



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ  
ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΩ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ**

**ΜΑΡΙΑ Χ. ΗΛΙΑΔΟΥ**

**ΣΠΑΡΤΗ 2019**

Copyright © 2019 ΜΑΡΙΑ Χ. ΗΛΙΑΔΟΥ

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος, All rights reserved

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής με θέμα

**<<Ανάπτυξη του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας στο μητρικό θηλασμό και βελτίωση της έκβασής του μέσω προγράμματος προγεννητικής εκπαίδευσης>>**, στο τμήμα Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

## **ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

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

**Μαρία Ηλιάδου**

## **ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**Στυλιανή Τζιαφέρη**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας (KN&NEY), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

## **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Στυλιανή Τζιαφέρη**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας (KN&NEY), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

**Παναγιώτης Πρεζεράκος**, Καθηγητής, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών-Συστήματα Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σπάρτη

**Αικατερίνη Λυκερίδου**, Καθηγήτρια, Μαιευτική Νοσηλευτική Φροντίδα I,II,III-Ειδικά προβλήματα εγκύων γυναικών, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

## **ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**Στυλιανή Τζιαφέρη**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Επαγγελματικής Υγείας (KN&NEY), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Παναγιώτης Πρεζεράκος**, Καθηγητής, Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών-Συστήματα Νοσηλευτικής Φροντίδας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Αικατερίνη Λυκερίδου**, Καθηγήτρια, Μαιευτική Νοσηλευτική Φροντίδα I,II,III-Ειδικά προβλήματα εγκύων γυναικών, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

**Σοφία Ζυγά**, Καθηγήτρια, Εισαγωγή στη Νοσηλευτική-Βασική Νοσηλευτική, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Παντελής Περδικάρης**, Επίκουρος Καθηγητής, Παιδιατρική Νοσηλευτική, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Πέτρος Κολοβός**, Επίκουρος Καθηγητής, Χειρουργική Νοσηλευτική, Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

**Δάγλα Μαρία**, Επίκουρη Καθηγήτρια, Μαιευτική Νοσηλευτική Φροντίδα Λεχωίδας,  
Νεογνού και Βιοηθική Προσέγγιση, Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διδακτορική διατριβή πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, στο Τμήμα Νοσηλευτικής, υπό την επίβλεψη της Επίκουρης Καθηγήτριας ΚΝ&ΝΕΥ, κας. Στυλιανής Τζιαφέρη. Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου πρωτίστως σε εκείνη, καθώς έκανε δεκτό το θέμα της διατριβής μου και με το επιστημονικό της ήθος και τις παρεμβάσεις της συνέβαλε καθοριστικά στο μεθοδολογικά άρτιο σχεδιασμό της έρευνας. Θα ήθελα επίσης να την ευχαριστήσω για την αμέριστη εμπιστοσύνη και τη συμπαράσταση της σε όλα τα στάδια της εκπόνησης της διατριβής.

Ευχαριστώ θερμά, την κα. Αικατερίνη Λυκερίδου-Αβραμιώτη, Καθηγήτρια Μαιευτικής και τον κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο, Καθηγητή Νοσηλευτικής, μέλη της τριμελούς επιτροπής. Τους ευχαριστώ για την τιμή που μου έκαναν να είναι μέλη στην τριμελή μου επιτροπή, όπως και για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις τους σε όλα τα στάδια της μελέτης.

Ευχαριστώ το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ (1η Υ.ΠΕ. Αττικής) για την έγκριση διεξαγωγής της παρούσας μελέτης στο χώρο του νοσοκομείου. Ευχαριστώ το προσωπικό του μαιευτηρίου Αλεξάνδρα και ιδιαίτερα τις συναδέλφους Παπαπαναγιώτου Ελενίτσα και Ξηρουδάκη Ερασμία για τη βοήθειά τους κατά την συλλογή των ερωτηματολογίων.

Ευχαριστώ πολύ το φίλο Γεράσιμο Παπαναστασάτο για τις επικοινωνητικές συζητήσεις που είχαμε κατά την εκπόνηση της διατριβής και τις συμβουλές του.

Ευχαριστώ επίσης όλες τις έγκυες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν με προθυμία σε όλες τις φάσεις της μελέτης, συμπληρώνοντας τα απαραίτητα ερωτηματολόγια. Η συμμετοχή τους ήταν καθοριστικής σημασίας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος το σύζυγό μου Ανδρέα, τα παιδιά μου Χριστίνα και Σάββα, τους γονείς μου Χρήστο και Διαλεκτή, καθώς και τους πολύτιμους φίλους μου και την υπόλοιπη οικογένειά μου για τη συμπαράσταση, την ενθάρρυνση και την αγάπη τους σε όλες τις φάσεις της διατριβής μου.

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ</b>	Σελ
COPYRIGHT	2
ΔΗΛΩΣΗ ΑΥΘΕΝΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	3
ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	16
ABSTRACT	18
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	20
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>22</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ</b>	<b>23</b>
1.1. Ανατομία του μαστικού αδένα	23
1.1.1. Αρτηριακή τροφοδοσία	24
1.1.2. Φλεβική αποχέτευση	24
1.1.3. Νεύρωση	24
1.1.4. Λεμφική αποχέτευση	24
1.2. Φυσιολογία της γαλουχίας	24
1.2.1. Μαστογένεση	24
1.2.2. Γαλακτογένεση	25
1.3. Σύσταση και διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος	26
1.4. Οφέλη του ΜΘ για τα βρέφη, τις μητέρες και την κοινωνία	28
1.4.1. Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του ΜΘ για το βρέφος	28
<i>1.4.1.1. Χρόνιες ασθένειες και διατροφικές συνήθειες</i>	28
<i>1.4.1.2. Λοιμώξεις και αυτοάνοσα νοσήματα</i>	30
<i>1.4.1.3. Νευροανάπτυξη και Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού Θανάτου</i>	31
1.4.2. Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του ΜΘ για τη μητέρα	32
1.4.3. Οφέλη του ΜΘ για το περιβάλλον, την οικονομία και την οικογένεια	33
1.5. Αντενδείξεις του ΜΘ	33
1.6. Επιδημιολογικά στοιχεία του ΜΘ σε Διεθνές και Εθνικό επίπεδο	35
1.7. Δράσεις για το ΜΘ σε Διεθνές και Εθνικό επίπεδο	41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	<b>47</b>
2.1. Θεωρία της Κοινωνικής - Γνωστικής μάθησης-Μοντέλο Τριαδικού Αμοιβαίου Ντετερμινισμού	47
2.2. Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας	49

2.3. Η διαμόρφωση της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ	50
2.4. Η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας στην υιοθέτηση θετικής συμπεριφοράς ως προς το ΜΘ	52
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ</b>	54
3.1. Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού	54
3.2. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στη θετική έκβαση του μητρικού θηλασμού	67
3.3. Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και των ποσοστών έναρξης, διάρκειας και αποκλειστικότητας του ΜΘ	78
<b>II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	84
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</b>	85
4.1. Στόχος, σκοπός και επιμέρους σκοποί της μελέτης	85
4.2. Ερευνητικός σχεδιασμός.	86
4.2.1. Χώρος μελέτης	87
4.2.2. Δείγμα μελέτης	87
4.2.3. Ψυχομετρικά εργαλεία- Ερωτηματολόγια	88
4.2.3.1. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων/ ιστορικό εγκυμοσύνης	89
4.2.3.2. Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για το ΜΘ ( <i>Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF</i> )	89
4.2.3.3. Κλίμακα Στάσης της Αιόβα για την Νεογνική Διατροφή ( <i>The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS</i> )	90
4.2.3.4. Κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχεια κατάθλιψη ( <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS</i> )	91
4.2.3.5. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για το ΜΘ ( <i>Breast Feeding Knowledge Questionnaire</i> )	91
4.2.3.6. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενων Εμποδίων για το ΜΘ ( <i>The Perceived Breast Feeding Barriers Questionnaire</i> )	92
4.2.3.7. Κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα ( <i>Satisfaction with the Educational Programme Scale</i> )	92
4.2.3.8. Ερωτηματολόγιο μαιευτικού ιστορικού, νεογνικής διατροφής και υποστήριξης	93
4.2.3.9. Ερωτηματολόγιο Δεικτών μητρικού θηλασμού	93
4.2.4. Μετάφραση ερωτηματολογίων	93
4.2.5. Διαδικασία συλλογής δεδομένων	94
4.2.6. Περιγραφή εκπαιδευτικής παρέμβασης για το ΜΘ	96
4.2.7. Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας	97
4.2.8. Στατιστική ανάλυση	98



<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	100
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	172
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ-ΕΡΕΥΝΑ</b>	189
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	193
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.</b> Παραχώρηση αδειών χρήσης απο τους κατασκευαστές των ερωτηματολογίων	235
Έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν.Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ για τη διεξαγωγή έρευνας	239
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.</b> Ερωτηματολόγια	240
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.</b> Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη	253
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.</b> Δημοσιευμένες εργασίες στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής	256
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.</b> Πιστοποιητικό παρακολούθησης του 3ετούς προγράμματος διδακτορικών σπουδών της European Academy of Nursing Science (EANS)	258

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Σελ

<b>Πίνακας 1.1</b> Στάδια γαλακτογένεσης (Neville 2001)	25
<b>Πίνακας 1.2.</b> Επισκόπηση των πρακτικών ΜΘ στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του WHO * (δεδομένα από 1998 έως 2013) (Bosi και συν. 2016)	37
<b>Πίνακας 1.3.</b> Συγκεντρωτικά ποσοστά δεικτών ΜΘ σε χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του WHO (δεδομένα από 1998 έως 2013) (Bosi και συν. 2016)	38
<b>Πίνακας 1.4.</b> Δέκα βήματα για επιτυχή ΜΘ (WHO,1989)	43
<b>Πίνακας 3.1.</b> Μελέτες που διερεύνησαν τον ρόλο των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων στην διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ	55
<b>Πίνακας 4.1.</b> Φάσεις μελέτης 1-3, Χρονικές στιγμές T1-T4	96
<b>Πίνακας 5.1.</b> Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα	100
<b>Πίνακας 5.2.</b> Στοιχεία που αφορούν σε θέματα θηλασμού, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	101
<b>Πίνακας 5.3.</b> Στοιχεία της κύησης των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	102
<b>Πίνακας 5.4.</b> Στοιχεία που αφορούν στον τρόπο ζωής των συμμετεχουσών πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	103
<b>Πίνακας 5.5.</b> Στοιχεία που αφορούν στον τοκετό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	104
<b>Πίνακας 5.6.</b> Στοιχεία που αφορούν στο νεογνό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	106
<b>Πίνακας 5.7.</b> Στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό στο μαιευτήριο και μετά την έξοδο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	107
<b>Πίνακας 5.8.</b> Στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του αποκλειστικού θηλασμού, μετά την έξοδο από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	108
<b>Πίνακας 5.9.</b> Στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του ΜΘ, μετά την έξοδο από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	109
<b>Πίνακας 5.10.</b> Στοιχεία που αφορούν στην υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες σχετικά με το θηλασμό, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	110
<b>Πίνακας 5.11.</b> Ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν δώσει πιπίλα στο παιδί τους και εκείνων που καπνίζουν 6 μήνες μετά τον τοκετό τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	111
<b>Πίνακας 5.12.</b> Στοιχεία που αφορούν στην αξιολόγηση του προγράμματος παρέμβασης από τις μητέρες της ομάδας παρέμβασης.	112
<b>Πίνακας 5.13.</b> Απόψεις των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου σχετικά με τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού.	114
<b>Πίνακας 5.14.</b> Μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά	116

