες στις βέλτιστες πρακτικές έναρξης του θηλασμού βελτίωσαν τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με άλλες κλινικές των οποίων οι μαιές δεν έλαβαν αντίστοιχη εκπαίδευση (Philipp et al., 2001; Merten et al., 2005).

Η πρώιμη επαφή δέρμα με δέρμα βοηθά στη διατήρηση της θερμοκρασίας του σώματος του βρέφους (Bystrova et al., 2003) και επηρεάζει με θετικό τρόπο τον μακροχρόνιο θηλασμό (Carfoot et al., 2005). Η άμεση και αδιάλειπτη επαφή δέρμα με δέρμα ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό της και η πρώιμη έναρξη του θηλασμού μπορεί να βελτιώσει τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από την κλινική (DiGirolamo et al., 2003).

Αν δεν υπάρχουν σαφείς πρακτικές για τον τρόπο με τον οποίο θα διευκολυνθεί η άμεση, αδιάλειπτη επαφή δέρμα με δέρμα και ο θηλασμός δεν ξεκινήσει την πρώτη ώρα της ζωής του βρέφους τότε εμποδίζεται ο θηλασμός. Τα βρέφη συχνά απομακρύνονται στο διάστημα αυτό από τη μητέρα για να αξιολογηθούν και να κάνουν μπάνιο. Αυτός ο διαχωρισμός μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη έναρξη της παραγωγής του γάλακτος, γεγονός που περιπλέκει την έναρξη του θηλασμού και κάνει το βρέφος πιο πιθανό να βιώσει την υπερβολική απώλεια βάρους κατά τις τρεις πρώτες μέρες της ζωής του (Dewey et al., 2003).

Τα βρέφη που τοποθετούνται δέρμα με δέρμα με τις μητέρες τους και αφήνονται εκεί είναι πιθανό να θηλάσουν κατά την πρώτη ώρα της ζωής τους. Αυτός ο πρώιμος θηλασμός σχετίζεται με την αύξηση στη διάρκεια του θηλασμού (Bystrova et al., 2003; Carfoot et al., 2005; Moore & Anderson, 2006; Righard & Alade, 1990). Οι διαδικασίες που συχνά χωρίζουν τις μητέρες από τα βρέφη, όπως για παράδειγμα το μπάνιο, η ένεση της βιταμίνης Κ και η χορήγηση αντιβιοτικών στα μάτια δεν είναι απαραίτητο να συμβούν την πρώτη ώρα της γέννησης του βρέφους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **3.1. Σκοπός**

Ο σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το μεταγεννητικό δεσμό της μητέρας με το νεογνό της και των συμπεριφορών του θηλασμού στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό, των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά και των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή.

### **3.2. Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι:

1. Το κοινωνικό – μορφωτικό επίπεδο των λεχωίδων συνδέεται με τις συμπεριφορές θηλασμού στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό;
2. Επηρεάζει ο τρόπος του τοκετού την επιτυχία του θηλασμού;
3. Ο μεταγεννητικός δεσμός μητέρας βρέφους συνδέεται με τον επιτυχή θηλασμό;

### **3.3. Μεθοδολογικό εργαλείο**

Το μεθοδολογικό εργαλείο ήταν το ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από τέσσερα επιμέρους μέρη. Στο πρώτο μέρος αξιολογήθηκαν οι δημογραφικές πληροφορίες και οι μαιευτικές επιπλοκές. Το δεύτερο μέρος αποτελούνταν από το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-28), το τρίτο ήταν το ερωτηματολόγιο μεταγεννητικού δεσμού και το τέταρτο το εργαλείο αξιολόγησης θηλασμού LATCH.

Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ- 28) σταθμίστηκε στον ελληνικό πληθυσμό από τον Γαρύφαλλο και συνεργάτες το 1991 και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στον ελληνικό πληθυσμό με

ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία. Το GHQ-28 αποτελείται από 28 ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται σε τέσσερις διαστάσεις: «Σωματικά ενοχλήματα», «άγχος», «κοινωνική λειτουργικότητα» και «κατάθλιψη». Συνολικά, για την εκτίμηση της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής υπάρχει σημείο διαχωρισμού (4/5), δηλαδή συνολική βαθμολογία ( $\leq 4$ ) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ συνολική βαθμολογία ( $\geq 5$ ) υποδηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο επιτρέπει ξεχωριστή αξιολόγηση των τεσσάρων διαστάσεων. Στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών (Garyfallos et al, 1991).

Το Ερωτηματολόγιο Μεταγεννητικού δεσμού [Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS)] διακρίνεται σε τρεις παράγοντες. Ο πρώτος είναι η ποιότητα του δεσμού, που περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις (1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 13 και 17). Ο δεύτερος είναι η απουσία εχθρότητας ή αλλιώς η απουσία εχθρικών συναισθημάτων ή θυμού προς το βρέφος, που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις (4, 8, 14, 18 και 19). Ο τρίτος είναι η ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση ή αλλιώς η επιθυμία για φυσική εγγύτητα και χαρά στην αλληλεπίδραση με το μωρό, που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις (3, 11, 12, 15 και 16) (Miera – Martin et al., 2018).

Το εργαλείο αξιολόγησης θηλασμού LATCH συμπληρώθηκε από την ερευνήτρια της εργασίας. Αποτελείται από μία κλίμακα που λαμβάνει βαθμούς 0, 1 και 2 για πέντε βασικές συνιστώσες του θηλασμού. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να φτάσει το 10. Οι συνιστώσες ήταν η προσκόλληση, η ακουστική κατάποση, ο τύπος θηλής, η άνεση και το κράτημα.

Η ποιότητα της προσκόλλησης του βρέφους στο στήθος θα πρέπει να αξιολογείται δύο φορές σε διάστημα 24 ωρών από δύο διαφορετικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να τεκμηριώνεται. Σε ένα ενδεικτικό παράδειγμα η μαία μπορεί να αναθεωρήσει τις βαθμολογίες από την προηγούμενη βάρδια και να δει ότι υπήρξε βελτίωση που σχετίζεται με το χαρακτηριστικό κράτημα, με τη μητέρα να μπορεί να τοποθετηθεί χωρίς βοήθεια. Ωστόσο η μαία μπορεί να δει ότι το χαρακτηριστικό της άνεσης έχει επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου και συνεπώς να χρειάζεται παρακολούθηση. Αυτή η συνεργατική προσέγγιση παρέχει ένα σταθερό μέτρο της προόδου του θηλασμού.



### 3.4. Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η έρευνα διεξήχθη από τον Ιανουάριο ως τον Οκτώβριο του 2022 στη Γενική Κλινική Δωδεκανήσου Euromedica στη Ρόδο. Όλες οι μητέρες που έλαβαν μέρος στην έρευνα ενημερώθηκαν για σημαντικά δεοντολογικά ζητήματα μέσω του έντυπου πληροφόρησης, που αρχικά κλήθηκαν να υπογράψουν. Σύμφωνα με αυτό ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι εθελοντική. Αν δεν επιθυμούσαν ή αν είχαν οποιουσδήποτε ενδοιασμούς δεν θα έπρεπε να συμμετέχουν. Είχαν το δικαίωμα να αποσύρουν τη συμμετοχή τους από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν.

Ακόμα ενημερώθηκαν ότι ο μέσος χρόνος που θα χρειάζονταν προκειμένου να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο είναι 15 με 20 λεπτά. Οι ερωτήσεις θα ήταν πολλαπλής ή μιας σύντομης απάντησης. Μπορούσαν να παραλείψουν οποιαδήποτε ερώτηση αν δεν ένιωθαν άνετα να απαντήσουν. Η συμμετοχή τους στην έρευνα δεν συνεπαγόταν κάποιο οικονομικό ή άλλο κόστος ή άλλου είδους επιβάρυνση για τις ίδιες, εκτός ίσως από το χρόνο που θα διέθεταν για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Δεν υπήρχαν προβλέψιμοι κίνδυνοι που προέκυπταν από τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Αν όμως αισθάνονταν δυσφορία κατά την απάντηση τους σε συγκεκριμένες ερωτήσεις θα τους παρακαλούσαν να μη διστάσουν ώστε να ζητήσουν να παραλειφθούν.

Επιπλέον ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορεί να αρνηθούν να συμμετέχουν χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Αν όμως δεχθούν να συμμετέχουν θα έπρεπε να διαβάσουν προσεκτικά το έντυπο που είχαν στα χέρια τους, να το κρατήσουν και να το υπογράψουν. Τα προσωπικά τους δεδομένα θα μπορούσαν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή. Στην περίπτωση που επιθυμούσαν να διαγραφούν τα προσωπικά τους δεδομένα ή συγκεκριμένες πληροφορίες που τους έδωσαν θα έπρεπε να επικοινωνήσουν με την ερευνήτρια.

Οποιοσδήποτε πληροφορίες που θα αποκτούνταν σχετικά με την παρούσα έρευνα και θα μπορούσαν να τους ταυτοποιήσουν προσωπικά, θα παρέμεναν

απόρρητες και θα αποκαλύπτονταν μόνο με την άδεια όσων συμμετείχαν ή όπως προβλέπεται από το σχετικό νόμο. Οι πληροφορίες εκείνες που τους ταυτοποιούσαν προσωπικά, θα διατηρούνταν ξεχωριστά από τα υπόλοιπα δεδομένα που τους αφορούσαν. Σε περίπτωση που τα αποτελέσματα της έρευνας δημοσιεύονταν ή παρουσιάζονταν σε συνέδρια δεν θα συμπεριλαμβάναν πληροφορίες που θα αποκάλυπταν την ταυτότητα των συμμετεχόντων.

Τα δεδομένα της έρευνας είναι απαραίτητα προκειμένου να συλλεχθούν όλα τα απαραίτητα στοιχεία για αυτή, προκειμένου η ερευνήτρια να μπορέσει να μελετήσει την πιθανή σχέση ανάμεσα στον τρόπο τοκετού και το μεταγεννητικό δεσμό. Η μετάβαση στη γονεϊκότητα είναι μια μοναδική διαδικασία. Είναι σημαντικό επομένως για τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίζουν εγκαίρως τους διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την κάθε γυναίκα σε αυτή την περίοδο της ζωής της. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να την προετοιμάσουν κατάλληλα με τη σωστή υποστήριξη αλλά και την παρέμβαση που χρειάζεται. Με αυτό τον τρόπο κάθε γυναίκα θα μπορούσε να μεταβεί όσο πιο ομαλά γίνεται, στο νέο της ρόλο ως μητέρα. Οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα καταγραφούν σε κωδικοποιημένα ηλεκτρονικά αρχεία. Αυτές οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δεν θα είναι δυνατόν να αποκαλυφθούν σε τρίτους. Η ταυτότητα των συμμετεχόντων δεν θα αποκαλύπτονταν ποτέ, σε πιθανές δημοσιεύσεις, παρουσιάσεις ή επιστημονικές αναφορές που θα προέκυπταν από τη συγκεκριμένη μελέτη.

Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα των συμμετεχόντων και τυχόν κωδικούς θα φυλάσσονταν σε φάκελο ηλεκτρονικού υπολογιστή ο οποίος θα έφερε έναν κωδικό και θα υπήρχε πρόσβαση μόνο από την ερευνήτρια. Όλα τα ηλεκτρονικά αρχεία που περιείχαν αναγνωρίσιμες πληροφορίες θα προστατεύονταν με κωδικό πρόσβασης για να διασφαλιστεί η ανωνυμία. Ο υπολογιστής που φιλοξενούσε τέτοια αρχεία θα είχε προστασία με κωδικό πρόσβασης για να εμποδίσει την πρόσβαση από μη εξουσιοδοτημένους χρήστες. Μόνο η ερευνήτρια θα είχε πρόσβαση στους κωδικούς. Τα αρχεία της έρευνας που αφορούν τους συμμετέχοντες θα φυλάσσονταν για 2 χρόνια μετά το πέρας των οποίων θα καταστρέφονταν με τη χρήση καταστροφέα εγγράφων. Τα δεδομένα φυσικού αρχείου θα διατηρούνταν κλειδωμένα για την αποφυγή πρόσβασης μη εξουσιοδοτημένων ατόμων σε αυτά, στο χώρο του εργαστηρίου. Τα ηλεκτρονικά αρχεία θα διατηρούνταν στο χώρο του τμήματος

πρωτοκόλλου διεκπεραίωσης και αρχείου του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής σε ηλεκτρονικό υπολογιστή που διασφαλίζει την πρόσβαση σε εξουσιοδοτημένα πρόσωπα με τη χρήση κωδικού πρόσβασης.

Τα δεδομένα και οι πληροφορίες που θα δώσουν οι συμμετέχοντες μπορεί να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον σε παρόμοια έρευνα. Τα αποτελέσματα της έρευνας πρόκειται να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις σε συνέδρια. Τα αποτελέσματα μπορούσαν να παρουσιαστούν με συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητα των συμμετεχόντων δεν θα μπορούσε να προσδιοριστεί σε καμία δημοσίευση, συνεδριακή ανακοίνωση.

Η έρευνα δεν χρηματοδοτείται από κανέναν φορέα. Στη συνέχεια ενημερώνονταν σχετικά με το με ποιον μπορούσαν να επικοινωνήσουν για περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα και που μπορούσαν να υποβάλλουν παράπονα και καταγγελίες.

### **3.5. Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων**

Όταν όλα τα δεδομένα συλλέχθηκαν κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στη βάση δεδομένων του SPSS 20. Αρχικά μετρήθηκαν οι ποσοστιαίες συχνότητες των δημογραφικών πληροφοριών και των μαιευτικών επιπλοκών. Έπειτα δημιουργήθηκαν τα κυκλικά διαγράμματα στο πρόγραμμα του Excel 2010.

Στη συνέχεια μετρήθηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha των τριών ερωτηματολογίων. Πιο συγκεκριμένα στο ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (GHQ-28) μετρήθηκε ξεχωριστά για κάθε έναν από τους τέσσερις παράγοντες: σωματικά ενοχλήματα, άγχος, κοινωνική λειτουργικότητα και κατάθλιψη. Στο ερωτηματολόγιο του μεταγεννητικού δεσμού μετρήθηκε ξεχωριστά για κάθε έναν από τους τρεις παράγοντες: την ποιότητα του δεσμού, την απουσία της εχθρότητας και την ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση. Στο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του θηλασμού LATCH μετρήθηκε ο συντελεστής αξιοπιστίας για όλες τις ερωτήσεις.

Έπειτα διεξήχθη ανάλυση one-way Anova για να διαπιστωθούν αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση

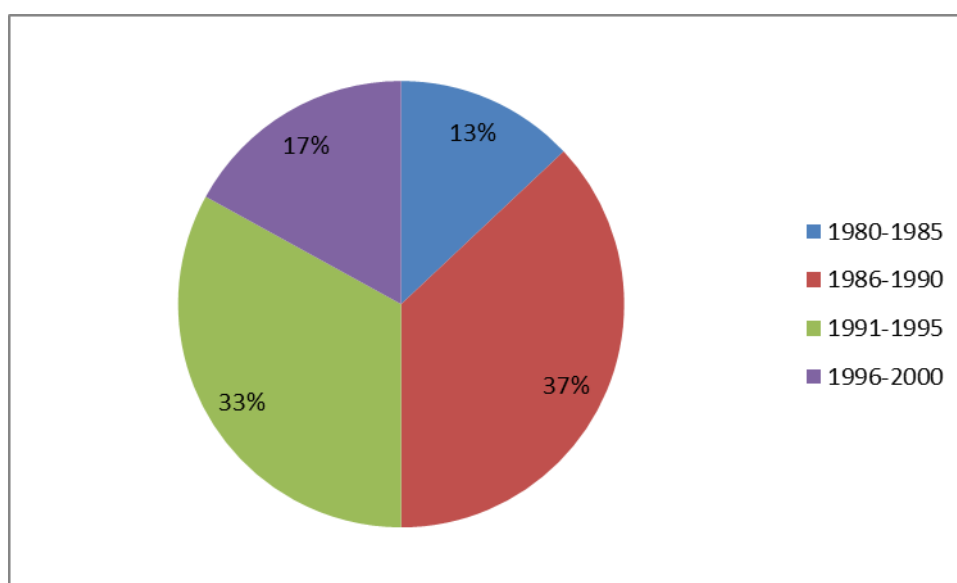
της μητέρας, το μορφωτικό της επίπεδο, το επάγγελμα και τον τοκετό με όλους τους παράγοντες των ερωτηματολογίων και με το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση του θηλασμού LATCH. Ο λόγος που έγινε αυτό είναι γιατί οι παράγοντες των ερωτηματολογίων, οι εξαρτημένες μεταβλητές, ήταν αριθμητικού τύπου και τα χαρακτηριστικά των μητέρων ήταν μετρημένα με την κατηγορική κλίμακα, κι είχαν πάνω από δύο κατηγορίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1. Οι ποσοστιαίες συχνότητες των δημογραφικών πληροφοριών και μαιευτικών επιπλοκών

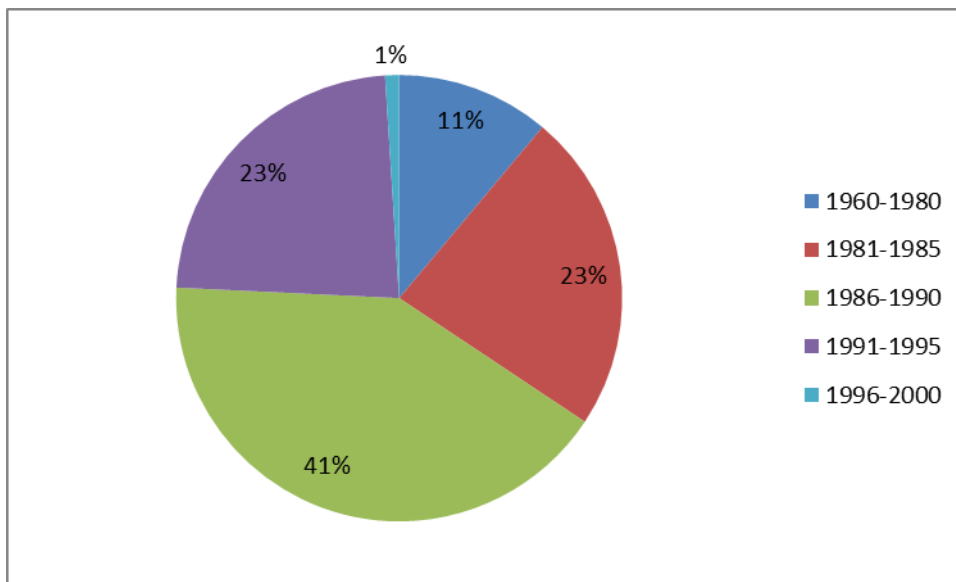
Στην έρευνα συμμετείχαν 100 γυναίκες που γέννησαν από τον Ιανουάριο ως τον Οκτώβριο του 2022 στο νησί της Ρόδου. Όσον αφορά την ηλικία τους το 13% είχε γεννηθεί από το 1980 ως το 1985, το 37% από το 1986 ως το 1990, το 33% από το 1991 ως το 1995 και το 17% από το 1996 ως το 2000.

Σχεδιάγραμμα 1: Χρονολογία γέννησης μητέρας



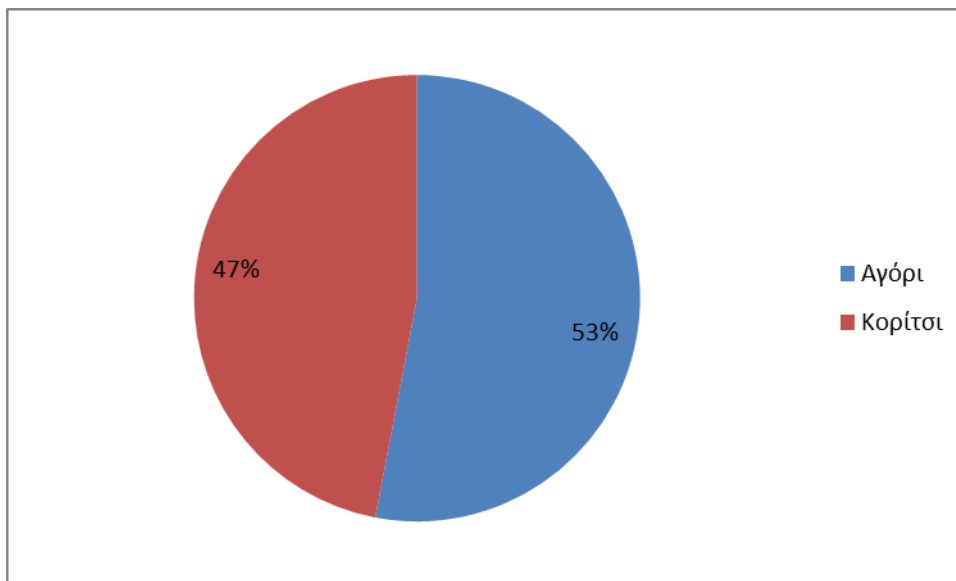
Όσον αφορά την ηλικία των πατέρων το 11% είχε γεννηθεί από το 1960 ως το 1980, το 23% από το 1981 ως το 1985, το 41% από το 1986 ως το 1990, το 23% από το 1991 ως το 1995 και το 1% από το 1996 ως το 2000.

Σχεδιάγραμμα 2: Χρονολογία γέννησης πατέρα



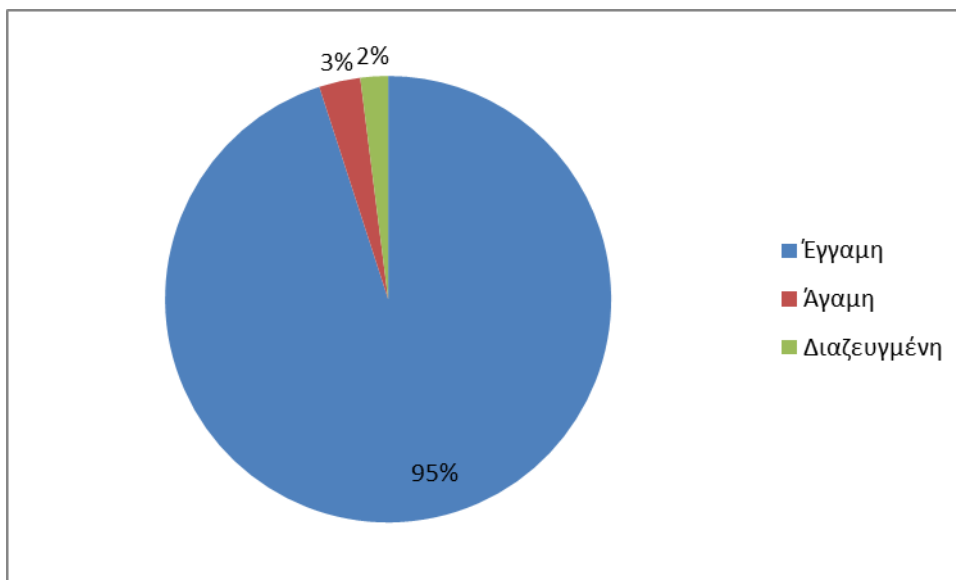
Όσον αφορά το φύλο του εμβρύου το 53% ήταν αγόρια και το 47% κορίτσια.

Σχεδιάγραμμα 3: Φύλο εμβρύου



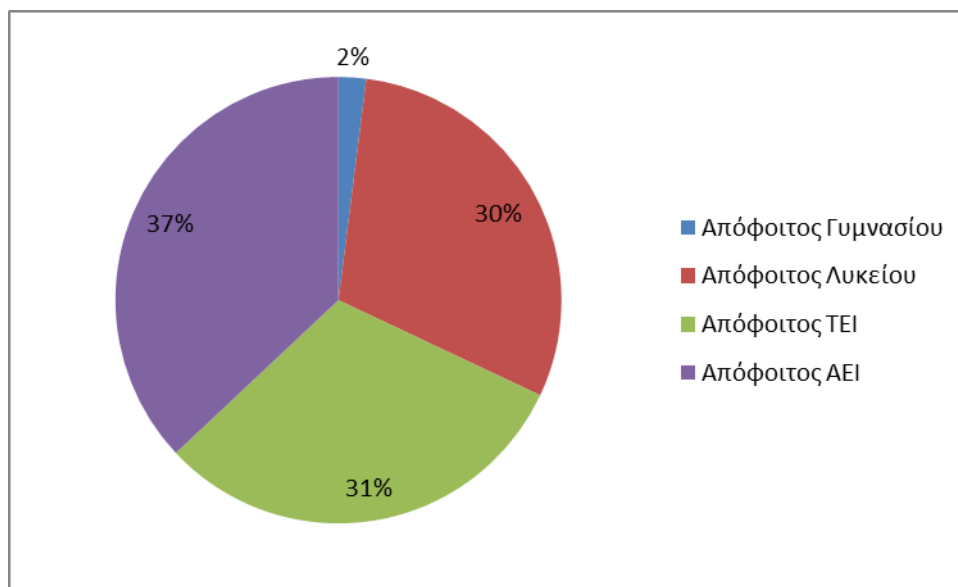
Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση της μητέρας το 95% ήταν έγγαμες, το 3% ήταν άγαμες και το 2% διαζευγμένες.

Σχεδιάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση της μητέρας



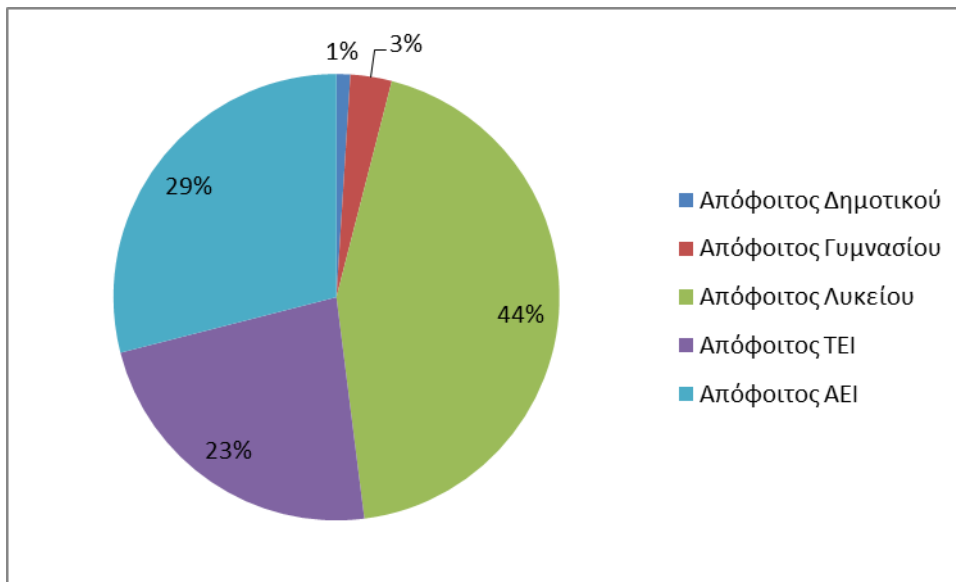
Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας το 2% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 30% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 31% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 37% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ.