για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.15.** Μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. 118

**Πίνακας 5.16.** Μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. 120

**Πίνακας 5.17.** Μεταβολή στη βαθμολογία εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. 122

**Πίνακας 5.18.** Αντιληπτά εμπόδια που προϋπήρχαν της παρέμβασης και αντιληπτά εμπόδια που τροποποιήθηκαν 3 ημέρες μετά τον τοκετό και στις δύο ομάδες. 124

**Πίνακας 5.19.** Μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. 126

**Πίνακας 5.20.** Επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων σε κάθε μέτρηση, χωριστά για κάθε ομάδα. 127

**Πίνακας 5.21.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών της μελέτης πριν την παρέμβαση. 129

**Πίνακας 5.22.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των βαθμολογιών της μελέτης, μόνο για την ομάδα παρέμβασης. 130

**Πίνακας 5.23.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση. 132

**Πίνακας 5.24.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό. 133

**Πίνακας 5.25.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού. 134

**Πίνακας 5.26.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό. 135

**Πίνακας 5.27.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής, πριν και κατά την κύηση. 137

**Πίνακας 5.28.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό. 138

**Πίνακας 5.29.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού. 140

<b>Πίνακας 5.30.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.	141
<b>Πίνακας 5.31.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.	142
<b>Πίνακας 5.32.</b> Συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας με το εάν ο ΜΘ αποτελεί συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον	143
<b>Πίνακας 5.33.</b> Συσχέτιση της διάρκειας θηλασμού με το εάν ο θηλασμός αποτελεί συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον	144
<b>Πίνακας 5.34.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.	144
<b>Πίνακας 5.35.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.	146
<b>Πίνακας 5.36.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.	148
<b>Πίνακας 5.37.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.	150
<b>Πίνακας 5.38.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.	151
<b>Πίνακας 5.39.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.	152
<b>Πίνακας 5.40.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.	154
<b>Πίνακας 5.41.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.	155
<b>Πίνακας 5.42.</b> Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.	156
<b>Πίνακας 5.43.</b> Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη	157

διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού

- Πίνακας 5.44.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό. 158
- Πίνακας 5.45.** Πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού. 159
- Πίνακας 5.46.** Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης. 160
- Πίνακας 5.47.** Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού. 161
- Πίνακας 5.48.** Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης. 163
- Πίνακας 5.49.** Συντελεστές αξιοπιστίας και συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας IIFAS. 164
- Πίνακας 5.50.** Αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου IIFAS. 165
- Πίνακας 5.51.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα IIFAS και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και τα στοιχεία που αφορούν το θηλασμό στο κοινωνικό περιβάλλον. 166
- Πίνακας 5.52.** Συντελεστές αξιοπιστίας και οι συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας BSES-SF. 168
- Πίνακας 5.53.** Factor ανάλυσης με τη μέθοδο Principal Component (Rotation Method: varimax) για την κλίμακα BSES-SF 169
- Πίνακας 5.54.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και τα στοιχεία που αφορούν στο γυναικολογικό τους ιστορικό και τον τοκετό τους 171

#### ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- Σχήμα 2.1.** Μοντέλο Τριαδικού Αμοιβαίου Ντετερμινισμού, όπως απεικονίζεται από τους Wood και Bandura (1989). 48
- Γράφημα 5.1.** Μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. 117

<b>Γράφημα 5.2.</b> Μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα	119
<b>Γράφημα 5.3.</b> Μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	121
<b>Γράφημα 5.4.</b> Μεταβολή στη βαθμολογία αντιλαμβανόμενων εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	123
<b>Γράφημα 5.5.</b> Μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	127
<b>Γράφημα 5.6.</b> Ποσοστά υψηλού επιπέδου κατάθλιψης σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.	128
<b>Γράφημα 5.7.</b> Συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με τη μεταβολή στην κλίμακα στάσεων.	131
<b>Γράφημα 5.8.</b> Συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με τη μεταβολή στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων.	131
<b>Γράφημα 5.9.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.	135
<b>Γράφημα 5.10.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με τη διενέργεια ή μη, εμβρυουλκίας	139
<b>Γράφημα 5.11.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με το BMI πριν την κύηση.	140
<b>Γράφημα 5.12.</b> Συσχέτιση της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας με το εάν οι συμμετέχουσες θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο ή όχι	145
<b>Γράφημα 5.13.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.	147
<b>Γράφημα 5.14.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με τη διάρκεια τοκετού.	148
<b>Γράφημα 5.15.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.	153
<b>Γράφημα 5.16.</b> Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με τη διάρκεια τοκετού.	153
<b>Γράφημα 5.17.</b> Μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το αν θήλασαν αποκλειστικά βγαίνοντας από το μαιευτήριο.	160
<b>Γράφημα 5.18.</b> Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.	162
<b>Γράφημα 5.19.</b> Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών.	162

<b>Γράφημα 5.20.</b> Προγνωστική ικανότητα του IIFAS ήταν σημαντική για το θηλασμό στους 6 μήνες	166
<b>Γράφημα 5.21.</b> Μέση βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF	170
<b>Γράφημα 5.22.</b> Προγνωστική ικανότητα της BSES-SF	170

# ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΣΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΣΩ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΓΕΝΝΗΤΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΜΑΡΙΑ Χ. ΗΛΙΑΔΟΥ

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ο αποκλειστικός θηλασμός αποτελεί το βέλτιστο τρόπο διατροφής για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής ενός παιδιού. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα θηλασμού δύνανται να διαμορφωθούν μέσω της προγεννητικής εκπαίδευσης. Η μητρική αυτοαποτελεσματικότητα έχει αναδειχθεί ως ένας σημαντικός ψυχομετρικός παράγοντας για τη βελτίωση της έκβασης του ΜΘ. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού παραμένουν ιδιαίτερα χαμηλά.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει εάν η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων για τον θηλασμό, στα πλαίσια των συνεδριών προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, βελτιώνει το βαθμό της αυτοαποτελεσματικότητάς τους στο θηλασμό και επιπλέον σε ποιο βαθμό αυτό επιδρά στην έκβασή του (έναρξη, διάρκεια και τύπο θηλασμού).

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για ημι-πειραματική μελέτη παρέμβασης με σχεδιασμό Pre test-Post test-Control, με δύο ομάδες μελέτης. Η ομάδα παρέμβασης αποτελείται από 103 έγκυες, οι οποίες παρακολούθησαν 4ωρο μάθημα για το μητρικό θηλασμό, στο πλαίσιο συνεδριών προετοιμασίας γονεϊκότητας, σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας. Η ομάδα ελέγχου αποτελείται από 100 έγκυες, οι οποίες δεν συμμετείχαν στο εν λόγω πρόγραμμα και έλαβαν μόνο τη συνήθη μαιευτική φροντίδα, στην ίδια δομή. Η μελέτη διήρκεσε συνολικά 15 μήνες (Απρίλιος 2016- Ιούνιος 2017). Η συλλογή των δεδομένων έγινε σε 4 χρονικές στιγμές και πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των εξής εργαλείων: Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων και μαιευτικού ιστορικού, Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας για το μητρικό θηλασμό (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF), Κλίμακα Στάσης της Αιόβα για τη Νεογνική Διατροφή (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS), Ερωτηματολόγιο για την Επιλόχεια Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS), Ερωτηματολόγιο Γνώσεων σχετικά με τον μητρικό θηλασμό (Breast Feeding



Knowledge Questionnaire), Ερωτηματολόγιο Για Τα Αντιληπτά Εμπόδια του μητρικού θηλασμού (Perceived Breastfeeding Barriers Questionnaire), Κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Satisfaction with the Educational Programme Scale), Ερωτηματολόγιο Δεικτών μητρικού θηλασμού. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0. Η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

**Αποτελέσματα:** Η αξιοπιστία των ερωτηματολογίων Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form και Iowa Infant Feeding Attitude Scale ήταν αποδεκτή (συντελεστής Cronbach's  $\alpha$  0,93 και 0,71, αντίστοιχα). Πριν την παρέμβαση δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ελέγχου και παρέμβασης σε όλες τις κλίμακες. Μετά την παρέμβαση οι γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης είχαν καλύτερη στάση (73,59% έναντι 66,14%,  $p < 0,001$ ), περισσότερη γνώση (14,65% έναντι 13,11%,  $p < 0,001$ ), μεγαλύτερη αυτοαυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με το θηλασμό (51,40% έναντι 45,65%,  $p < 0,001$ ) και λιγότερα αντιλαμβανόμενα εμπόδια για το θηλασμό (27,40% έναντι 31,00%,  $p < 0,001$ ), σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου. Επίσης, την 3η ημέρα μετά τον τοκετό τους, οι γυναίκες στην ομάδα παρέμβασης θήλαζαν αποκλειστικά σε ποσοστό 63,10% σε σύγκριση με τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου που θήλαζαν αποκλειστικά σε ποσοστό 56,00%. Στους 6 μήνες μετά τον τοκετό τους, τα ποσοστά του συμπληρωματικού θηλασμού ήταν 54,40% και 32,00%, αντίστοιχα.