Σχεδιάγραμμα 5: Μορφωτικό επίπεδο μητέρας



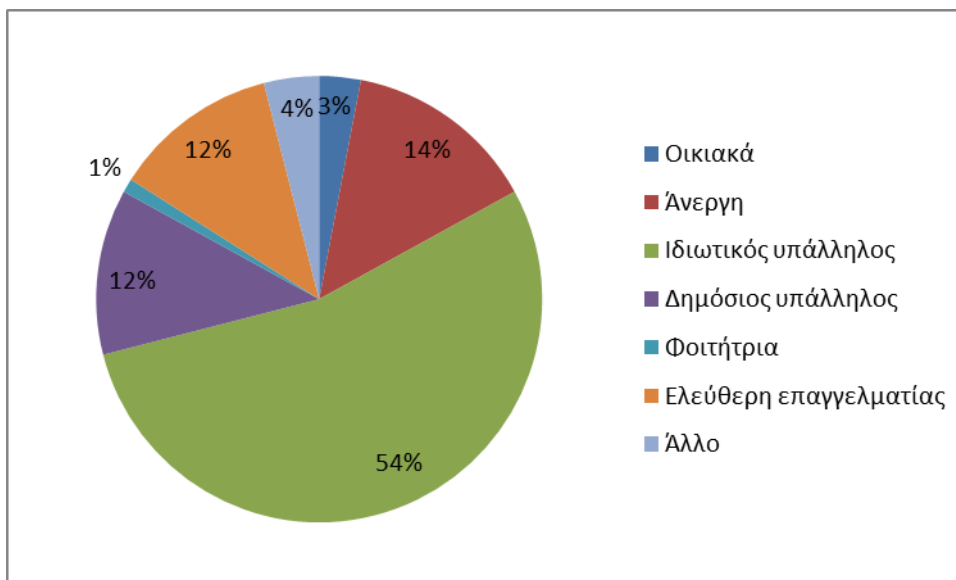
Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα το 1% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 3% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, το 44% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 23% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 29% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ.

Σχεδιάγραμμα 6: Μορφωτικό επίπεδο πατέρα



Όσον αφορά το επάγγελμα της μητέρας το 3% έκανε οικιακά, το 14% ήταν άνεργες, το 54% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 12% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 1% φοιτήτριες, το 12% ελεύθεροι επαγγελματίες και το 4% δήλωσαν άλλο.

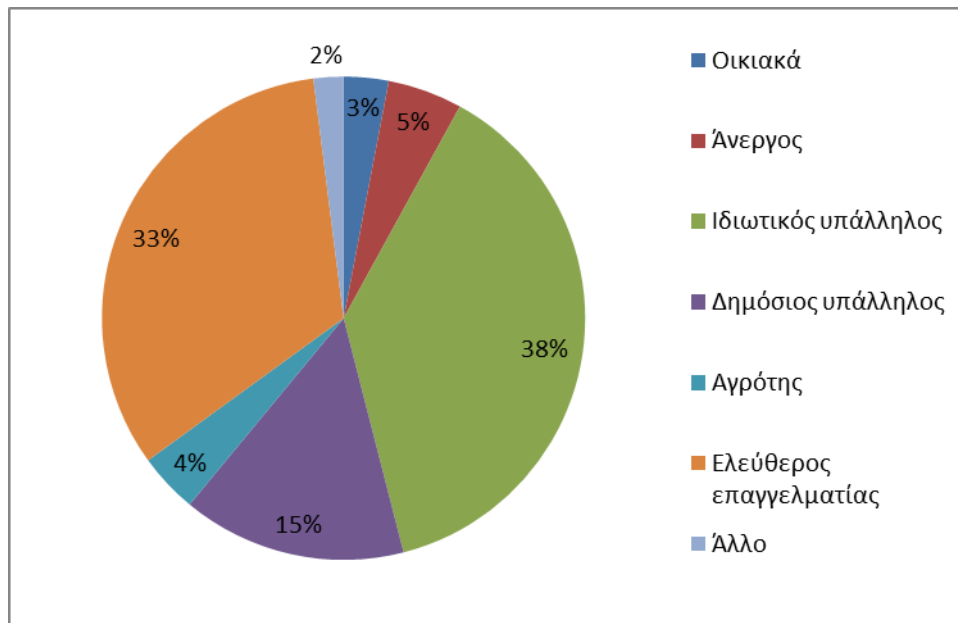
Σχεδιάγραμμα 7: Επάγγελμα μητέρας



Όσον αφορά το επάγγελμα του πατέρα το 3% έκανε οικιακά, το 5% ήταν άνεργοι, το 38% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 15% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 4% ήταν αγρότες, το 33% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και το 2% δήλωσαν άλλο.

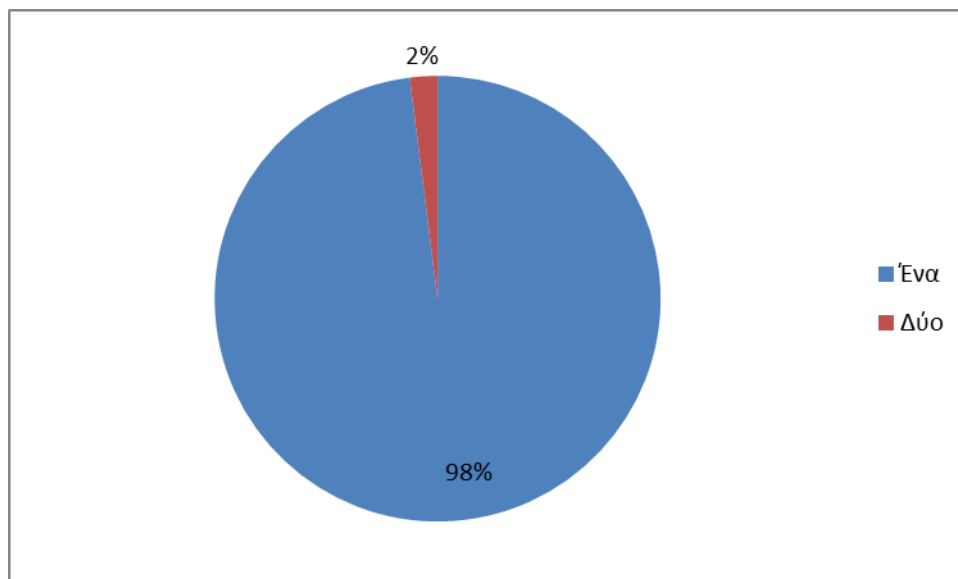


Σχεδιάγραμμα 8: Επάγγελμα πατέρα



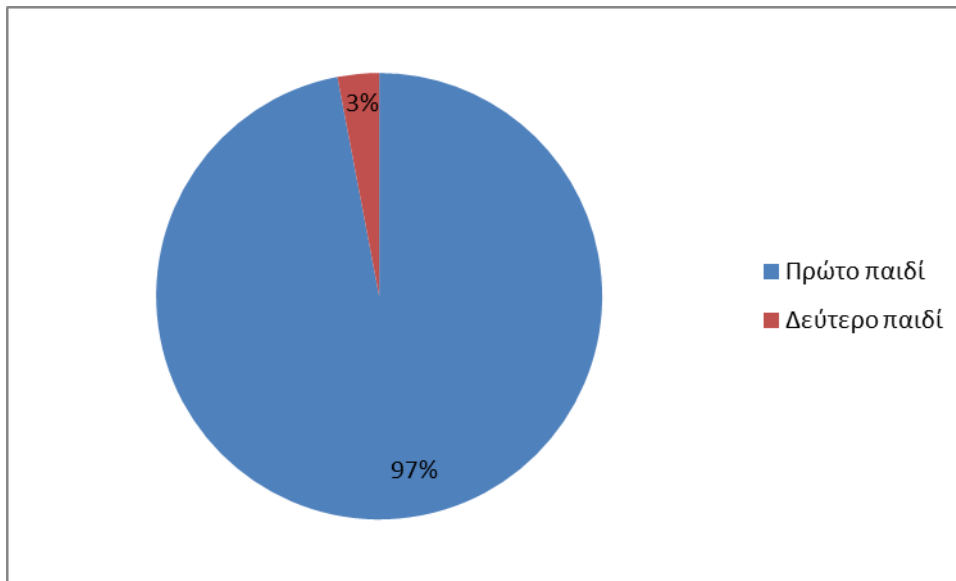
Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών που έχουν αποκτήσει το 98% είχαν ένα παιδί και το 2% δύο παιδιά.

Σχεδιάγραμμα 9: Πόσα παιδιά έχετε αποκτήσει



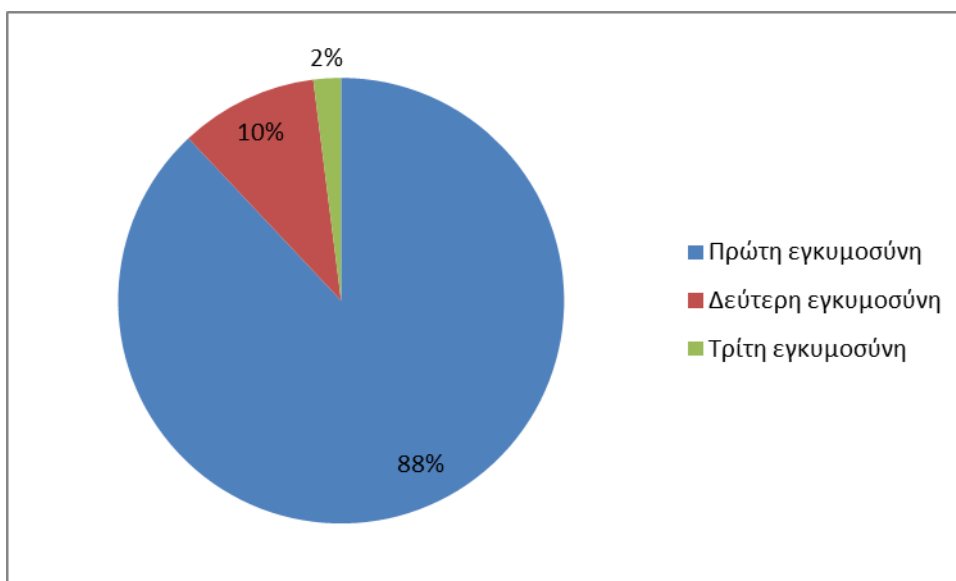
Όσον αφορά τη σειρά γέννησης αυτού του παιδιού το 97% ήταν η πρώτη γέννηση και το 3% ήταν η δεύτερη γέννηση.

Σχεδιάγραμμα 10: Ποια είναι η σειρά γέννησης αυτού του παιδιού



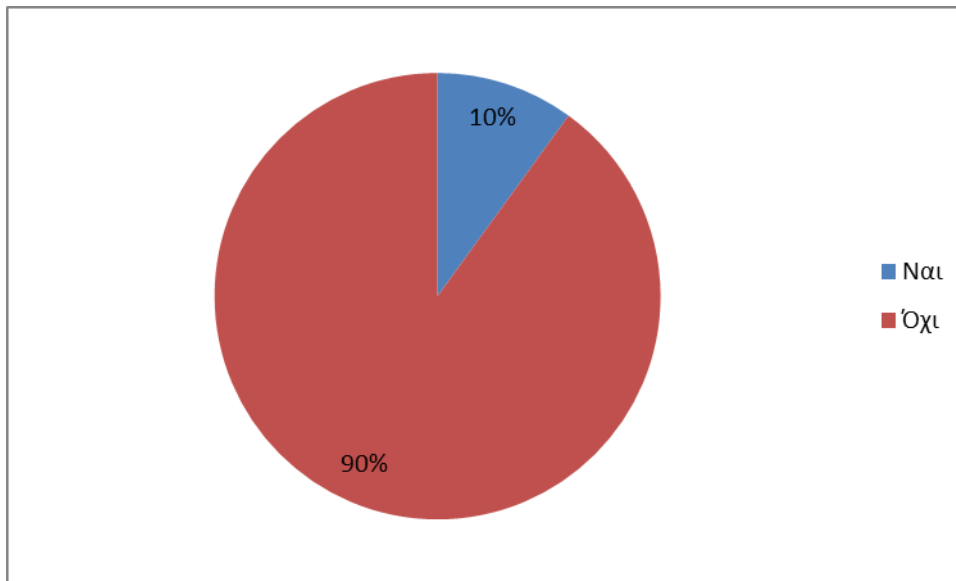
Όσον αφορά το αν είναι η πρώτη εγκυμοσύνη τους το 88% ήταν η πρώτη, το 10% ήταν η δεύτερη και το 2% η τρίτη εγκυμοσύνη.

Σχεδιάγραμμα 11: Είναι η πρώτη σας εγκυμοσύνη



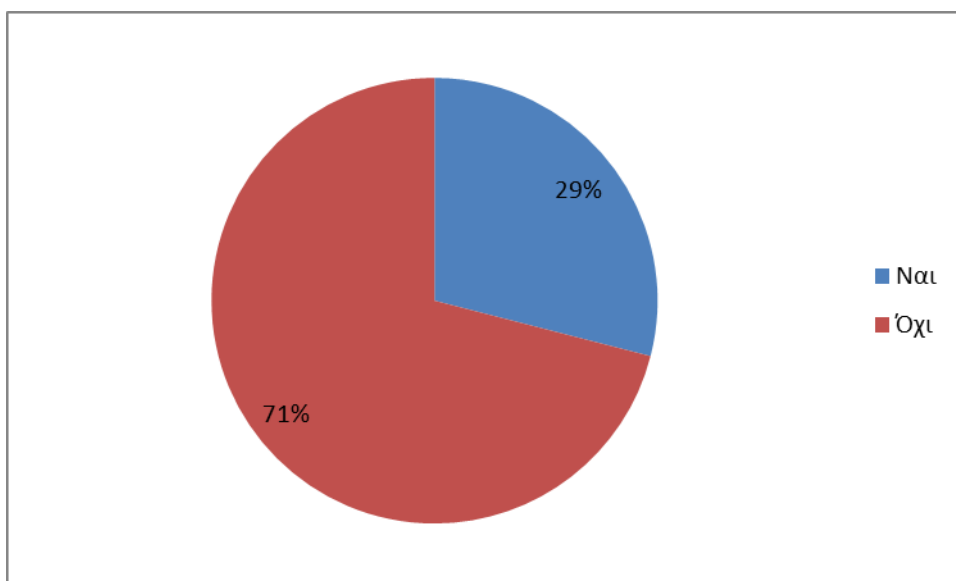
Όσον αφορά το αν έχουν κάνει εξωσωματική γονιμοποίηση το 10% απάντησαν θετικά και το 90% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 12: Έχετε κάνει ποτέ εξωσωματική γονιμοποίηση;



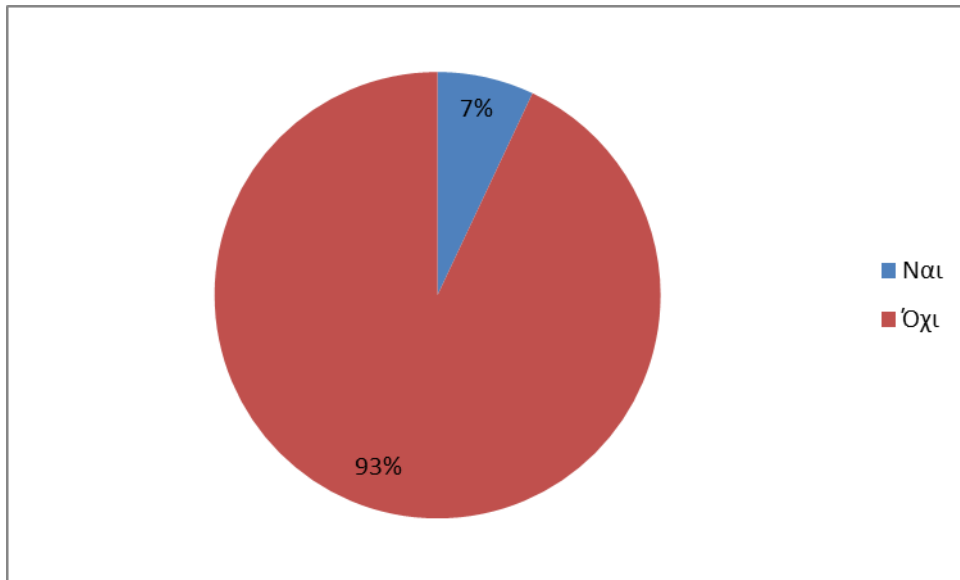
Όσον αφορά το αν έχουν αποβάλει ποτέ κάποιο έμβρυο το 29% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 71% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 13: Έχετε αποβάλει ποτέ κάποιο έμβρυο;



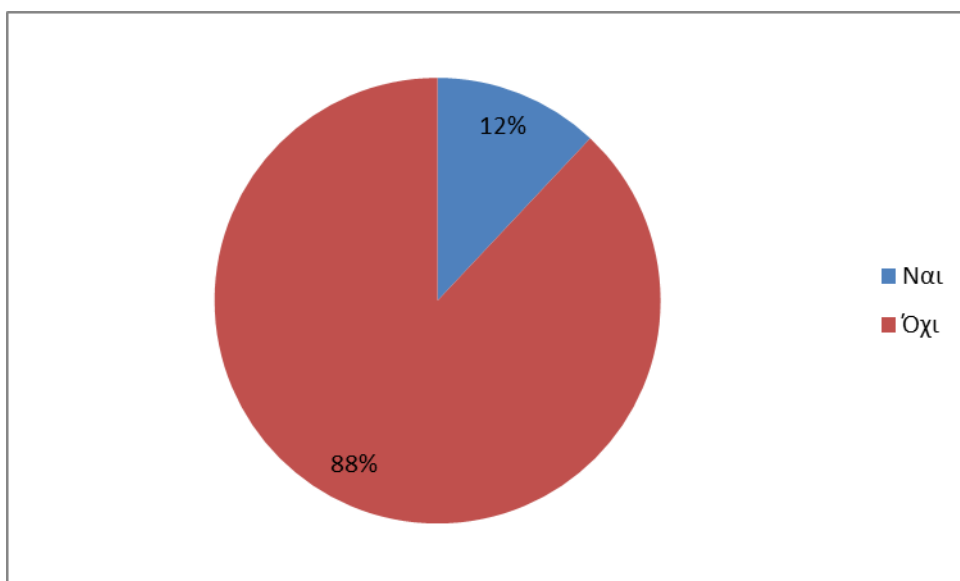
Όσον αφορά το αν έχουν κάνει ποτέ έκτρωση το 7% απάντησε θετικά και το 93% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 14: Έχετε κάνει ποτέ έκτρωση;



Όσον αφορά το αν είχαν προβλήματα υπογονιμότητας το 12% των συμμετεχόντων απάντησαν θετικά και το 88% αρνητικά.

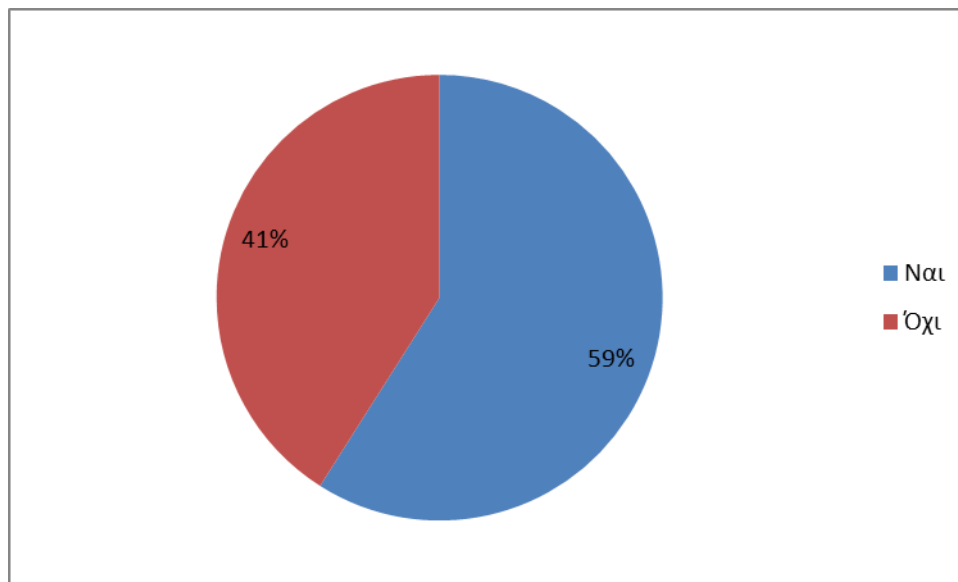
Σχεδιάγραμμα 15: Έχετε προβλήματα υπογονιμότητας;



## 4.2. Οι ποσοστιαίες συχνότητες της παρούσας περίπτωσης

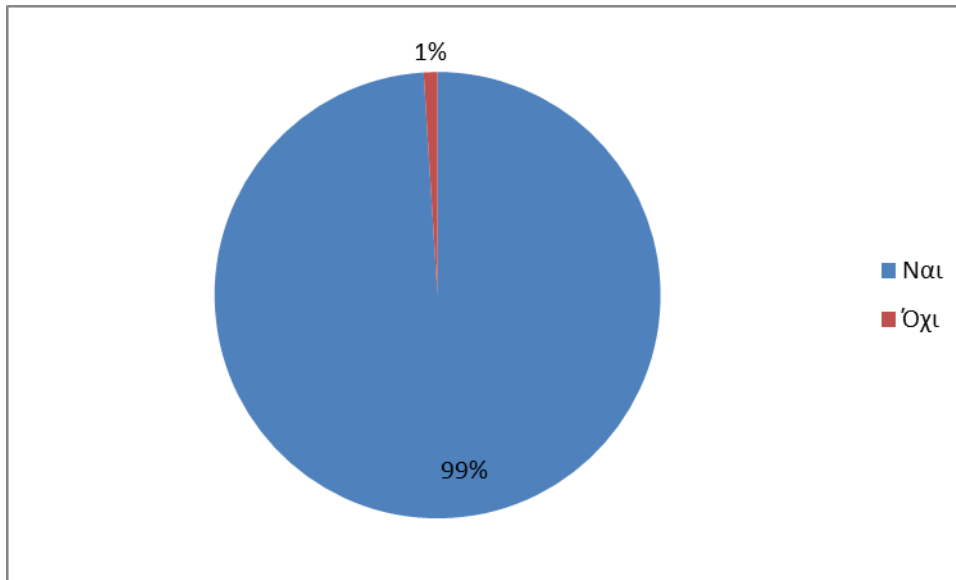
Όσον αφορά το αν η εγκυμοσύνη τους ήταν προγραμματισμένη το 59% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 41% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 16: Η εγκυμοσύνη σας ήταν προγραμματισμένη;



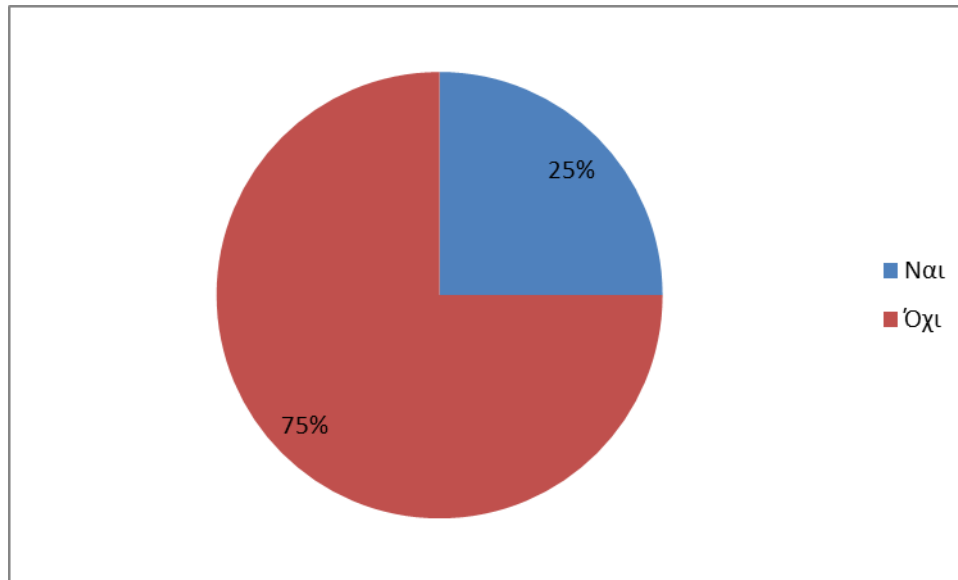
Όσον αφορά το αν η εγκυμοσύνη ήταν επιθυμητή το 99% απάντησε θετικά και το 1% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 17: Η εγκυμοσύνη σας ήταν επιθυμητή;



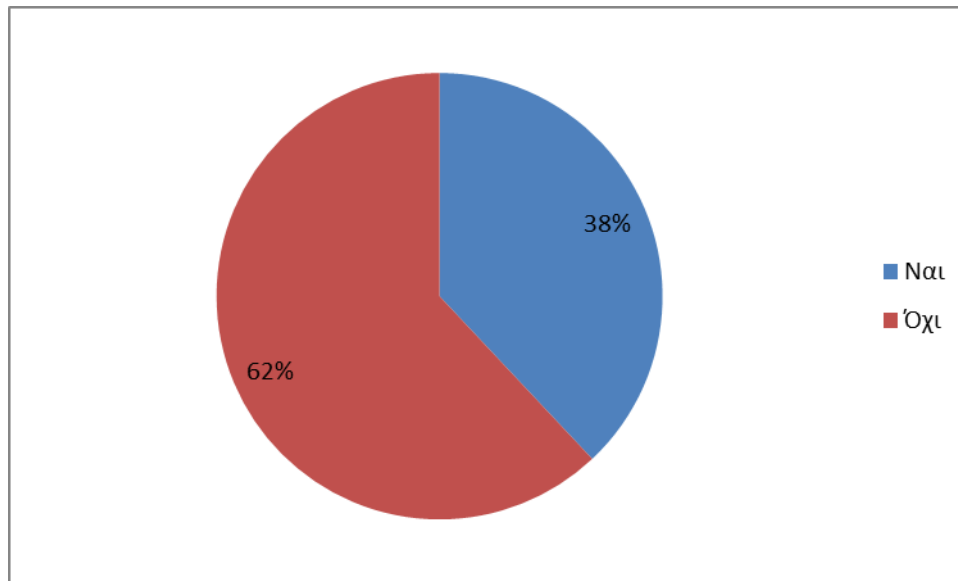
Όσον αφορά το αν υπήρξαν προβλήματα υγείας κατά την κύηση το 25% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 75% αρνητικά. Από τα αναφερόμενα προβλήματα το 10% είχαν διαβήτη κύησης, το 8% κολπικές μολύνσεις, το 4% αποκόλληση πλακούντα ή μολύνσεις του ουροποιητικού, το 3% δήλωσε άλλο, το 2% είχε κολπική αιμορραγία σε 2 ή περισσότερες περιπτώσεις κατά την εγκυμοσύνη και το 1% υπέρταση κατά την 20<sup>η</sup> εβδομάδα και μετά και σεξουαλικές μεταδιδόμενες ασθένειες.