**Συμπέρασμα:** Η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων για το θηλασμό, στα πλαίσια των συνεδριών προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, βελτιώνει το βαθμό της αυτοαποτελεσματικότητάς τους στο θηλασμό και επιπλέον επιδρά θετικά στην έκβασή του. Συστήνεται η ενσωμάτωση της προετοιμασίας γονεϊκότητας στο πλαίσιο της συνήθους μαιευτικής φροντίδας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

# DEVELOPMENT OF WOMENS' BREASTFEEDING SELF-EFFICACY AND IMPROVEMENT OF BREASTFEEDING OUTCOMES THROUGH ANTENATAL CLASSES

MARIA C. ILIADOU

## ABSTRACT

**Introduction:** Exclusive breastfeeding is the optimal mode of feeding for the first six months of a child's life. Modifiable factors associated with increased breastfeeding, may be addressed through antenatal breastfeeding education. Breastfeeding self- efficacy has emerged as an important psychometric factor for improving breastfeeding outcomes. In Greece, the rates of exclusive breastfeeding remain rather low.

**Aim:** The aim of the current study is to investigate whether an antenatal breastfeeding educational session on breastfeeding, in terms of antenatal preparation classes, improves the level of self-efficacy in breastfeeding, and to what extent this affects its outcome (initiation, duration and exclusivity).

**Material and Methods:** This was a Pre test-Post test-Control designed, quasi-experimental study, with two study groups. The intervention group consisted of 103 pregnant women that followed a four-hour antenatal breastfeeding programme, in terms of antenatal preparation classes, at a public hospital in Athens. The control group consisted of 100 pregnant women, that did not attend this programme and received only routine care, in the same setting. The study lasted for a total of 15 months (April 2016 - June 2017). The data collection was performed at 4 time points by using the following tools: Socio-demographic data and medical history questionnaire, the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form-(BSES-SF), the Iowa Infant Feeding Attitude Scale-(IIFAS), the Edinburgh Postnatal Depression Scale-(EPDS), the Breast Feeding Knowledge Questionnaire, the Perceived Breastfeeding Barriers Questionnaire, the Satisfaction with the Educational Programme Scale and the Breastfeeding outcomes Questionnaire. Data analysis was conducted using SPSS 19.0 Statistical Software. Statistical significant level was set at 0.05.

**Results:** The reliability of Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form and The Iowa Infant Feeding Attitude Scale was acceptable (*Cronbach's a 0.93 and 0.71, respectively*). Pre intervention there were no significant differences between control and intervention group in

any of the scales. Post intervention, women in the intervention group had a more positive attitude towards breastfeeding (73.59% versus 66.14%,  $p<0.001$ ), greater knowledge (14.65% versus 13.11%,  $p<0.001$ ) and more breastfeeding self-efficacy (51.40% versus 45.65%,  $p<0.001$ ) compared to the control group. Furthermore, they had significantly less perceived barriers regarding breastfeeding (27.40% versus 31.00%,  $p<0.001$ ). Moreover, the 3rd day after their delivery, 63.10% of women in the intervention group, breastfed exclusively compared to 56.00% of women in the control group. 6 months after delivery, the percentages of complementary breastfeeding were 54.40% and 32.00%, respectively.

**Conclusion:** Antenatal breastfeeding educational programme, in terms of antenatal parenthood education classes, was effective in increasing breastfeeding self-efficacy and improving the breastfeeding outcomes. It is recommended to integrate antenatal parenthood education in the context of routine midwifery care at primary and secondary healthcare level of care in Greece.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο μητρικός θηλασμός (ΜΘ) αποτελεί αδιαμφισβήτητη την ασφαλέστερη και υγιεινότερη μέθοδο σίτισης του νεογνού/βρέφους, παρέχοντας παράλληλα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη στις μητέρες και τα μωρά τους (Victora και συν. 2016). Λόγω της ιδιαίτερης διατροφικής αξίας του μητρικού γάλακτος, γίνεται διεθνώς προσπάθεια για τη βελτίωση της έκβασης του ΜΘ (έναρξη, αποκλειστικότητα και διάρκεια). Ωστόσο, παρά τις συστάσεις διεθνών οργανισμών, τα ποσοστά του ΜΘ παραμένουν πολύ χαμηλά σε εθνικό και διεθνές επίπεδο (Rollins και συν. 2016, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018). Μέσα στα πλαίσια δράσεων που στοχεύουν στη βελτίωση των ποσοστών του ΜΘ, συμπεριλαμβάνεται, μέσω της περιγεννητικής εκπαίδευσης και η τροποποίηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων που επηρεάζουν την επιτυχή έκβασή του.

Η αυτοαποτελεσματικότητα αποτελεί μία γνωστική διαδικασία της αυτοπεποίθησης του ατόμου, σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ικανότητά του να ρυθμίζει τα κίνητρά του, τις σκέψεις του, τη συναισθηματική του κατάσταση και το κοινωνικό του περιβάλλον, με σκοπό την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Bandura 1986). Το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας για το ΜΘ επηρεάζει το μέγεθος της προσπάθειας που εκείνη δέχεται να καταβάλει καθώς και τις σκέψεις της που σχετίζονται με το ΜΘ, κάτι που ακολούθως διαμορφώνει τη συμπεριφορά της για το ΜΘ (Dennis 1999).

Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν, το χαμηλό ποσοστό του ΜΘ στη χώρα μας (Ηλιοδρομίτη και συν. 2018) και της σημαντικότητας τροποποίησης παραγόντων που επηρεάζουν την έκβασή του, κρίνεται σκόπιμη η αξιολόγηση για πρώτη φορά προγεννητικού εκπαιδευτικού προγράμματος σε δημόσια υγειονομική δομή, ως προς την επίδρασή του στην αυτοαποτελεσματικότητας μητέρων αλλά και ακολούθως ως προς την επίδραση αυτής στην αύξηση των ποσοστών του ΜΘ.

Η παρούσα διατριβή αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος.

Το γενικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Στο κεφάλαιο 1 αναλύονται διεξοδικά θέματα που αφορούν γενικά το ΜΘ όπως: ανατομία του μαστικού αδένου, φυσιολογία της γαλουχίας, σύσταση και διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος, οφέλη του ΜΘ για τα βρέφη, τις μητέρες και την κοινωνία, αντενδείξεις του ΜΘ, επιδημιολογικά στοιχεία του ΜΘ σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, δράσεις για το ΜΘ σε διεθνές και εθνικό επίπεδο.

Στο κεφάλαιο 2 αναπτύσσεται το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας, με υπο-ενότητες τη Θεωρία της Κοινωνικής-Γνωστικής μάθησης, τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας, τη

διαμόρφωση της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ, και την επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας στην υιοθέτηση θετικής συμπεριφοράς ως προς το ΜΘ.

Στο κεφάλαιο 3 παρουσιάζεται η βιβλιογραφία σχετικά με: 1) τους παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκεια του ΜΘ, 2) τις παρεμβάσεις που στοχεύουν στη θετική έκβαση του ΜΘ και, 3) τις εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και των ποσοστών έναρξης, διάρκειας και αποκλειστικότητας του ΜΘ.

Το ειδικό μέρος της διατριβής αποτελείται από τα κεφάλαια 4-6. Το 4ο κεφάλαιο που αφορά τη μεθοδολογία, παρουσιάζει το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης, καθώς και τον ερευνητικό σχεδιασμό.

Το 5ο κεφάλαιο αφορά στα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων των δεδομένων.

Το 6ο κεφάλαιο παρουσιάζει τη συζήτηση-ερμηνεία των αποτελεσμάτων της μελέτης καθώς και τα συμπεράσματα και τις προτάσεις για κλινική εφαρμογή και περαιτέρω έρευνα.

Το 7<sup>ο</sup> κεφάλαιο εκθέτει τα συμπεράσματα της μελέτης καθώς και προτάσεις για την κλινική πράξη και την έρευνα.

Τέλος, στο παράρτημα της διατριβής παρουσιάζονται διαδοχικά: 1) η παραχώρηση αδειών χρήσης από τους κατασκευαστές των ερωτηματολογίων, 2) η έγκριση από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν.Α. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ για τη διεξαγωγή έρευνας, 3) τα ερωτηματολόγια της μελέτης, 4) το έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη, 5) οι δημοσιευμένες εργασίες στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής, 6) πιστοποιητικό επιτυχούς παρακολούθησης 3ετούς προγράμματος διδακτορικών σπουδών της European Academy of Nursing Science (EANS).

## **I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

## 1.1 Ανατομία του μαστικού αδένος

Ο γυναικείος μαστός, ένας τροποποιημένος ιδρωτοποιός αδένος του υποδόριου ιστού, εκτείνεται από τη 2η μέχρι την 6η πλευρά και προσφύεται χαλαρά με συνδετικό ιστό με τη θωρακική, τη μασχαλιαία και την επιπολής κοιλιακή περιτονία. Ο μαστός υποστηρίζεται επιπρόσθετα από κρεμαστήριους συνδέσμους. Συχνά υπάρχει μία επέκταση του μαστικού ιστού προς τη μασχάλη, η μασχαλιαία ουρά (Gilroy 2009).

Ο μαστός αποτελείται από ποικίλες ποσότητες λιπώδους ιστού και αδενικού ιστού με τους συνοδούς πόρους, αιμοφόρα αγγεία, νεύρα, λεμφαγγεία και συνδετικό ιστό. Από μέσα προς τα έξω, ο μαστός 'ακουμπά' πάνω στην περιτονία του μείζονος θωρακικού μυός και εμφανίζει τον μαζικό αδένος, το περιμαστικό λίπος και το δέρμα με τη θηλαία άλω και τη θηλή. Θηλαία άλω είναι η περιοχή γύρω από τη θηλή και περιέχει μικροσκοπικούς αδένες (αδένες Montgomery). Ο μαζικός ή μαστικός αδένος έχει σωληνοκυψελοειδή υφή και διαιρείται σε 15-20 λοβούς που διατάσσονται ακτινοειδώς γύρω από τη θηλή. Κάθε λοβός είναι ένας ξεχωριστός αδένος με δικό του εκφορητικό γαλακτοφόρο πόρο που έχει ανεξάρτητη έξοδο στη θηλή. Οι λοβοί συνδέονται μεταξύ τους με συνδετικό ιστό και υποδιαιρούνται σε λόβια που φέρουν τις αδενοκυψέλες. Από τις αδενοκυψέλες ξεκινάνε μικροί γαλακτοφόροι πόροι που καταλήγουν σε μεγαλύτερους γαλακτοφόρους πόρους, οι οποίοι περιβάλλονται από μυοεπιθηλιακά κύτταρα και συρρέουν προς τη βάση της θηλής του μαστού. Εκεί αναστομώνονται και σχηματίζουν το γαλακτοφόρο κόλπο και στη συνέχεια φέρονται στην κορυφή της θηλής όπου και εκβάλλουν (Ιατράκης 2015). Ο μεσολόβιος συνδετικός ιστός περιέχει στελεχιαία (αρχέγονα, βλαστικά) κύτταρα, τα οποία στη διάρκεια του μετασχηματισμού σε θηλαζόμενο μαστό δίνουν γένεση σε μια εντονότατη κυτταρική ανάπτυξη (πολλαπλασιασμός του συστήματος των πόρων και διαφοροποίηση των αδενοκυψελών). Η τελική εκκριτική μονάδα έχει κεφαλαιώδη σημασία στην ιστοπαθολογία επειδή αποτελεί τη θέση ανάπτυξης των περισσότερων κακοήθων όγκων του μαστού (Schunke 2007).