Σχεδιάγραμμα 18: Υπήρξαν προβλήματα υγείας κατά την κύηση;



Όσον αφορά το αν χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης το 38% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 62% αρνητικά. Από τα φάρμακα που δήλωσαν ότι λάμβαναν οι μητέρες το 12% δήλωσε βιταμίνες, το 8% φάρμακα για το θυροειδή, το 7% αντιπηκτικές ενέσεις, το 5% κορτιζόνη, αντιβίωση, το 4% προγεστερόνη, το 2% ινσουλίνη, το 1% φάρμακα για την αποκόλληση ή την αιμορραγία ή τον κορονοϊό.

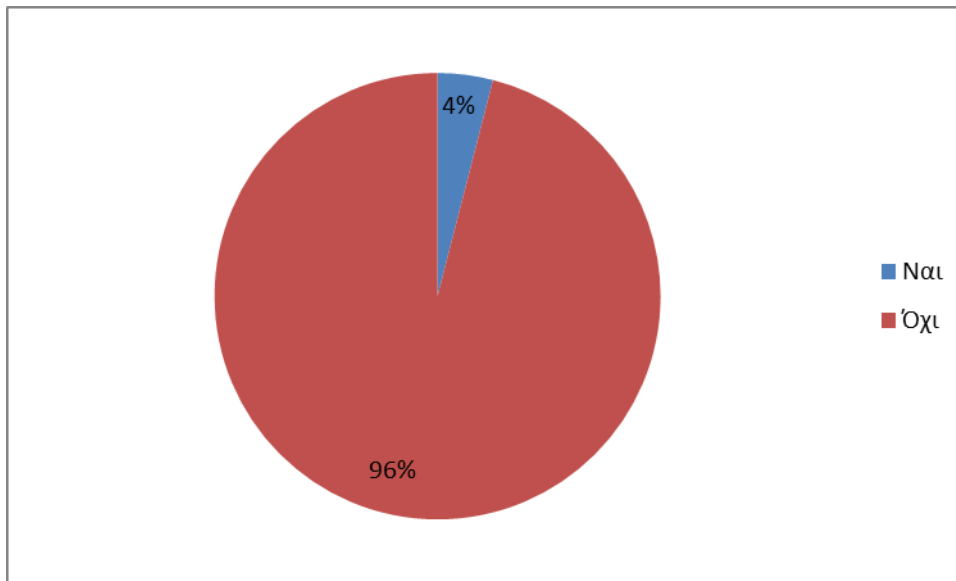
Σχεδιάγραμμα 19: Χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια της κύησης;



Όσον αφορά το αν το έμβρυο παρουσίασε προβλήματα υγείας το 4% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 96% αρνητικά. Το 3% των εμβρύων ήταν θετικά σε cfr και το 1% είχε κύστη στο ήπαρ.

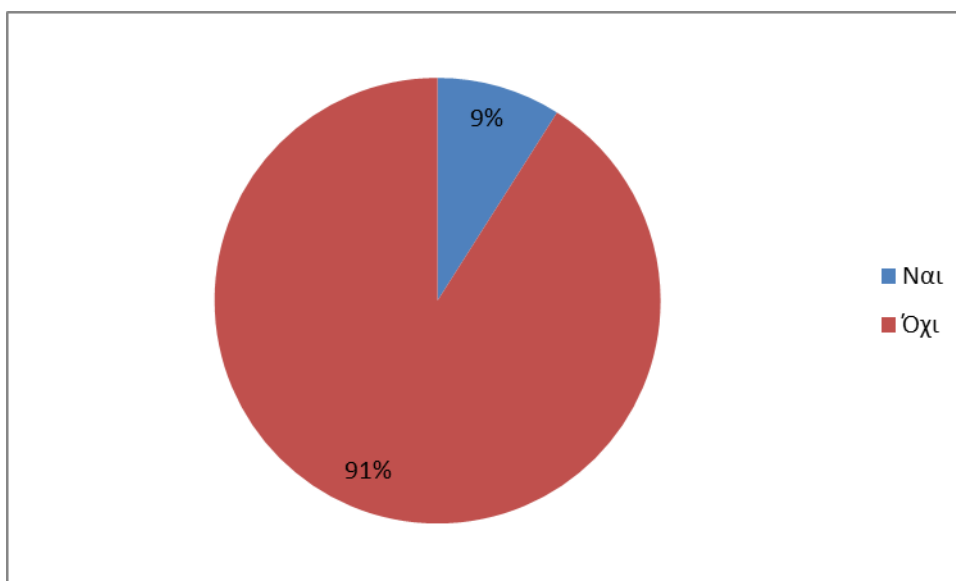


Σχεδιάγραμμα 20: Το έμβρυο παρουσίασε προβλήματα υγείας;



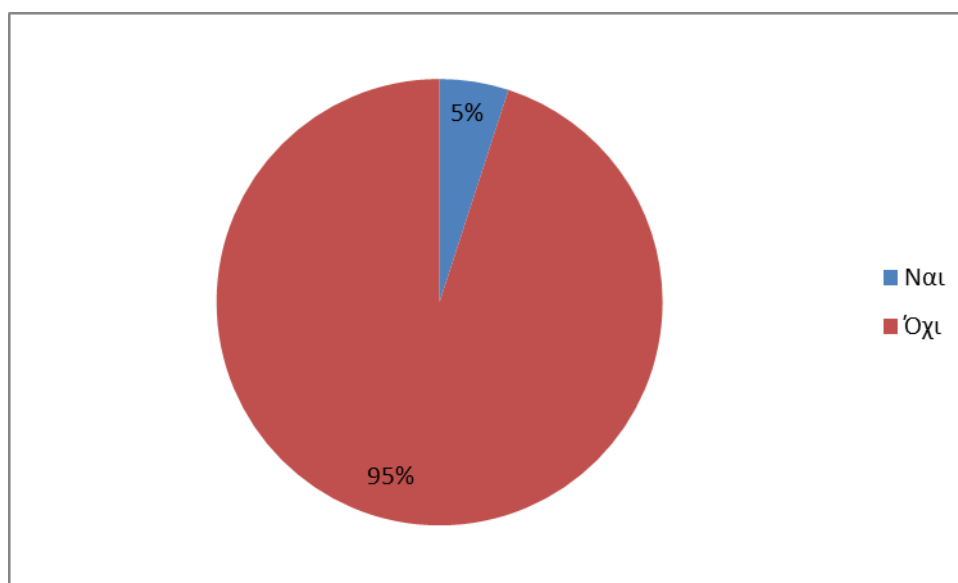
Όσον αφορά το αν είχαν κατάθλιψη πριν την εγκυμοσύνη το 9% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 91% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 21: Είχατε ποτέ κατάθλιψη πριν την εγκυμοσύνη;



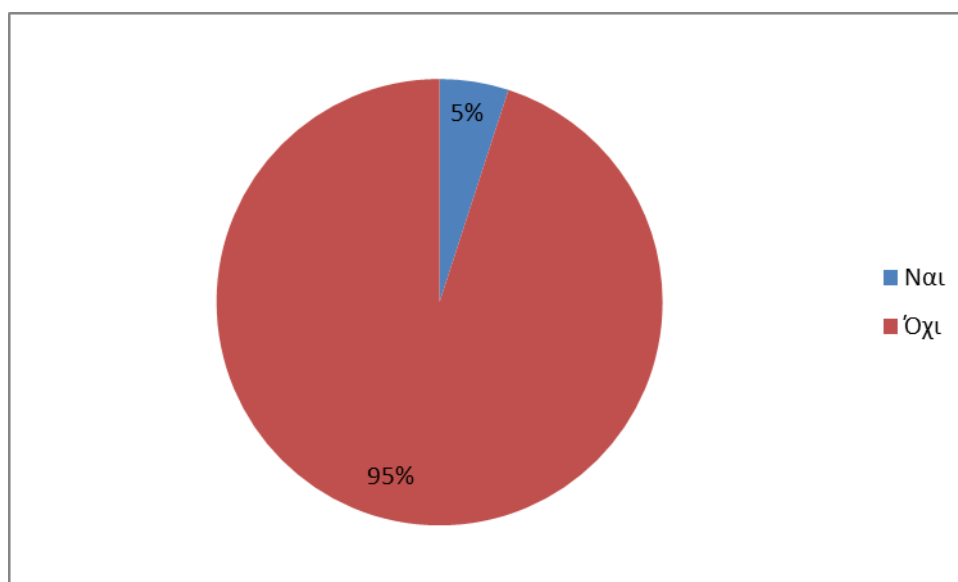
Όσον αφορά το αν είχαν ποτέ κάποια ψυχολογική διαταραχή το 5% απάντησε θετικά και το 95% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 22: Είχατε ποτέ κάποια ψυχολογική διαταραχή;



Όσον αφορά το αν είχαν ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια το 5% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 95% αρνητικά. Το 4% είχαν ιστορικό κατάθλιψης και το 1% ιστορικό εμμονών.

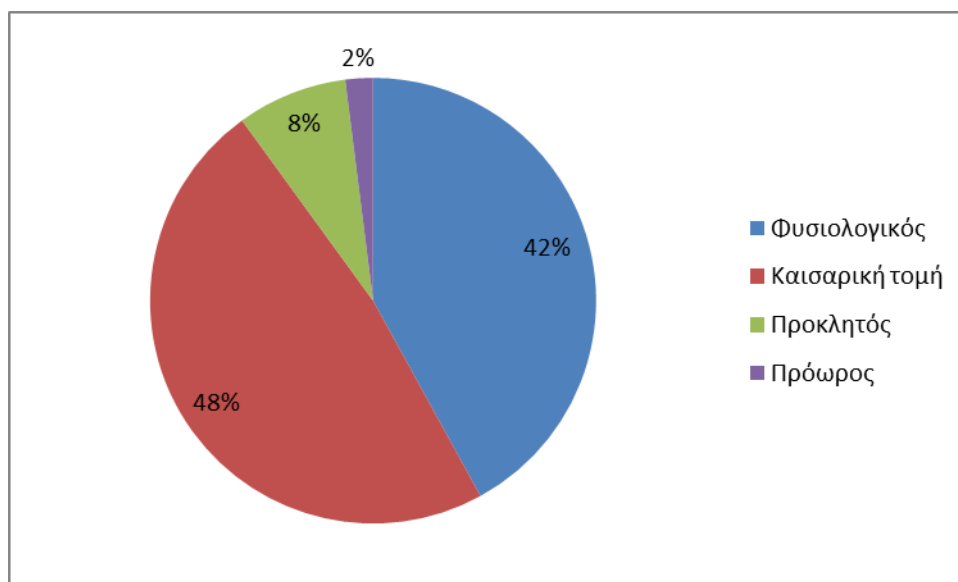
Σχεδιάγραμμα 23: Υπάρχει ιστορικό ψυχικής νόσου στην οικογένεια;



### 4.3. Οι ποσοστιαίες συχνότητες της επιλόχειας περιόδου

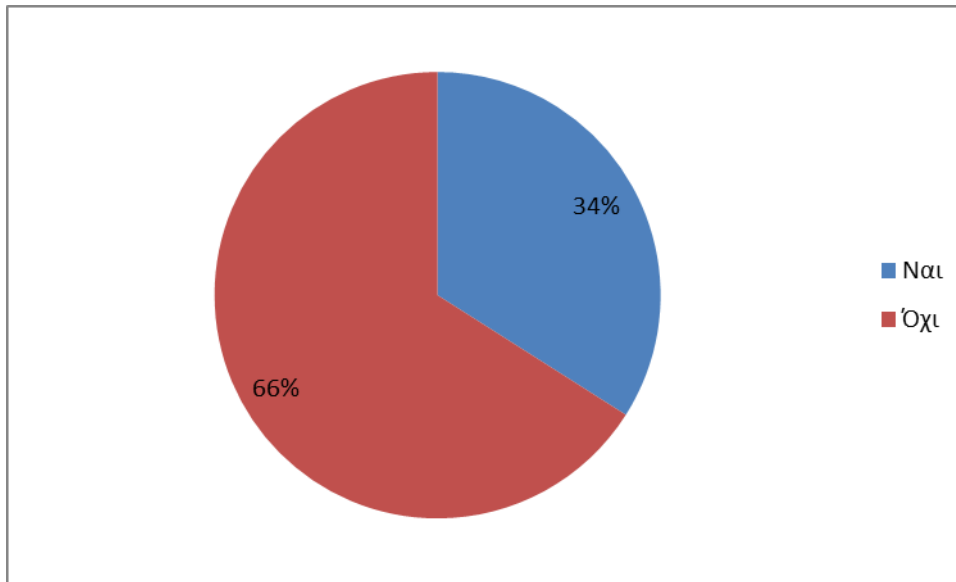
Όσον αφορά τον τοκετό το 42% γέννησαν φυσιολογικά, το 48% με καισαρική τομή, το 8% με πρόκληση και το 2% πρόωρα.

Σχεδιάγραμμα 24: Τοκετός



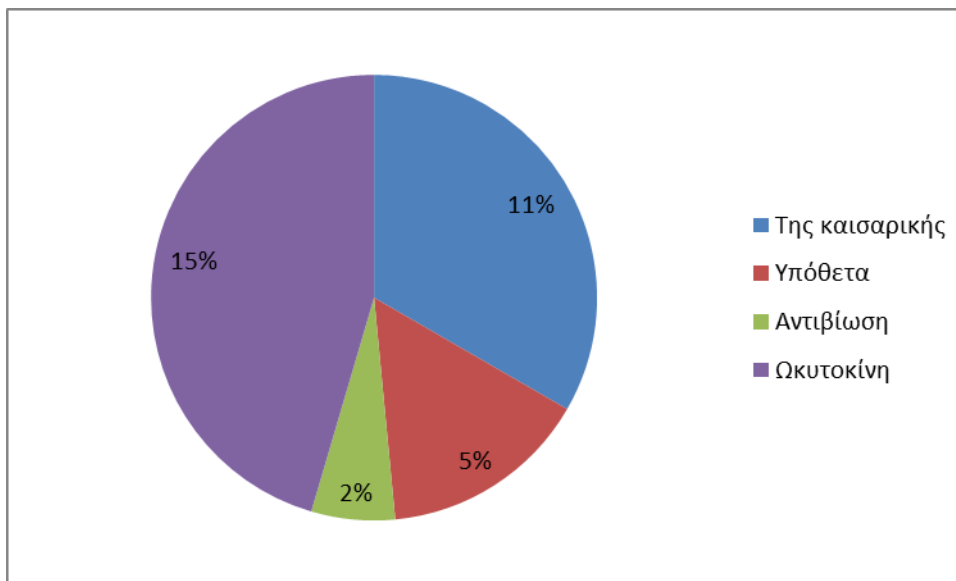
Όσον αφορά το αν χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια του τοκετού το 34% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 66% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 25: Χρησιμοποιήθηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια του τοκετού;



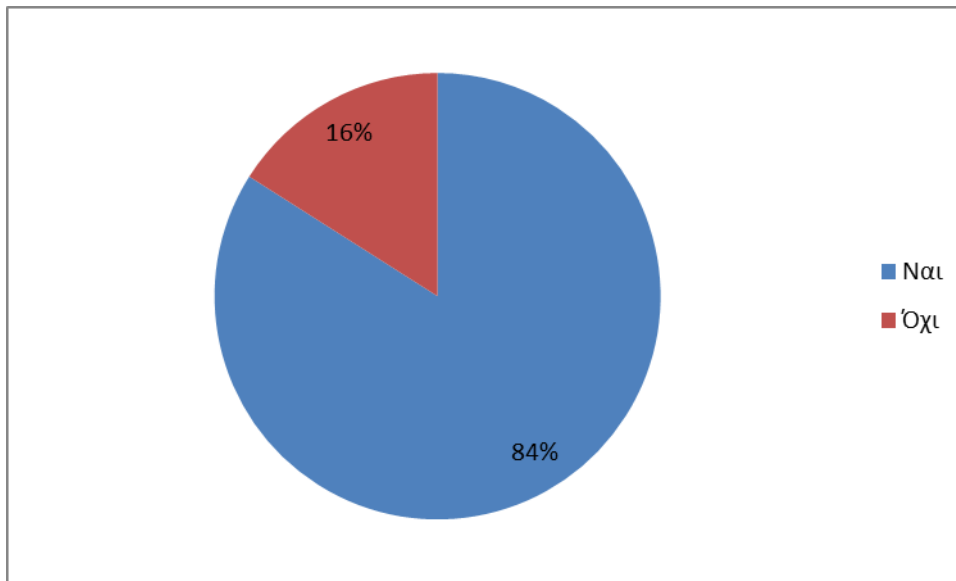
Όσον αφορά τα φάρμακα που έλαβαν το 11% δήλωσε της καισαρικής, το 5% υπόθετα, το 2% αντιβίωση και το 15% ωκυτοκίνη.

Σχεδιάγραμμα 26: Αν ναι, τι φάρμακα;



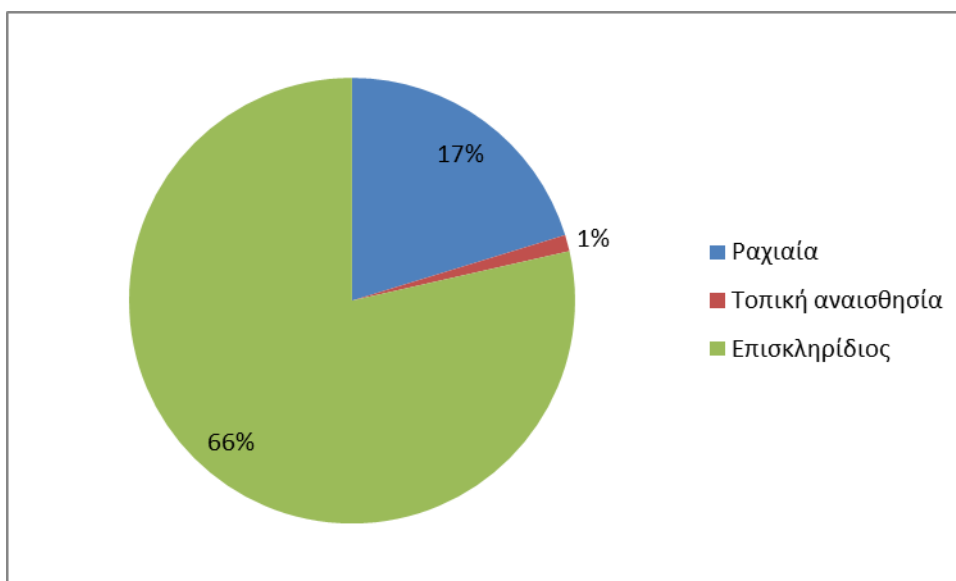
Όσον αφορά την αναισθησία κατά τη διάρκεια του τοκετού το 84% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 16% αρνητικά.

Σχεδιάγραμμα 27: Χορηγήθηκε αναισθησία στη διάρκεια του τοκετού;



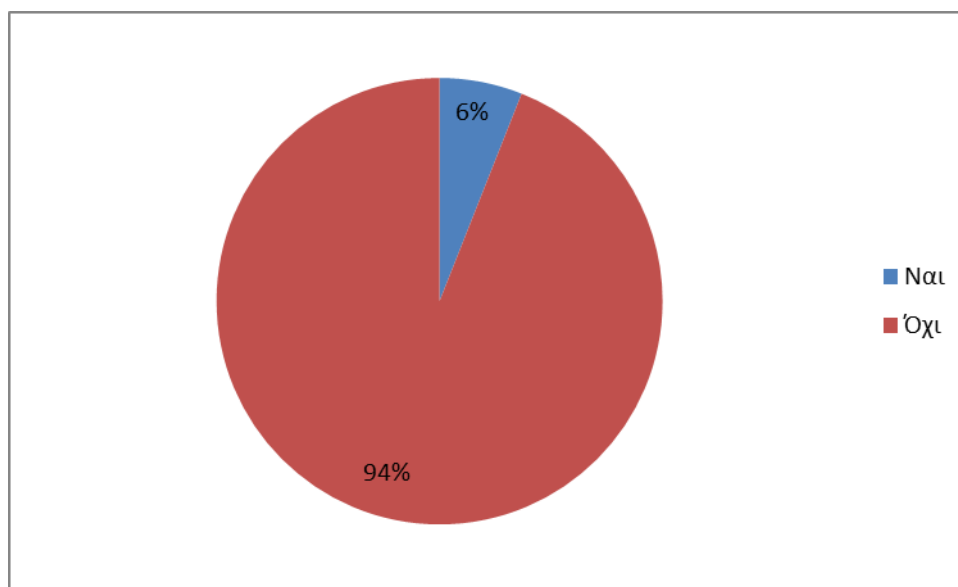
Το 17% των συμμετεχόντων έλαβαν ραχιαία αναισθησία, το 1% τοπική αναισθησία και το 66% επισκληρίδιο.

Σχεδιάγραμμα 28: Αν ναι, τι αναισθησία;



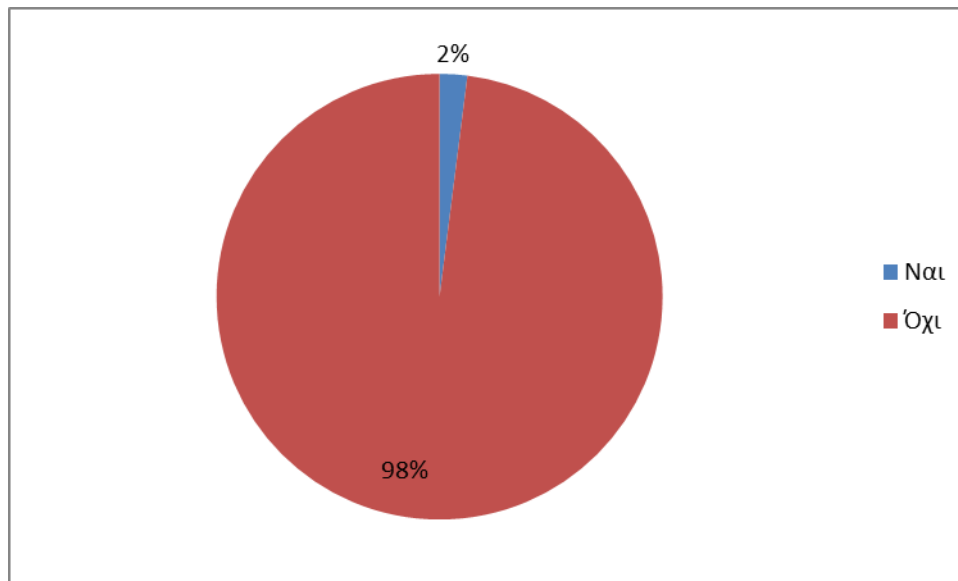
Όσον αφορά το παιδί και το αν παρουσίασε προβλήματα υγείας το 6% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 94% αρνητικά. Το 2% δήλωσε ότι το παιδί είχε ταχύπνοια ή ίκτερο και το 1% αυξημένη cpr και ήταν θετικό σε cpr.

Σχεδιάγραμμα 29: Το παιδί παρουσίασε προβλήματα υγείας;



Όσον αφορά το αν παρουσίασαν προβλήματα υγείας στη διάρκεια του τοκετού το 2% των συμμετεχόντων απάντησε θετικά και το 98% αρνητικά. Το 2% απάντησαν αλλεργίες και το 1% εμετός.

Σχεδιάγραμμα 30: Εσείς παρουσιάσατε προβλήματα υγείας στη διάρκεια του τοκετού;



#### 4.4. Τα αποτελέσματα για τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων και την επίδραση τους στο θηλασμό και την ποιότητα δεσμού

Από όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μητέρων μόνο η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι επηρεάζει την ποιότητα δεσμού που αναπτύσσει με το μωρό της ( $F= 6.416, p= .001$ ). Πιο συγκεκριμένα οι διαζευγμένες μητέρες είχαν καλύτερη ποιότητα δεσμού με τα μωρά τους (μέσος όρος= 23.222) σε σύγκριση με όσες ήταν άγαμες (μ.ο.= 20.888).

Πίνακας 1: Η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας και η επίδραση στην ποιότητα του δεσμού με το παιδί της

Οικογενειακή κατάσταση	Μέσοι όροι
Έγγαμη	22.712
Άγαμη	20.888
Διαζευγμένη	23.222

#### 4.5. Τα αποτελέσματα για τον τρόπο γέννησης

Ο τοκετός επηρεάζει την ποιότητα του δεσμού ( $F= 3.188, p= .027$ ), την απουσία εχθρότητας ( $F= 2.801, p= .044$ ) και την ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση ( $F= 2.233, p= .089$ ). Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά έχουν καλύτερη ποιότητα δεσμού ( $\mu.o.= 23.256$ ) σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή ( $\mu.o.= 19.222$ ). Οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά είχαν μεγαλύτερη απουσία εχθρότητας ( $\mu.o.= 9.757$ ) σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή ( $\mu.o.= 8.000$ ). Οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή είχαν μεγαλύτερη ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση με τα μωρά τους ( $\mu.o.= 11.600$ ) σε σύγκριση με τις γυναίκες που γέννησαν με προκλητό τοκετό και φυσιολογικά ( $\mu.o.= 10.350$ ).