### 1.1.1 Αρτηριακή τροφοδοσία

Ο μαστός σχετίζεται με το θωρακικό τοίχωμα και το άνω άκρο του σώματος. Η αρτηριακή τροφοδοσία του μαστού προέρχεται κυρίως από τη μασχαλιαία αρτηρία, την έσω θωρακική αρτηρία και τις 2η-4η μεσοπλεύριες αρτηρίες (Drake 2007).

### 1.1.2 Φλεβική αποχέτευση

Οι φλέβες που αποχετεύουν το μαστό συνοδεύουν τις αντίστοιχες αρτηρίες και εκβάλλουν στη μασχαλιαία, την έσω θωρακική και τις μεσοπλεύριες φλέβες (Drake 2007).

### 1.1.3 Νεύρωση

Η νεύρωση του μαστού προέρχεται από πρόσθιους και πλάγιους υποδόριους κλάδους των 2ου-6ου μεσοπλεύριων νεύρων. Η θηλή νευρώνεται από το 4ο μεσοπλεύριο νεύρο (Drake 2007). Η πλούσια αισθητική νεύρωση της θηλής και της άλω είναι σημαντική για το θηλασμό καθώς ο ερεθισμός τους από το θηλάζον βρέφος οδηγεί σε διέγερση του κεντρικού νευρικού συστήματος και απελευθέρωση ορμονών της γαλουχίας, που οδηγούν στην εδραίωση και διατήρηση αυτής (Αντωνιάδου-Κουμάτου 2015).

### 1.1.4 Λεμφική αποχέτευση

Η λεμφική αποχέτευση του μαστού γίνεται κατά το 75% περίπου με λεμφαγγεία που αποχετεύουν προς τα πλάγια και άνω στους μασχαλιαίους λεμφαδένες. Στο μεγαλύτερο μέρος της η υπόλοιπη αποχέτευση γίνεται στους παραστερνικούς λεμφαδένες, που εντοπίζονται στο βάθος του πρόσθιου θωρακικού τοιχώματος και ένα μέρος της αποχέτευσης μπορεί να γίνει με λεμφαγγεία, τα οποία συνοδεύουν τους πλάγιους κλάδους των οπίσθιων μεσοπλεύριων αρτηριών και συνδέονται με μεσοπλεύριους λεμφαδένες που εντοπίζονται κοντά στις κεφαλές και τους αυχένες των πλευρών (Drake 2007).

## 1.2 Φυσιολογία της γαλουχίας

### 1.2.1 Μαστογένεση

Προϋπόθεση για την εγκαθίδρυση της γαλουχίας είναι η διαμόρφωση και ανάπτυξη του μαστικού αδένος κατά την εμβρυική, την εφηβική ζωή καθώς και κατά τη διάρκεια της κύησης και η ολοκλήρωση των σταδίων της γαλακτογένεσης (Πίνακας 1.1.).



### 1.2.2 Γαλακτογένεση

Στην γαλακτογένεση, ο μαστικός αδένας αναπτύσσει την ικανότητα να εκκρίνει γάλα. Η γαλακτογένεση περιλαμβάνει όλες τις απαραίτητες διεργασίες για το μετασχηματισμό του μαστικού αδένου από την αδιαφοροποίητη κατάσταση του στην αρχή της εγκυμοσύνης έως την πλήρως διαφοροποιημένη κατάσταση κάποια στιγμή μετά την εγκυμοσύνη. Αυτή η πλήρως διαφοροποιημένη κατάσταση επιτρέπει την πλήρη γαλουχία.

Το Στάδιο I της γαλακτογένεσης παρουσιάζεται από τα μέσα της εγκυμοσύνης. Στο στάδιο I, ο μαστικός αδένας καθίσταται κατάλληλος να εκκρίνει γάλα. Λακτόζη, ολική πρωτεΐνη και συγκεντρώσεις ανοσοσφαιρίνης αυξάνονται στο εκκρινόμενο αδενικό υγρό, ενώ οι συγκεντρώσεις νατρίου και χλωρίου μειώνονται. Ο αδένας είναι πλέον επαρκώς διαφοροποιημένος ώστε να εκκρίνει γάλα, όπως αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι γυναίκες συχνά περιγράφουν σταγόνες από πρωτόγαλα στις θηλές τους στο δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο. Ωστόσο, τα υψηλά επίπεδα κυκλοφορίας των οιστρογόνων και της προγεστερόνης κρατούν την έκκριση του γάλακτος υπό έλεγχο.

Το Στάδιο II της γαλακτογένεσης συμβαίνει γύρω από την περίοδο του τοκετού. Ορίζεται ως η έναρξη της άφθονης έκκρισης γάλακτος. Στο στάδιο II, η ροή του αίματος, το οξυγόνο και η πρόσληψη της γλυκόζης αυξάνουν. Η προγεστερόνη έχει σημαντικό ρόλο σε αυτό το στάδιο. Η απομάκρυνση του πλακούντα (δηλαδή, η πηγή της προγεστερόνης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης) είναι απαραίτητη για την έναρξη της έκκρισης γάλακτος. Επιπλέον, η μητρική έκκριση της ινσουλίνης, της αυξητικής ορμόνης (GH), της κορτιζόλης, και της παραθορμόνης (PTH) διευκολύνουν την κινητοποίηση των θρεπτικών ουσιών και ανόργανων συστατικών που απαιτούνται για τη γαλουχία (Neville 2001).

Μαστογένεση	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ανάπτυξη μαζικού αδένου-αύξηση μεγέθους και βάρους του μαστού</li><li>• Πολλαπλασιασμός του συστήματος των αγωγών με τη δράση οιστρογόνων και προγεστερόνης</li></ul>
Γαλακτογένεση, Στάδιο I (μέσο εγκυμοσύνης έως την δεύτερη μέρα της λοχείας)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Έναρξη της σύνθεσης του γάλακτος από το μέσο έως το τέλος της εγκυμοσύνης</li><li>• Τα επιθηλιακά κύτταρα των κυψελίδων διαφοροποιούνται σε εκκριτικά κύτταρα για την</li></ul>

	<p>παραγωγή του γάλακτος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η προλακτίνη ενεργοποιεί τα μαστικά εκκριτικά επιθηλιακά κύτταρα για την παραγωγή γάλακτος</li> </ul>
Γαλακτογένεση, Στάδιο II (3η-8η ημέρα της λοχείας)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κλείσιμο των κυτταρικών συνδέσεων μεταξύ των γαλακτοκυττάρων</li> <li>• Ενεργοποίηση μέσω της ραγδαίας πτώσης των επιπέδων της προγεστερόνης</li> <li>• Έναρξη άφθονης παραγωγής του γάλακτος</li> <li>• Αίσθηση γεμίσματος και ζεστασιάς στους μαστούς</li> <li>• Μετάβαση από την ενδοκρινική λειτουργία στην αυτοκρινική λειτουργία του μαζικού αδένου. Η παραγωγή της προλακτίνης δεν γίνεται πλέον αυτόματα από την υπόφυση αλλά εξαρτάται από τον συχνό ερεθισμό της θηλής</li> </ul>
Γαλακτοποίηση (9η ημέρα έως την έναρξη της υποστροφής)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διατήρηση της γαλουχίας</li> <li>• Έλεγχος μέσω της αυτοκρινικής λειτουργίας (παροχή- ζήτηση)</li> <li>• Το μέγεθος του μαστού μειώνεται μεταξύ 6ου-9ου μήνα μετά τον τοκετό</li> </ul>
Υποστροφή (κατά μέσο όρο 40 ημέρες από τον τελευταίο θηλασμό)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απόπτωση επιθηλιακών γαλακτοκυττάρων</li> <li>• Η παραγωγή του γάλακτος μειώνεται από την συσσώρευση ανασταλτικών πεπτιδίων</li> </ul>

Πηγή: Neville 2001

### 1.3 Σύσταση και διατροφική αξία του μητρικού γάλακτος

Ο διαχωρισμός του μητρικού γάλακτος σε πύαρ, μεταβατικό γάλα και ώριμο μητρικό γάλα βασίζεται στη σταδιακή αλλαγή της σύστασης του γάλακτος κατά τη διάρκεια της γαλουχίας (Jenness 1979).

Σε αντίθεση με το υποκατάστατο μητρικού γάλακτος σε σκόνη που έχει προκαθορισμένη σύσταση, η σύσταση του μητρικού γάλακτος τροποποιείται δυναμικά κατά τη διάρκεια του ΜΘ, σε σχέση με την ώρα της ημέρας, κατά την εξέλιξη της γαλουχίας και μεταξύ μητέρων και πληθυσμών και φαίνεται να επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Bravi 2016).

Το πύαρ συγκέντρωσε το έντονο ενδιαφέρον ως μέρος της διατροφής των νεογνών στην δεκαετία του 1970, όπου σημειώθηκε αναζωπύρωση του ΜΘ (Zibadi 2013). Είναι το πρώτο υγρό που παράγεται από τον μαστό της μητέρας τις πρώτες 24 ώρες μετά τον τοκετό, και έχει συγκεκριμένη ποσότητα, εμφάνιση και σύσταση. Παράγεται σε μικρές ποσότητες τις πρώτες ημέρες της λοχείας και είναι πλούσιο σε βιταμίνη Α, βιταμίνη Β1, Βιταμίνη Κ (Emmett 1997), νάτριο, χλώριο, μαγνήσιο (Ballard 2013), πρωτεΐνες, ολιγοσακχαρίτες (Corra 1999, Lonnerdal 2004), ανοσοσφαιρίνες (Castellote 2011) και διαμορφωτές αύξησης όπως ο επιδερμικός αυξητικός παράγοντας (Epidermal Growth Factor-EFG), ο TGF-β και ο Colony-Stimulating Factor 1 (Andreas 2015). Η συγκέντρωση λίπους, λακτόζης, καζεΐνης, καλίου και ασβεστίου είναι αντίθετα χαμηλή σε σχέση με το ώριμο γάλα (Pang 2007, Andreas 2015). Σύμφωνα με αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται ότι το πύαρ έχει πρωτίστως ανοσοποιητικές και όχι τόσο θρεπτικές ιδιότητες, προστατεύοντας το νεογνό κατά τη μετάβασή του από το σχετικά αποστειρωμένο περιβάλλον της μήτρας σε παθογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες (Andreas 2015).