Πίνακας 1: Τα αποτελέσματα της one-way Anova σχετικά με τον τρόπο γέννησης των μητέρων και του ερωτηματολογίου του μεταγεννητικού δεσμού

Παράγοντας	F	P
Ποιότητα δεσμού	3.188	.027
Απουσία εχθρότητας	2.801	.044
Ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση	2.233	.005



Πίνακας 2: Οι μέσοι όροι για τον τρόπο γέννησης των γυναικών και τους πιο σημαντικούς παράγοντες του ερωτηματολογίου του μεταγεννητικού δεσμού

Τρόπος τοκετούς	Ποιότητα δεσμού	Απουσία εχθρότητας	Ευχαρίστηση στην αλληλεπίδραση
Φυσιολογικός	23.256	9.757	11.266
Καισαρική	22.115	9.220	11.262
Προκλητός	22.513	8.825	10.350
Πρόωρος	19.222	8.000	11.600

Ο τρόπος με τον οποίο γέννησαν οι μητέρες δεν επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού καθώς δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Ακόμα ο μεταγεννητικός δεσμός της μητέρας και του βρέφους δεν συνδέεται με τον επιτυχή θηλασμό καθώς ούτε σε αυτή την περίπτωση εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει το μεταγεννητικό δεσμό της μητέρας και του νεογνού της και των συμπεριφορών θηλασμού στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά και των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή. Το δείγμα της έρευνας ήταν 100 γυναίκες που γέννησαν στο νησί της Ρόδου από τον Ιανουάριο του 2022 ως τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς. Η πλειοψηφία του δείγματος είχαν γεννηθεί από το 1986 ως το 1990, ήταν έγγαμες, απόφοιτοι ΑΕΙ, ιδιωτικοί υπάλληλοι και είχαν γεννήσει με καισαρική τομή. Κατά τη διάρκεια της γέννας τους είχε χορηγηθεί αναισθησία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η οικογενειακή κατάσταση των μητέρων επηρεάζει το δεσμό που δημιουργούν με τα μωρά τους. Με αυτό τον τρόπο τονίζονται τα ιδιαίτερα οφέλη της δημιουργίας του δεσμού της μητέρας με το μωρό τους, όπως εξάλλου βρέθηκε στις έρευνες της Young (2013) και του Chamberlain (2013). Επιπλέον όπως έδειξε ο Johnson (2013) η ποιότητα της σχέσης του δεσμού έχει πολύ σημαντικό αντίκτυπο στα συναισθήματα που αναπτύσσουν τόσο η μητέρα όσο και το νεογνό. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν να το συντροφέψουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Αν δεν δημιουργηθεί αυτός ο δεσμός τότε το παιδί μπορεί στη μετέπειτα ζωή του να αντιμετωπίσει προβλήματα στη γνωστική και την κοινωνική του ανάπτυξη, να μην μπορεί να αναπτυχθεί ομαλά και να αντιμετωπίζει δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Ο Phillips (2013) υποστήριξε ότι ο δεσμός που δημιουργείται ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό της βοηθά το παιδί να αναπτύξει τον εγκέφαλο του.

Ο τοκετός τους επηρέασε τη δημιουργία αυτού του δεσμού. Οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά είχαν καλύτερη ποιότητα δεσμού και μεγαλύτερη απουσία εχθρότητας. Οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή είχαν μεγαλύτερα επίπεδα ευχαρίστησης στην αλληλεπίδραση με τα μωρά τους. Στην έρευνα δεν εξετάστηκε αν δόθηκε στις μητέρες η δυνατότητα να εφαρμόσουν τη μέθοδο καγκουρό, που έχει δείξει ότι βοηθά τα μωρά που γεννήθηκαν πρόωρα (Newman, 2009). Η συγκεκριμένη μέθοδος έχει αποδειχθεί ότι μειώνει το κλάμα του μωρού και αυξάνει το χρόνο που το νεογνό είναι ήρεμο (Phillips, 2013).

Επιπροσθέτως, ο τρόπος με τον οποίο γέννησαν οι μητέρες δεν επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού. Επομένως δεν επιβεβαιώθηκαν τα αποτελέσματα ερευνών που αναφέρθηκαν στο θεωρητικό μέρος της εργασίας σχετικά με το ότι οι μητέρες που γεννούν φυσιολογικά θηλάζουν σε σύγκριση με τις υπόλοιπες που γεννούν με καισαρική (Pinar et al., 2009; Gulesen & Yildiz, 2013; Kavlak & Sirin, 2009; Yenal & Okumus, 2003). Υπάρχουν, όπως ήδη αναφέρθηκε, πολλές δυσκολίες και αρκετά προβλήματα που θα μπορούσαν να εντοπιστούν την πρώτη περίοδο μετά τον τοκετό, ειδικά όταν η μητέρα έχει γεννήσει με καισαρική τομή (Herguner et al., 2014; Karakaplan & Yildiz, 2010; Alus Tokat et al., 2015; Ozer et al., 2010; Tully & Toru, 2012; Alhusen et al., 2013; Schwarze et al., 2015; Pinar et al., 2009). Το ανησυχητικό είναι ότι σε παγκόσμιο επίπεδο το ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική συνεχίζει να αυξάνεται. Οι μητέρες που δεν μπόρεσαν να σταθούν όρθιες 6-12 ώρες μετά την καισαρική τομή, που δεν μπορούσαν να σιτιστούν μετά την έναρξη της εντερικής δραστηριότητας και είχαν πιο έντονο πόνο που σχετιζόνταν με τη χρήση καθετήρα μπορεί να εντόπιζαν ποικίλες δυσκολίες τις πρώτες ημέρες μετά τον τοκετό (Akyuz et al., 2007; Karakaplan & Yildiz, 2010; Tully & Toru, 2012).

Αρκετές έρευνες έδειξαν ότι οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική είχαν δυσκολίες στη φροντίδα του εαυτού τους, στη συνέχιση της καθημερινότητάς τους, στη διασφάλιση των αναγκών και της φροντίδας του νεογέννητου και παρουσίασαν προβλήματα θηλασμού (Akyuz et al., 2007; Karakaplan & Yildiz, 2010; Tully & Toru, 2012). Η καθυστέρηση στη μητρική προσκόλληση είναι εμφανής στον τοκετό με καισαρική τομή λόγω των προβλημάτων που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση και λόγω άλλων θεμάτων που μπορεί να εμφανιστούν αμέσως μετά τον τοκετό (Pinar et al., 2009).

Ένα ακόμα εύρημα της εργασίας είναι ότι ο μεταγεννητικός δεσμός μητέρας βρέφους δεν συνδέεται με τον επιτυχή θηλασμό. Επομένως φαίνεται ότι δεν επιβεβαιώνονται τα αποτελέσματα της έρευνας του McLeod (2009) που υποστήριξε ότι οι γυναίκες θα πρέπει να θηλάσουν κατά τη διάρκεια της πρώτης ώρας μετά τον τοκετό προκειμένου να αναπτύξουν έναν υγιή δεσμό με το βρέφος τους. Δεν επιβεβαιώθηκαν και τα αποτελέσματα της έρευνας της Johnson (2013) που υποστήριξε ότι οι γυναίκες που είχαν θηλάσει μέσα στις δύο πρώτες ώρες από τη γέννηση του παιδιού τους ήταν πιο σίγουρες και ικανοποιημένες για τις ικανότητες

τους ως γονείς. Στις περιπτώσεις όπου η μητέρα θηλάζει εκκρίνεται στον οργανισμό της μεγαλύτερα επίπεδα προλακτίνης και έτσι βιώνει μικρότερα επίπεδα στρες καθώς συνδέεται ολοένα και περισσότερο με το μωρό της.

Παρόλα αυτά ο ρόλος της μαιίας είναι σπουδαίος ώστε να αναπτυχθεί ένας υγιής δεσμός ανάμεσα στη μητέρα και το νεογνό της. Οι μαιίες ενθαρρύνουν τις μητέρες ώστε να αναπτύξουν τα θετικά τους συναισθήματα για το μωρό τους ή να αποβάλλουν τα τυχόν αρνητικά, που μπορεί να έχουν. Η μαιία βοηθά τη μητέρα ώστε να φροντίσει όσο πιο καλά μπορεί το παιδί της (Davidson et al., 2012; Johnson, 2013).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνήσει το μεταγεννητικό δεσμό της μητέρας και του νεογνού της και των συμπεριφορών θηλασμού στην άμεση περίοδο μετά τον τοκετό των γυναικών που γέννησαν φυσιολογικά και των γυναικών που γέννησαν με καισαρική τομή. Το δείγμα της έρευνας ήταν 100 γυναίκες που γέννησαν στο νησί της Ρόδου από τον Ιανουάριο του 2022 ως τον Οκτώβριο της ίδιας χρονιάς. Η πλειοψηφία του δείγματος είχαν γεννηθεί από το 1986 ως το 1990, ήταν έγγαμες, απόφοιτοι ΑΕΙ, ιδιωτικοί υπάλληλοι και είχαν γεννήσει με καισαρική τομή. Κατά τη διάρκεια της γέννας τους είχε χορηγηθεί αναισθησία.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η οικογενειακή κατάσταση των μητέρων επηρεάζει το δεσμό που δημιουργούν με τα μωρά τους. Ο τοκετός τους επηρέασε τη δημιουργία αυτού του δεσμού. Οι γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά είχαν καλύτερη ποιότητα δεσμού και μεγαλύτερη απουσία εχθρότητας. Οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα, με καισαρική τομή είχαν μεγαλύτερα επίπεδα ευχαρίστησης στην αλληλεπίδραση με τα μωρά τους. Ο τρόπος με τον οποίο γέννησαν οι μητέρες δεν επηρεάζει την επιτυχία του θηλασμού. Ο μεταγεννητικός δεσμός μητέρας βρέφους δεν συνδέεται με τον επιτυχή θηλασμό.

Ένας από τους περιορισμούς της μελέτης είναι ότι οι περισσότερες έρευνες που αναφέρθηκαν στο θεωρητικό πλαίσιο προέρχονται από χώρες του εξωτερικού και μπορεί να υπάρχουν διαφορές όσον αφορά τα κριτήρια αξιολόγησης τους, σε σύγκριση με τα όσα παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα. Επιπλέον το δείγμα, παρόλο που είναι αρκετά μεγάλο, προέρχεται μόνο από μία γεωγραφική τοποθεσία της Ελλάδας και πιθανόν να υπάρχουν διαφοροποιήσεις αν γίνει έρευνα σε μεγαλύτερες ή μικρότερες πόλεις.

Επόμενες έρευνες χρειάζεται να αξιολογήσουν αυτούς τους περιορισμούς και να συμπεριλάβουν στο δείγμα τους μητέρες και από άλλες γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας. Έτσι θα μπορέσουν τα αποτελέσματα να συγκριθούν με αυτά της παρούσας μελέτης και να εξαχθούν σαφή συμπεράσματα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abu Aishee, S. (2008). *Postpartum learning needs: Jordanian mothers and nurses perceptions*. Unpublished Master Thesis. Irbid – Jordan: Jordan University of Science and Technology.
2. Abuhammad, S.H. (2016). *The possible effect of breastfeeding on maternal attachment during the first year of life*. Doctoral dissertation. The University of Wisconsin-Milwaukee.
3. Abuhammad, S.H. (2020). Predictors of maternal attachment among breastfeeding mothers in Jordan. *Nursing Open*, 8: 123-129.
4. Abuhammad, S. & Johnson, T. (2018). Potential impact of breastfeeding and maternal attachment during the first year of life: An integrative review of the literature. *International Journal of Pediatrics*, 6(12): 8655-8667.
5. Abuhammad, S., Khraisat, O., Joseph, R. & Al Khawaldeh, A. (2019). Factors that predict infant temperament: a Jordanian study. *Journal Pediatrics Nursing*, 11(3).
6. Ainsworth, M.S. (1979). Infant – mother attachment. *American Psychology*, 34(10): 932-935.
7. Akyuz, A., Kaya, T. & Senel, N. (2007). Determination of breastfeeding behaviors of mothers and influencing factors. *TAF Prevent Medical Bulletin*, 6(5): 331-335.
8. Al-Akour, N. (2008). Knowing the fetal gender and its relationship to seeking prenatal care: Results from Jordan. *Maternal Child Health Journal*, 12: 787-792.
9. Alhusen, J.L., Hayat, M.J. & Gross, D. (2013). A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives Women's Mental Health*, 16(6): 521-529.