Το μεταβατικό γάλα το οποίο παράγεται μεταξύ 3ης-14ης ημέρας μετά τον τοκετό είναι πλούσιο σε λίπος, λακτόζη και βιταμίνες (Tudehope 2013) καλύπτοντας έτσι τις αυξανόμενες διατροφικές και αναπτυξιακές ανάγκες των νεογνών (Ballard 2013).

Το ώριμο γάλα είναι λιγότερο συμπυκνωμένο από το μεταβατικό γάλα και η θρεπτική σύσταση του διατηρείται κατά την διάρκεια του πρώτου έτους μετά τον τοκετό (Tudehope 2013). Συνοπτικά αναφέρονται τα κύρια συστατικά του ώριμου μητρικού γάλακτος. Το μεγαλύτερο ποσοστό ενέργειας παρέχεται από το λίπος και τους υδατάνθρακες που περιέχει το μητρικό γάλα. Όσον αφορά στη σύσταση των λιπιδίων του μητρικού γάλακτος, το 80-90% περίπου αποτελείται από τριγλυκερίδια και το υπόλοιπο είναι κυρίως ελεύθερα λιπαρά οξέα, χοληστερόλη, φωσφολιπίδια, λινολεϊκό οξύ και ω-3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου. Από τους υδατάνθρακες κυριότερος είναι η λακτόζη και σε μικρότερο ποσοστό άλλοι ολιγοσακχαρίτες. Κυρίες πρωτεΐνες είναι η καζεΐνη, η α-λακταλβουμίνη, η λακτοφερίνη, η εκκριτική ανοσοσφαιρίνη Α (secretory IgA, SIgA), οι ανοσοσφαιρίνες IgG, IgD και IgE καθώς και η λυσοζύμη που λειτουργεί ως ένζυμο. Άλλα ένζυμα που εμπεριέχονται είναι η λιποπρωτεϊνική, η παγκρεατική λιπάση και η καρνιτίνη. Επιπλέον η σύσταση των αμινοξέων του ανθρώπινου γάλακτος είναι κατάλληλη για τη μεταβολική ικανότητα του νεογνού με κύρια αμινοξέα την κυστίνη και την ταυρίνη.

Ακόμη, το μητρικό γάλα περιέχει 87% νερό, που καλύπτει τις ανάγκες του βρέφους σε υγρά και όλες τις βιταμίνες και τα ανόργανα στοιχεία που απαιτούνται με ατομικές αποκλίσεις που οφείλονται στο διαιτολόγιο της μητέρας και σε γενετικές διαφορές. Αν και το ανθρώπινο γάλα μπορεί να στερείται επαρκών ποσοτήτων βιταμίνης D, μπορεί να μην απαιτούνται συμπληρώματα, αρκεί το βρέφος να εκτίθεται στο ηλιακό φως για 30 λεπτά κάθε εβδομάδα φορώντας μόνο πάνα ή για 2 ώρες την εβδομάδα ντυμένο κανονικά αλλά χωρίς καπέλο. Επιπλέον, η αναλογία ασβεστίου-φωσφόρου στο ανθρώπινο γάλα είναι 2:1, ιδανική για τις ανάγκες των οστών σε μέταλλα. Επίσης τα βρέφη που θηλάζουν ωφελούνται από το υψηλό επίπεδο λακτόζης και βιταμίνης C στο ανθρώπινο γάλα, που διευκολύνουν την απορρόφηση του σιδήρου (Lowdermilk, Perry 2003, Ζαμπέλας 2003).

#### **1.4. Οφέλη του ΜΘ για τα βρέφη, τις μητέρες και την κοινωνία**

Ο θηλασμός διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στη νεογνική/βρεφική και μητρική υγεία. Η σύνθεση του ανθρώπινου γάλακτος παρέχει πρότυπη διατροφή για το βρέφος, συμπεριλαμβανομένων των βιοδραστικών συστατικών που διασφαλίζουν την ανάπτυξή του. Το ανθρώπινο γάλα περιέχει ανοσοσφαιρίνες και ανοσοποιητικούς παράγοντες που προστατεύουν από λοιμώξεις και συμβάλλουν στην ανοσολογική ωρίμανση, την ανάπτυξη των οργάνων, και τον υγιή μικροβιακό αποικισμό (Ballard 2013, Pacheco 2015, Sutherland 2016, Lönnerdal 2017). Η αντιμικροβιακή δράση είναι σύνθετη και αφορά την ανάπτυξη ωφέλιμων μικροοργανισμών, την αναστολή της ανάπτυξης των παθογόνων καθώς και μηχανισμούς πρόληψης εισβολής επιβλαβών μικροοργανισμών (Lepage 2012).

Αρκετές έρευνες που αφορούν τα οφέλη του ΜΘ είναι αντιφατικές και έχουν προκύψει μεθοδολογικά ζητήματα σχετικά με την ποιοτική αποτίμησή τους. Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν το ΜΘ είναι μελέτες παρατήρησης και όχι Τυχαιοποιημένες Ελεγχόμενες Δοκιμές (Randomized Controlled Trials - RCTs), λόγω ηθικών περιορισμών και τα δεδομένα για τα βραχυπρόθεσμα οφέλη είναι ισχυρότερα σε σχέση με τα μακροπρόθεσμα, όπου πιθανόν εμπλέκονται συγχυτικοί παράγοντες (Binns 2016).

##### **1.4.1 Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του ΜΘ για το βρέφος**

###### *1.4.1.1. Χρόνιες ασθένειες και διατροφικές συνήθειες*

Ο ΜΘ κατά τη βρεφική ηλικία φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για την προστασία από την παχυσαρκία στην παιδική ηλικία (Weng και συν. 2012, Et 2013, Reynolds και συν. 2014) και μάλιστα δόσοεξαρτώμενος (Harder και συν.

2005, Yan και συν. 2014, Carling και συν. 2015), και η έλλειψη του μπορεί να συμβάλλει σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου (Folici 2015). Βέβαια στη συγχρονική μελέτη του Reynolds τα δεδομένα προήλθαν από παρατήρηση και όχι πειραματικά και για αυτό δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα για την επίδραση των συγχυτικών παραγόντων και στην μελέτη του Folici το δείγμα ήταν μικρό. Περαιτέρω, μία προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη έδειξε ότι ο ΜΘ έχει ευεργετική επίδραση στο λιποπρωτεϊνικό προφίλ στη μετέπειτα ζωή και σημαντικότερη ευεργετική επίδραση στη μακροπρόθεσμη καρδιαγγειακή υγεία (Singhal και συν. 2004).

Αντίθετα σε μελέτη του Brions (2011) δεν αποδείχθηκε αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ ΜΘ, αρτηριακής πίεσης και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) σε παιδιά αλλά ούτε και στην μελέτη PROBIT, μία πολυκεντρική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη παρέμβασης για την προαγωγή του ΜΘ, φάνηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ ΜΘ, λιπώδους ιστού, αρτηριακής πίεσης (Patel και συν. 2013) και καρδιο-μεταβολικών παραγόντων κινδύνου στην ηλικία των 11.5 ετών (Martin και συν. 2013).

Επιπλέον, ορισμένες μελέτες έχουν δείξει προστατευτική επίδραση του θηλασμού στο διαβήτη σε συνάρτηση με την μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού (Sadauskaitė-Kuehne 2004, Rosenbauer 2008, Megeid 2011, Alves 2012, Al Mamoun 2015), αλλά αυτό δεν αποδεικνύεται σε άλλες (Viner 2008). Σύμφωνα με μετανάλυση του Horta (2013) δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Η άμεση έναρξη του θηλασμού μπορεί να διευκολύνει την γλυκαιμική σταθερότητα σε βρέφη που γεννήθηκαν από γυναίκες με διαβήτη κύησης (Chertok 2009) και να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη μετέπειτα στην ζωή τους (Ziegler 2012), ακόμη και αν ο διαβήτης της κύησης συνδέεται με χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού κατά την έξοδο από το μαιευτήριο (Finkelstein 2013).

Επιπλέον, οι διατροφικές συνήθειες στην αρχή της ζωής μπορεί να συμβάλλουν στην υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συμπεριφορών στην μετέπειτα ζωή. Έτσι, στην μελέτη PROBIT, κατά την οποία μελετήθηκαν για 11,5 χρόνια περισσότερα από 17.000 ζευγάρια μητέρων και βρεφών, αποδείχτηκε συσχέτιση της παρέμβασης για αύξηση της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του ΜΘ σε τελειόμηνα νεογνά στην Λευκορωσία, με τη μείωση προβληματικών διατροφικών συμπεριφορών στην ηλικία των 11.5 ετών (Skugarevsky και συν. 2014). Επίσης, ενώ κάποιες έρευνες δείχνουν θετική συσχέτιση μεταξύ διάρκειας ΜΘ και κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Grieger 2011, Möller 2013, Perrine 2014) η έρευνα της Soldateli (2016) δείχνει θετική συσχέτιση μόνο με

την κατανάλωση λαχανικών και καμία συσχέτιση μεταξύ διάρκειας αποκλειστικού ΜΘ και κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (Soldateli 2016). Βέβαια, στην συγκεκριμένη μελέτη έγινε καταγραφή της κατανάλωσης των φρούτων και των λαχανικών σε εβδομαδιαία και όχι σε ημερήσια βάση γεγονός που δυσχεραίνει την ακρίβεια στις μετρήσεις. Μια πιθανή εξήγηση της αυξανόμενης κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών από παιδιά που θήλασαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι αυτά τα παιδιά έρχονται σε επαφή με μεγαλύτερη ποικιλία γεύσεων στην αρχή της ζωής τους μέσω της κατανάλωσης μητρικού γάλακτος (Savage 2007).

#### *1.4.1.2. Λοιμώξεις και Αυτοάνοσα νοσήματα*

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο θηλασμός συνδέεται με οφέλη για την υγεία του ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους. Το μητρικό γάλα περιέχει διάφορες αντιμικροβιακές ουσίες, που προωθούν την ανάπτυξη και ενίσχυση του ανοσοποιητικού, καθώς και αντι-φλεγμονώδη συστατικά (Blewka et al 2008, Jost 2015, Baricelli 2015). Το ανθρώπινο γάλα ασκεί σημαντική αντιφλεγμονώδη και προστατευτική δράση έναντι των λοιμώξεων και του τοπικού εκζέματος στα θηλάζοντα βρέφη (Patel και συν. 2013, Chiu και συν. 2016) αν και σε έρευνα του Abd (2012) φάνηκε ότι τα παιδιά που θηλάζαν περισσότερο είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν έκζεμα. Ακόμη, έρευνα τυχαίας δειγματοληψίας κατά συστάδες του Liu (2012) έδειξε ότι τα παιδιά που είχαν θηλάσει είχαν μικρότερο επιπολασμό άσθματος, και των συμπτωμάτων που σχετίζονται με το άσθμα, σε σύγκριση με τα παιδιά που δεν είχαν θηλάσει. Επίσης, σε μία κοόρτη παιδιών, με οικογενειακό ιστορικό άσθματος, ο θηλασμός διάρκειας μεγαλύτερης του μήνα, μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης ροχαλητού και άπνοιας. Τα ευρήματα αυτά ερμηνεύονται και από την ευεργετική επίδραση του στήθους της μητέρας στη στοματοφαρυγγική ανάπτυξη του βρέφους, με επακόλουθη την προστασία από δυσλειτουργία του ανώτερου αναπνευστικού που προκαλεί διαταραχή στην αναπνοή (Brew 2014).

Αντίθετα, στην μελέτη PROBIT δεν φάνηκε να υπάρχει προστασία από λοιμώξεις του αναπνευστικού κατά την βρεφική ηλικία ή άσθματος και αλλεργίας στην ηλικία των 6.5 ετών (Patel και συν. 2013) και στην μελέτη ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood-ISAAC) δε συσχετίστηκε ο ανεξαρτήτου διάρκειας ΜΘ με τον συριγμό (*OR 0.99, 95% CI 0.92–1.05*), την ρινο-επιπεφυκίτιδα (*OR 1.00, 95% CI 0.93–1.08*), το έκζεμα (*OR 1.05, 95% CI 0.97–1.12*), ή συμπτώματα σοβαρού άσθματος (*OR 0.95, 95% CI 0.87–1.05*) παρά μόνο συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης οξείας ρινο-επιπεφυκίτιδας

(OR 0.74, 95% CI 0.59–0.94) και σοβαρού εκζέματος (OR 0.79, 95% CI 0.66–0.95) (Björkstén και συν. 2011).

Ακόμη, ο ΜΘ φαίνεται να προστατεύει από τη διάρροια, τις λοιμώξεις του γαστρεντερικού (Strand 2012, Patel 2013), τη λοίμωξη από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Chak 2009) και να ελαττώνει την επίπτωση και θνησιμότητα από νεκρωτική εντεροκολίτιδα σε νεογνά μικρού σωματικού βάρους που νοσηλεύονται σε ΜΕΝΝ (Horta 2013), όμως δεν φαίνεται να ωφελεί ο αποκλειστικός ΜΘ στα επίπεδα νοσηρότητας από διάρροια (Jakobsen 2008).

Επιπλέον, σε μελέτες ασθενών - μαρτύρων φάνηκε ότι η απουσία θηλασμού ή ο θηλασμός λιγότερο από 3 μήνες (Ragnedda 2015) θα μπορούσε να συμβάλλει στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Πολλαπλής Σκλήρυνσης (ΠΣ) στην ενήλικη ζωή. Η προστατευτική δράση του θηλασμού απέναντι στην υποτροπή της ΠΣ κατά την λοχεία προτείνεται και σε μετανάλυση των Pakroor και συν. (2012).

#### *1.4.1.3. Νευροανάπτυξη και Σύνδρομο Αιφνίδιου Νεογνικού Θανάτου*

Ο ΜΘ φαίνεται να λειτουργεί θετικά στη διαμόρφωση του δείκτη IQ (Intelligence Quotient) (Brion 2011, Patel 2014) και συσχετίζεται με βελτιωμένη γνωστική ανάπτυξη, ειδικά σε παιδιά που γεννήθηκαν πρόωρα (Quigley 2012), όπως και σε παιδιά που θήλασαν αποκλειστικά έστω και για μικρότερο διάστημα (Jedrychowski 2012). Επιπλέον, ο ΜΘ σχετίζεται με καλύτερη επίδοση σε τεστ ευφυΐας, με βελτιωμένες σχολικές επιδόσεις καθώς και με υψηλότερο εισόδημα στην ενήλικη ζωή (Horta 2015). Ωστόσο σύμφωνα με άλλες έρευνες, η ευεργετική επίδραση του ΜΘ στη γνωστική ικανότητα του παιδιού και στην ευφυΐα του επιβεβαιώνεται μερικώς ή και καθόλου (Der 2006, Andres 2012).

Επιπλέον, μελέτες δείχνουν την προστατευτική επίδραση του θηλασμού στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (Hayatbakhsh 2012), στη γενική συμπεριφορά ή τη ψυχική ευεξία σε παιδιά και εφήβους (Peus 2012, De Mola 2016). Ακόμη, ο ΜΘ φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την κινητική ανάπτυξη στην παιδική και εφηβική ηλικία ανεξάρτητα από κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες (Grace και συν. 2017).

Η ευεργετική επίδραση του ΜΘ στη μείωση του Συνδρόμου Αιφνίδιου Νεογνικού θανάτου έχει επισημανθεί από την NHS Choices, μία δημοφιλή ιστοσελίδα για την υγεία, του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS 2015). Ο ΜΘ, οποιαδήποτε διάρκεια ή τύπο έχει, φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στον κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου, ακόμη και κατά 50% (Vennemann 2009) με μεγαλύτερη όμως αποτελεσματικότητα όταν αυτός είναι

αποκλειστικός, σύμφωνα με μετανάλυση (Hauck 2011). Παρόλα αυτά, περιορισμός της μετά-ανάλυσης του Hauck ήταν ο μικρός αριθμός των μελετών που παρουσίαζαν δεδομένα για τη διάρκεια του θηλασμού, η οποία είχε οριστεί με διαφορετικούς τρόπους.

#### 1.4.2. Βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη του ΜΘ για τη μητέρα

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση των Chowdhury και συν. (2015) ο ΜΘ φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στον καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών, στον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου 2 και στη διατήρηση της αμηνόρροιας. Ο θηλασμός φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση στους καρκίνους που αφορούν τις γυναίκες εξαιτίας της καταστολή της ωορρηξίας (Su 2013).

Εάν και δεν έχει αποδείχθηκε η προστατευτική επίδραση του ΜΘ στην οστεοπόρωση, την επιλόχεια κατάθλιψη και τη μείωση του σωματικού βάρους (Chowdhury και συν. 2015, Victora και συν. 2016) ωστόσο σε προοπτική μελέτη κοόρτης φάνηκε ότι ο αποκλειστικός ΜΘ μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας της μητέρας από τον τοκετό έως τους 3 μήνες της λοχείας (Figueiredo 2014) και ακόμη, ο θηλασμός διάρκειας τουλάχιστον 1 μήνα σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο κατάγματος ισχίου (*OR 0.84, 95% CI 0.73-0.98*) (Crandall και συν. 2017).

Αναλυτικά λοιπόν στη μετα-ανάλυση των Chowdhury και συν. (2015), ο ανεξαρτήτου διάρκειας ΜΘ συσχετίστηκε με 22% (*OR 0.78, 95% CI 0.74–0.82*) μείωση του καρκίνου του μαστού συγκρινόμενος με καθόλου θηλασμό. Ο ΜΘ διάρκειας λιγότερης από 6 μήνες (39 έρευνες) και ο ΜΘ διάρκειας 6-12 μήνες (36 έρευνες) συσχετίστηκε με 7% (*OR 0.93, 95% CI 0.88–0.99*) και 9% (*OR 0.91, 95% CI 0.87–0.96*) μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού αντίστοιχα. Επίσης μητέρες που θήλασαν περισσότερο από 12 μήνες συγκρινόμενες με αυτές που δεν θήλασαν είχαν 26% μείωση του κινδύνου εμφάνισης του καρκίνου του μαστού (50 μελέτες, *OR 0.74, 95% CI 0.69–0.79*). Ακόμη, ο ανεξαρτήτου διάρκειας ΜΘ συσχετίστηκε με 30% μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών συγκρινόμενος με καθόλου θηλασμό (41 έρευνες, *OR 0.70, 95% CI 0.64–0.77*). Αναφορικά με την προστασία του ΜΘ απέναντι στην οστεοπόρωση δεν υπάρχουν σαφή δεδομένα που να αποδεικνύουν κάποια επίδραση ενώ επιπλέον αναφέρεται η δόσοεξαρτώμενη επίδραση του ΜΘ στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. (6 έρευνες, *RR 0.68 95% CI: 0.57–0.82*).



Για άλλες χρόνιες παθήσεις και προστατευτικούς συσχετισμούς με τον ΜΘ η έρευνα Women's Health Initiative Study ( $n= 139.681$ ) κατέληξε στο ότι η συνολική διάρκεια θηλασμού που υπερβαίνει τους 12 μήνες οδηγεί σε μείωση της υπέρτασης ( $OR=0.88$ ), σε μείωση της υπερλιπιδαιμίας ( $OR = 0.81$ ) και στην μείωση των καρδιαγγειακών παθήσεων ( $OR = 0.91$ ) (Schwarz και συν. 2009).

#### 1.4.3. Οφέλη του ΜΘ για το περιβάλλον, την οικονομία και την οικογένεια

Ο θηλασμός παρέχει επίσης παγκόσμια περιβαλλοντικά οφέλη. Το ανθρώπινο γάλα είναι μία φυσική, ανανεώσιμη τροφή που δρα ως πλήρης πηγή διατροφής των βρεφών για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους. Επιπλέον, με το ΜΘ δεν απαιτείται η χρήση συσκευασιών που δυνητικά μπορεί να καταλήξουν σε χώρους υγειονομικής ταφής οπότε δεν απαιτούνται και πρώτες ύλες για την παρασκευή και ενέργεια για τη μεταφορά τους. Για κάθε ένα εκατομμύριο βρεφών που τρέφονται με τροποποιημένο γάλα καταναλώνονται 150 εκατομμύρια συσκευασιών. Επομένως, η επιλογή του ΜΘ μειώνει το αποτύπωμα του άνθρακα από την εξοικονόμηση πολύτιμων παγκόσμιων πόρων και ενέργειας (US DHHS 2011).