10. Alus Tokat, M., Sercekus, P., Yenel, K. & Okumus, H. (2015). Early postpartum breastfeeding outcomes and breast-feeding self-efficacy in Turkish mothers undergoing vaginal birth or cesarean birth with different types of anesthesia. *International Journal Nursing Knowledge*, 26(2): 73-79.
11. Arivabene, J. (2010). Kangaroo mother method: Mothers' experiences and contributions to nursing. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 18(2): 262-268.
12. Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J. & Kuhn, P. (2000). Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics*, 106: E67.
13. Braimoh, J. & Davies, L. (2014). When "breast" is no longer "best": Postpartum constructions of infant-feeding in the hospital. *Social Science & Medicine*, 123: 82-89.
14. Brimdyr, K. (2011). *The first hour after birth: a baby's 9 instinctive stages*. Retrieved from The magical hour: <http://www.magicalhour.com/aboutus.html>.
15. Britton, J.R., Britton, H.L. & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, 118(5): e1436-e1443.
16. Bryanton, J. & Beck, C.T. (2010). Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database System Review*, 1: CD004068.
17. Bussel, J.H., Spitz, B. & Demyttenaere, K. (2010). Three self-report questionnaires of the early mother-to-infant bond. *Archives of Women's Mental Health*, 13(5): 373-384.
18. Carnelley, K.B. & Russcher, J.B. (2000). Adult attachment and exploratory behavior in leisure. *Journal Social and Behavioral Personality*, 15(2): 153-158.
19. Cerezo, M.A., Pons-Salvador, G., Trenado, R.M. & Sierra-Garcia, P. (2016). Mother-infant verbal/nonverbal interaction as predictor of attachment: Non-linear dynamic analyses. *Sciences*, 20(4): 458-508.

20. Chamberlain, D. (2013). *Windows to the womb revealing the conscious baby from conception to birth*. Berkley, CA: North Atlanta Books.
21. Cho, E.S., Kim, S.J., Kwon, M.S., Cho, H., Kim, E.H., Jun, E.M. & Lee, S. (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4): 430-438.
22. Cinar, N., Kose, D. & Altinkayanak, S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 25(4): 271-275.
23. Condon, J. & Corkindale, C. (1998). The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 16(1): 57-76.
24. Davidson, M., London, M. & Ladewig, P. (2012). Postpartum family adaptation and nursing assessment. In Davidson, M., London, M. & Ladewig, P. (Eds.), *Old's maternal-newborn nursing & women's health across the lifespan* (pp. 992-1016). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
25. Fegran, L., Helseth, S. & Fagermoen, M. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6): 810-816.
26. Feldman, R., Gordon, I. & Zagoory-Sharon, O. (2011). Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent-infant synchrony: considering stress and affiliation components of human bonding. *Developmental Science*, 14(4): 752-761.
27. Ferrarello, D. & Hatfield, L. (2014). Barriers to skin-to-skin care during the postpartum stay. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 39(1): 56-61.
28. Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2010). Preterm infant massage therapy research: A review. *Infant Behavior and Development*, 3(2): 115-124.



29. Gharaibeh, M.K. & Hamlan, A.M. (2012). Factors influencing maternal attachment of first-time Jordanian mothers. *Journal of Research in Nursing*, 17(3): 289-303.
30. Gibbs, B.G., Forste, R. & Lybbert, E. (2018). Breastfeeding, parenting, and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4): 579-588.
31. Gijsbers, B., Mesters, I., Andre Knottnerus, J., Legtenberg, A.H.G. & van Schayck, C.P. (2005). Factors influencing breastfeeding practices and postponement of solid food to prevent allergic disease in high-risk children: Results from an explorative study. *Patient Education and Counseling*, 57(1): 15-21.
32. Gordon, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. & Feldman, R. (2010). Oxytocin and the development of parenting in humans. *Biological Psychiatry*, 68(4): 377-382.
33. Grossman, K.E., Grossman, K. & Waters, E. (2006). *Attachment from infancy to adulthood: the major longitudinal studies*. London: Guilford Press.
34. Gulesen, A. & Yildiz, D. (2013). Investigation of maternal-infant attachment in the early postpartum period with evidence based practice. *TAF Prevention Medicine Bulletin*, 12(2): 177-182.
35. Handayani, L., Kosnin, A.M. & Jiar, Y.K. (2012). Breastfeeding education in term of knowledge and attitude through mother support group. *Journal of Education and Learning*, 6(2): 65-72.
36. Hatamleh, R., Abuhammad, S. & Rababah, H. (2018). Breastfeeding knowledge and attitude scale: Arabic version evidence based. *Midwifery*, 16(2): 40-43.
37. Hazan, C. & Campa, M. (2013). *Human bonding: The science of affectional ties*. New York: The Guilford Press.
38. Henry, S., Richard-Yris, M., Tordjman, S. & Hausberger, M. (2009). Neonatal handling affects durably bonding and social development. *Plos ONE*, 4(4): 9.

39. Herguner, S., Cicek, E., Annagur, A., Herguner, A. & Ors, R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachments. *Journal Psychiatry Neurology Sciences*, 27(1): 15-20.
40. Himani, K.B. & Kumar, P. (2011). Effect of initiation of breastfeeding within one hour of the delivery. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(3): 99-110.
41. Huang, H.C., Wang, S.Y. & Chen, C.H. (2004). Body image, maternal-fetal attachment, and choice of infant feeding method: A study in Taiwan. *Birth*, 31(3): 183-188.
42. Huggins, K. & Ziedrich, L. (2007). *The nursing mother's guide to weaning*. Boston, MA: The Harvard Common Press.
43. International Childbirth Education Association (2013). Skin-to-skin contact. Retrieved from International Childbirth Education Association: <http://icea.org/sites/default/files/Skin%20to%20Skin%20Contact%20PPFINA%20L.pdf>.
44. Isabella, R.A. & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62(2): 373-384.
45. Jackson, D.B. (2016). The association between breastfeeding duration and attachment: A genetically informed analysis. *Breastfeeding Medicine*, 11(6).
46. Jansen, J., de Weerth, C. & Riksen-Walraven, J.M. (2008). Breastfeeding and the mother-infant relationship – a review. *Developmental Review*, 28(4): 503-521.
47. Johnson, K. (2013). Maternal infant bonding: A review of literature. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3): 17-22. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1412226528?accountid=12085>.

48. Karakaplan, S. & Yildiz, H. (2010). A study on developing a postpartum comfort questionnaire. *Maltepe Universitesi Hemsirelik Bilim ve Sanati Dergisi*, 3(1): 55-65.
49. Kavlak, O. & Sirin, A. (2009). The Turkish version of Maternal Attachment Inventory. *Journal Human Sciences*, 6(1): 188-202.
50. Kim, S.H. (2009). Development of a breast feeding adaptation scale (BFAS). *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(2): 259-269.
51. Kim, S.H. (2019). Factors associated with maternal attachment of breastfeeding mothers. *Child Health Nursing Respiratory*, 25(1): 65-73.
52. Kim, H.S. & Nam, E.S. (1997). Prediction of breastfeeding intentions and behaviors: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 27(4): 796-806.
53. Kim, P., Feldman, R., Mayes, L.C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J.F. & Swain, J.E. (2011). Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal attachment. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 52(8): 907-1005.
54. Kneisl, C.R. (2013). Theories for interdisciplinary care in psychiatry. In Kneisl, C.R. & Trigoboff, E. (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 72-85). Uppersaddle River: Pearson.
55. Leung, A.K. & Sauve, R.S. (2005). Breast is best for babies. *Journal of the National Medical Association*, 97(7): 1010-1019.
56. Lewis, S. & Retherford, C.S. (2011). Stress and stress management. In Lewis, S., Dirksen, S., Heikemper, M., Bucher, L. & Camera, I. (Eds.), *Medical surgical nursing assessment and management of clinical problems* (pp. 102-122). St. Louis: Elsevier Inc.
57. Liu, J., Leung, P. & Yang, A. (2014). Breastfeeding and active bonding protects against children's internalizing behavior problems. *Nutrients*, 6(1): 76-89.

58. Maonga, A.R., Mahande, M.J., Damian, D.J. & Msuya, S.E. (2016). Factors affecting exclusive breastfeeding among women in Muheza District Tanga northeastern Tanzania: A mixed method community based study. *Maternal and Child Health Journal*, 20(1): 77-87.
59. McLeod, P. (2009). *Attachment theory*. Retrieved from Simply psychology: <http://www.simplypsychology.org/attachment.html>.
60. Newman, J. (2009). *The importance of skin-to-skin contact*. Retrieved from International Breastfeeding Center: [http://www.nbc.ca/index.php?option=com\\_content&id=82:the-importance-ofskin-to-skin-contact-&Itemid=17](http://www.nbc.ca/index.php?option=com_content&id=82:the-importance-ofskin-to-skin-contact-&Itemid=17).
61. Ozer, A., Tas, F. & Ekerbicer, H.C. (2010). Knowledge and behavior of the mothers having 0-6 month old babies about the breast milk and breast feeding. *TAF Prevent Medicine Bulletin*, 9(4): 315-320.
62. Palmer, L. (2013). Bonding matters: The chemistry of attachment. *Attachment Parenting International*, 5(2). Retrieved from: <http://www.pregnancy.org/article/bonding-matters-chemistry-attachment>.
63. Phillips, R. (2013). Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 67-72.
64. Pinar, G., Dogan, N., Algier, L., Kaya, N. & Cakmak, F. (2009). Factors that affecting mothers' postnatal comfort. *Dicle Medical Journal*, 36(3): 184-190.
65. Policy Statement (2012). *Breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics.
66. Quinn, A. & Haller, S. (1997). Breastfeeding incidence after early discharge factors influencing breastfeeding cessation. *Journal Obstetric and Gynecologic Neonatal Nursing*, 26: 289-294.
67. Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L. & Zwiers, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior Development*, 24(3): 281-304.

68. Ross, E. (2012). Maternal-fetal attachment and engagement with antenatal advice. *British Journal of Midwifery*, 20(8): 566-575.
69. Sabuncuoglu, O. & Berkem, M. (2006). Relationship between attachment style and depressive symptoms in postpartum women: findings from Turkey. *Turk Psikiyatri Derg*, 17(4): 252-258.
70. Scharfe, E. (2012). Maternal attachment representations and initiation and duration of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28(2): 218-225.
71. Schwarze, C.E., Hellhammer, D.H., Stroehle, V., Lieb, K. & Mobascher, A. (2015). Lack of breastfeeding: a potential risk factor in the multifactorial genesis of borderline personality disorder and impaired maternal bonding. *Journal of Personality Disorders*, 29(5): 610-626.
72. Schulze, P.A. & Carlisle, S.A. (2010). What research does and doesn't say about breastfeeding: A critical review. *Early Child Development and Care*, 180(6): 703-718.
73. Shaw, G.M., Nelson, V., Iovannisci, D.M., Finnell, R.H. & Lammer, E.J. (2003). Maternal occupational chemical exposures and biotransformation genotypes as risk factors for selected congenital anomalies. *American Journal of Epidemiology*, 157(6): 475-484.
74. Shin, H., Park, Y.J. & Kim, M.J. (2006). Predictors of maternal attachment during the early postpartum period. *Journal Adv Nursing*, 55(4): 425-434.
75. Strathearn, L., Iyengar, U., Fonagy, P. & Kim, S. (2012). Maternal oxytocin response during mother – infant interaction: associations with adult temperament. *Horm Behavior*, 61(3): 429-435.
76. Thompson, R.A. & Raikes, H.A. (2003). Toward the next quarter-century: Conceptual and methodological challenges for attachment theory. *Development and Psychopathology*, 15(3): 691-718.
77. Thompson, L. & Eleonora, G. (2008). Prosocial and antisocial behaviors in adolescents: an investigation into associations with attachment and empathy. *Anthrozoos*, 61(3): 123-137.

78. Trigoboff, E. (2013). The biological basis of behavioral and mental disorders. In Kneisl, C.R. & Trigoboff, E. (Eds.), *Contemporary psychiatric-mental health nursing* (pp. 88-111). Upper Saddle River: Pearson Education Inc.
79. Tully, P.K. & Topu, L.H. (2012). Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: implications for breastfeeding and infant safety. *Journal of Human Lactation*, 28(4): 495-505.
80. Udy, P. (2009). *Emotional impact of cesareans*. Retrieved from midwifery today: [http://www.midwiferytoday.com/articles/emotional\\_impact.asp](http://www.midwiferytoday.com/articles/emotional_impact.asp).
81. Weaver, J.M., Schofield, T.J. & Papp, L.M. (2018). Breastfeeding duration predicts greater maternal attachment over the next decade. *Developmental Psychology*, 54(2): 220.
82. Weisman, O., Granat, A., Gilboa-Schechtman, E., Singer, M., Gordon, I., Azulay, H. & Feldman, R. (2010). The experience of labor, maternal perception of the infant, and the mother's postpartum mood in a low-risk community cohort. *Archive of Women's Mental Health*, 13(6): 505-513.
83. WHO (2014). *Exclusive breastfeeding*. Nutrition.
84. Wilson, D. (2013). Health promotion of the infant and family. In Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing* (pp. 308-320). Saint Louis: Mosby.
85. Yang, H.J. & Seo, J.M. (2013). A structural model for primiparas breastfeeding behavior. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(3): 399-408.
86. Yenil, K. & Okumus, H. (2003). Reliability of LATCH breastfeeding assessment tool. *Journal of Educational Res Nursing*, 5(1): 38-44.
87. Young, R. (2013). The importance of bonding. *International Journal of Childbirth Education*, 28(3): 11.
88. Yurtsal, Z.B. & Kocoglu, G. (2016). The effects of antenatal parental breastfeeding education and counseling on the duration of breastfeeding, and

maternal and paternal attachment. *Integrative Food, nutrition and Metabolism*, 2(4): 222-230.

89. Zeanah, C., Berlin, L. & Boris, N. (2011). Practitioner review: Clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8): 819-833.