Επιπλέον, ο ΜΘ παρέχει και οικονομικά οφέλη. Αυτά, αφορούν τις οικογένειες, τους εργοδότες, ασφαλιστικά ταμεία, και την πολιτεία στο σύνολό της. Για παράδειγμα, σε μελέτη που διεξήχθη, εκτιμάται ότι οι οικογένειες που ακολούθησαν τη βέλτιστη πρακτική του θηλασμού εξοικονόμησαν περισσότερα από \$1.200 - \$1.500 στις δαπάνες για αγορά τροποποιημένου γάλακτος κατά το πρώτο έτος ζωής του παιδιού τους. Ακόμη, καλύτερη υγεία του βρέφους σημαίνει λιγότερες απαιτήσεις ασφάλισης υγείας, λιγότερη απαιτούμενη άδεια των εργαζόμενων γονέων για τη φροντίδα των άρρωστων παιδιών τους και υψηλότερη παραγωγικότητα, θέματα που ενδιαφέρουν άμεσα τους εργοδότες (US DHHS 2011). Επίσης, κάποιες έρευνες αναδεικνύουν την θετική επίδραση του ΜΘ για τη συζυγία και τις οικογενειακές σχέσεις (Sullivan 2004, Falceto 2004, Papp 2012).

### 1.5. Αντενδείξεις ΜΘ

Ο ΜΘ αντενδείκνυται σε ένα περιορισμένο αριθμό νοσημάτων που αφορούν το βρέφος ή τη μητέρα. Μεταβολικές διαταραχές του βρέφους όπως η Γαλακτοζαιμία όπου απαιτείται χορήγηση ειδικής φόρμουλας, ελεύθερης γαλακτόζης και η "Νόσος ως από Οσμής Ούρων Σφενδάμου" (Maple Syrup Urine Disease -MSUD) όπου απαιτείται χορήγηση φόρμουλας, ελεύθερης λευκίνης, ισολευκίνης και βαλίνης, αποτελούν απόλυτη αντένδειξη για θηλασμό

(Thompson 2004, WHO 2009). Στην περίπτωση της φαινυλκετονουρίας ο θηλασμός μπορεί να εναλλάσσεται με την χορήγηση ειδικά τροποποιημένης φόρμουλας που είναι ελεύθερη φαινυλαλανίνης με στόχο τη λήψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών και θερμίδων καθώς και της ελεγχόμενης λήψης φαινυλαλανίνης και με την προϋπόθεση ότι γίνεται τακτικός εργαστηριακός έλεγχος (Clark 1992, Lawrence 2013).

Σε περιπτώσεις μητέρων που έχουν σοβαρές λοιμώξεις (βακτηριαμία, μηνιγγίτιδα, οστεομυελίτιδα, σηπτική αρθρίτιδα) λόγω ειδικών οργανισμών (Βρουκέλλωση, Ομάδα B Streptococcus, Staphylo-Coccus Aureus, Haemophilus Influenza b, Streptococcus Pneumonia ή Neisseria meningitidis), συνιστάται η προσωρινή αναστολή του θηλασμού μέχρι την αρχική περίοδο (συνήθως 24-96 ώρες) της θεραπείας της μητέρας και εφόσον υπάρχουν ενδείξεις κάποιας κλινικής βελτίωσης της (Lawrence 2013). Στην περίπτωση ενεργούς φυματίωσης ή δερματικών βλαβών στο στήθος από απλό έρπητα, απαγορεύεται μεν ο θηλασμός επιτρέπεται όμως η άμελη και χορήγηση του μητρικού γάλακτος στο νεογνό καθώς δεν υπάρχει κίνδυνος μετάδοσης των λοιμογόνων οργανισμών μέσω του μητρικού γάλακτος. Επίσης μητέρες που θα εκδηλώσουν ανεμοβλογιά 5 ημέρες πριν τον τοκετό έως και 2 ημέρες μετά πρέπει να απομονώνονται από το νεογνό τους, όμως το νεογνό μπορεί να σιτίζεται με μητρικό γάλα. Ομοίως, μητέρες που έχουν λοίμωξη του αναπνευστικού H1N1 θα πρέπει να απομονώνονται από το νεογνό, μόνο όσο διάστημα έχουν πυρετό, και το νεογνό τους μπορεί να σιτίζεται με μητρικό γάλα (Eidelman 2012). Όσον αφορά μητέρες αναπτυγμένων χωρών που έχουν λοίμωξη από τον HIV ο ΜΘ αντενδείκνυται, αλλά στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου υπάρχει μεγάλη επίπτωση του HIV και αυξημένη βρεφική θνητότητα λόγω υποσιτισμού και λοιμώξεων συνιστάται αποκλειστικός ΜΘ για 6 μήνες, στη συνέχεια σταδιακή εισαγωγή στερεής τροφής, συνέχιση θηλασμού για 12 έως 24 μήνες ή και περισσότερο και παράλληλα χορήγηση ειδικής αντιρετροϊκής αγωγής (UNICEF 2016). Σχετικά με τη νόσηση από τον Ανθρώπινο Τ-λεμφοτρόπο Ιό Τύπου I και II (HTLV) συνιστάται η διακοπή του ΜΘ όταν και όπου διατίθενται ασφαλείς εναλλακτικές λύσεις σίτισης (CDCP 1993).

Ακόμη, έρευνες δείχνουν ότι το κάπνισμα ή η χρήση μαριχουάνας, καθώς και η χρήση παράνομων ναρκωτικών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σχετίζεται με διπλάσιο ή και τριπλάσιο κίνδυνο θνησιγένειας (NICHD 2013). Χρήστριες ηρωίνης αντενδείκνυται να θηλάζουν, εκτός εάν είναι ενταγμένες σε κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης με μεθαδόνη, δεν έχουν ανιχνεύσιμες ναρκωτικές ουσίες στο αίμα τους και δεν είναι οροθετικές στον HIV (Sachs 2013). Σύμφωνα με τον ACOG (American College of Obstetricians and

Gynecologists), αντενδείκνυται η χρήση μαριχουάνας από θηλάζουσες μητέρες καθώς η συγκέντρωση του THC-ψυχοδραστικού συστατικού της μαριχουάνας- στο μητρικό γάλα, θα μπορούσε να επιφέρει νευροαναπτυξιακές διαταραχές στο νεογνό (ACOG 2015). Όσον αφορά στη λήψη αλκοολούχων ποτών αντενδείκνυται ο ΜΘ, όταν η λήψη δεν περιορίζεται σε περιστασιακή συχνότητα και υπερβαίνει τα 2 oz αλκοόλης (Medline Plus 2009). Υπάρχει επίσης σύσταση από την AAP (American Academy of Pediatrics) ότι ο ΜΘ θα πρέπει να αποφευχθεί για διάστημα 2 ωρών μετά την κατανάλωση αλκοόλ (WHO 2014). Οι θηλάζουσες μπορούν να αντλήσουν το γάλα τους πριν την κατανάλωση του αλκοόλ, να ταΐσουν για το επόμενο γεύμα το μωρό τους με αυτό, και να απορρίψουν το γάλα που θα αμείλξουν μετά την κατανάλωση του ποτού (Bowen 2010).

Όσον αφορά το κάπνισμα, αν και είναι σωστότερο να μην καπνίζει η μητέρα, είναι παρόλα αυτά προτιμότερο σε περίπτωση που αδυνατεί να το κόψει, να καπνίζει και να θηλάζει παρά να καπνίζει και να μη θηλάζει (Jose 2007), και οπωσδήποτε δεν πρέπει να δημιουργεί συνθήκες παθητικού καπνίσματος στο παιδί της (Rowe 2015).

Άλλες καταστάσεις που σύμφωνα με τον ΠΟΥ (WHO 2009) δικαιολογούν την προσωρινή διακοπή του ΜΘ και επιτρέπουν τη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος είναι οι ιατρικές περιπτώσεις όπου η μητέρα πρέπει να λάβει θεραπεία με:

-Ψυχοθεραπευτικά φάρμακα με καταπραϋντική δράση, αντιεπιληπτικά φάρμακα και οπιοειδή καθώς και οι συνδυασμοί τους.

-Ραδιενεργό ιώδιο-131, όπου απαιτούνται 2 μήνες μετά τη λήψη αυτής της ουσίας για να ξαναρχίσει η μητέρα το θηλασμό.

-Υπερβολική χρήση τοπικού ιωδίου ή ιωδιοφόρων (π.χ. ιωδιούχος ποβιδόνη), ειδικά σε ανοικτές πληγές ή βλεννογόνους, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε καταστολή του θυρεοειδούς ή διαταραχές ηλεκτρολυτών στο βρέφος που θηλάζει.

-Κυτταροτοξική χημειοθεραπεία, (καθόλη τη διάρκεια της θεραπείας).

## **1.6. Επιδημιολογικά στοιχεία του ΜΘ σε διεθνές και εθνικό επίπεδο**

Παγκοσμίως ο επιπολασμός του ΜΘ στους 12 μήνες είναι υψηλότερος στην υποσαχάρια Αφρική, στην νότια Ασία και σε περιοχές της Λατινικής Αμερικής (Victora και συν. 2016). Αντίθετα, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, ο επιπολασμός είναι χαμηλότερος από 20%. Ειδικότερα, παρατηρούνται σημαντικές διαφορές π.χ μεταξύ του Ηνωμένου Βασιλείου

(<1%) και των Η.Π.Α (27%), και μεταξύ Νορβηγίας (35%) και Σουηδίας (16%) (Victora και συν. 2016). Οι χώρες χαμηλού εισοδήματος φαίνεται να έχουν υψηλότερο επιπολασμό ΜΘ σε όλες τις ηλικίες, όμως τα ποσοστά έναρξης και αποκλειστικού ΜΘ δεν είναι ικανοποιητικά ακόμα και σε αυτές τις χώρες. Στις χώρες μεσαίου εισοδήματος φαίνεται ότι οι φτωχότερες μητέρες θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απ' ότι αυτές που έχουν υψηλό εισόδημα, ενώ στις χώρες υψηλού εισοδήματος φαίνεται ότι το υψηλό εισόδημα και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν θετικά τον ΜΘ. Ο ΜΘ είναι μία από τις ελάχιστες θετικές συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, που είναι λιγότερο συχνές στους πλούσιους τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μέσα στις ίδιες τις χώρες (Victora και συν. 2016).

Την περίοδο 2006-2012, μόνο το 25% των βρεφών στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ θήλασαν αποκλειστικά για τους πρώτους 6 μήνες, σε αντίθεση με το 43% των βρεφών στην Νοτιο-Ανατολική Ασιατική Περιφέρεια του ΠΟΥ. Πρόσφατα στοιχεία, σχετικά με τον αποκλειστικό ΜΘ σε 21 χώρες της Περιφέρειας, δείχνουν ότι, κατά μέσο όρο, 13% των βρεφών θηλάζουν αποκλειστικά κατά την διάρκεια των 6 πρώτων μηνών, ποσοστό ιδιαίτερα χαμηλό σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις, αν και τα ποσοστά κυμαίνονται χαρακτηριστικά μεταξύ των χωρών της περιφέρειας (Πίνακας 1.2., Πίνακας 1.3.). Το υψηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στη Σλοβακία (49%) και το χαμηλότερο στην Ελλάδα (1%), τη Φινλανδία (1%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (1%) (Bosi και συν. 2016). Παρόλο λοιπόν που τα ποσοστά έναρξης του ΜΘ είναι πολύ υψηλά σε μερικές χώρες, τα ποσοστά του αποκλειστικού ΜΘ μειώνονται ραγδαία στους 4-6 μήνες και ιδιαίτερα στους 6 μήνες (WHO 2015).

**Πίνακας 1.2. Επισκόπηση των πρακτικών ΜΘ στην Ευρωπαϊκή****Περιφέρεια του WHO \* (δεδομένα από 1998 έως 2013)**

	ΜΘ κατά την πρώτη ώρα μετά το τοκετό (%)	ΑΜΘ λιγότερο από 4 μήνες (0- 3·9 μήνες, %)	ΑΜΘ λιγότερο από 6 μήνες (0- 5·9 μήνες, %)	ΑΜΘ στους 6 μήνες (%)	ΜΘ στο 1ο έτος (%)	Χρονολογία συλλογής Στοιχείων
Αλβανία	42·9	50·2	38·6	–	60·6	2008–2009
Αρμενία	35·7	47·9	35·0	–	44·2	2010
Αυστρία	78·1	33·0	32·6	10·0	16·0	2006
Αζερμπαϊτζάν	31·9	16·0	11·8	–	26·4	2006
Λευκορωσία	53·0	–	19·0	–	27·9	2012
Βέλγιο	–	–	–	11·8	–	2012
Βοσνία- Ερζεγοβίνη	42·3	23·6	18·5	–	12·4	2006/2012
Βουλγαρία	4·6	5·7	2·0	–	–	2010
Κροατία	–	–	52·4	–	–	2011
Κύπρος	–	–	–	12·4	–	2004
Τσεχία	–	–	–	17·8	–	2011
Δανία	–	–	–	17·2	–	2012
Φινλανδία	–	–	–	1·0	–	2011
Γεωργία	66·3	–	54·8	–	36·5	2009
Γερμανία	–	–	22·4	–	–	2003–2006
Ελλάδα	–	–	–	0·7	6·4	2009
Ουγγαρία	–	–	–	43·9	–	2007
Ισλανδία	–	–	–	13·0	16·0	2011
Ιρλανδία	33·5	–	–	–	–	2008
Ισραήλ	–	–	–	11·2	11·8	1998–1999
Ιταλία	–	–	–	5·0	12·0	1999
Καζακστάν	67·8	–	31·8	–	50·8	2010–2011
Κιργιστάν	83·8	66·2	56·1	–	68·3	2012
Λετονία	–	–	–	16·4	22·4	2011
Λουξεμβούργο	66·5	–	–	6·0	11·8	2008
Μάλτα	–	–	–	35·9	–	2004–2005
Μαυροβούνιο	25·2	25·8	19·3	–	24·6	2005

Ολλανδία	–	–	–	18·0	–	2010
Νορβηγία	–	–	–	7·0	–	2003
Πολωνία	–	–	3·7	–	40·0	2013
Πορτογαλία	–	54·7	–	34·0	–	2003
Μολδαβία	61·0	–	36·0	–	48·0	2012
Ρουμανία	12·0	–	15·8	–	–	2004
Σερβία	7·6	23·4	13·7	–	18·4	2005/2010
Σλοβακία	–	–	–	49·3	–	2010
Ισπανία	–	–	–	28·5	–	2011–2012
Σουηδία	–	–	–	14·0	–	2011
Ελβετία	–	–	14·0	–	–	2003
Τατζικιστάν	49·6	42·1	34·3	–	1·3	2012
Σκόπια	21·0	–	23·0	–	33·8	2011
Turkey	39·0	–	41·6	–	66·7	2008
Τουρκμενιστάν	–	15·0	11·0	–	72·0	2009
Ουκρανία	65·7	–	19·7	–	37·9	2012
Ηνωμένο Βασίλειο	–	–	–	1·0	–	2010
Ουζμπεκιστάν	67·1	36·9	26·4	–	78·3	2006

ΑΜΘ - Αποκλειστικός ΜΘ\* Δεν υπάρχουν δεδομένα για Ανδόρα, Εσθονία, Γαλλία, Λιθουανία, Μονακό, Ρωσία, Σαν Μαρίνο και Σλοβενία.

**Πίνακας 1.3. Συγκεντρωτικά ποσοστά δεικτών ΜΘ σε χώρες της Ευρωπαϊκής Περιφέρειας του WHO (δεδομένα από 1998 έως 2013)**

<b>Αναφερόμενες Χώρες</b>				
<b>Δείκτης ΜΘ</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Minimum–maximum (%)</b>	<b>Median (%)</b>
ΜΘ κατά την πρώτη ώρα μετά το τοκετό	21	40	5–84	43
ΑΜΘ λιγότερο από 4 μήνες (0–3·9 μήνες)	13	25	6–66	33
ΑΜΘ λιγότερο από 6 μήνες (0–5·9 μήνες)	24	45	2–56	23
ΑΜΘ στους 6 μήνες <sup>‡</sup>	21	40	1–49	13

MΘ στο 1ο έτος	25 47 1-78	28
† Η Αυστρία ήταν η μόνη χώρα που κατέθεσε δεδομένα για AMΘ λιγότερο από 6 μήνες και AMΘ στους 6 μήνες.		
AMΘ - Αποκλειστικός MΘ		

**Πηγή: Bosi και συν. 2016**

Σε εθνικό επίπεδο, ο MΘ αποτέλεσε τον επικρατέστερο τρόπο διατροφής των βρεφών στην Ελλάδα στις αρχές του 20ου αιώνα. Η χρήση του βιομηχανοποιημένου γάλατος αυξήθηκε στις δεκαετίες του '50-'70 αφού οι μητέρες είχαν πεισθεί ότι είναι εφάμιλλο ή ακόμα και καλύτερο του μητρικού (Πεχλιβάνη & Μάταλα 2015). Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, στις μετρήσεις δεικτών MΘ στην Ελλάδα, τα ποσοστά έναρξης κυμαίνονται από 85-94% (Bakoula και συν. 2007, Bouras και συν. 2013, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018), τον πρώτο μήνα μειώνονται στο 55-60% (Theofilogiannakou και συν. 2006, Gaki και συν. 2009), στο τέλος του 3ου μήνα στο 60% (Ηλιοδρομίτη και συν. 2018) και στο τέλος του 6ου μήνα κυμαίνονται από 12-45% (Theofilogiannakou και συν. 2006, Bouras και συν. 2013, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018). Όσον αφορά τον αποκλειστικό MΘ τα ποσοστά στους 6 μήνες μειώνονται αισθητά με διακυμάνσεις από 0,8-3,5% (Ladomenou και συν. 2007, Vassilaki και συν. 2012, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018) αλλά και από 12-24,5% (Theofilogiannakou και συν. 2006, Bouras και συν. 2013, Tavoulari και συν. 2016). Επίσης, φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση της έναρξης και της διάρκειας του MΘ με την εκτέλεση καισαρικής τομής (Pechlivaní και συν. 2005, Gaki και συν. 2009, Tavoulari και συν. 2014), με τον αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) των μητέρων (Theofilogiannakou και συν. 2006, Tavoulari και συν. 2014), με το κάπνισμα (Gaki και συν. 2009) και τη μεγάλη ηλικία (Pechlivaní και συν. 2005).

Στην Έκθεση Εθνικής Μελέτης Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων MΘ (Gaki και συν. 2009), η οποία αποτελεί την πρώτη πανελλήνια μελέτη που κατέγραψε τη συχνότητα θηλασμού στη χώρα μας και τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τα ποσοστά αποκλειστικού, μη αποκλειστικού MΘ και τη διάρκειά του, αναφέρθηκαν οι κύριοι λόγοι για τη διακοπή του MΘ. Συγκεκριμένα, αιτίες διακοπής ήταν: "το ανεπαρκές γάλα", "η επιστροφή στην εργασία", "τα προβλήματα με το στήθος", "η κούραση", "το άγχος", "η κατάθλιψη", "οι πολλές υποχρεώσεις στο σπίτι", "η ανεπαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους", "ασθένεια της μητέρας", "η λήψη φαρμάκων από τη μητέρα" και "ασθένεια

του μωρού". Εννέα χρόνια αργότερα δημοσιεύθηκε η δεύτερη σε σειρά Εθνική Μελέτη με σκοπό την αποτύπωση της διαχρονικής εξέλιξης της συχνότητας και των κύριων προσδιοριστικών παραγόντων του ΜΘ στην Ελλάδα. Αιτίες διακοπής που αναφέρθηκαν στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν ξανά "το ανεπαρκές γάλα", "τα προβλήματα με το στήθος", "η κούραση/άγχος/κατάθλιψη" και "η επιστροφή στην εργασία".

Στις συγκεκριμένες μελέτες (Gaki και συν.2009, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018), έχουν χρησιμοποιηθεί οι ακόλουθοι ορισμοί που βασίζονται στην κατηγοριοποίηση που έχει προταθεί από τον ΠΟΥ:

- <<Εναρξη θηλασμού (*breastfeeding initiation*): θηλασμός κατά τη συμπλήρωση του 1ου 24ώρου ζωής>>.
- <<Αποκλειστικός θηλασμός (*exclusive breastfeeding*): δεν παρέχεται στο βρέφος καμία τροφή εκτός από το μητρικό γάλα, με μόνη εξαίρεση βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα>>.
- <<Σχεδόν αποκλειστικός θηλασμός (*predominant breastfeeding*): παρέχονται στο βρέφος εκτός από το μητρικό γάλα και άλλα υγρά όπως νερό, χυμός, διαλύματα επανυδάτωσης, αφεψήματα και βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα>>.
- <<Συμπληρωματικός θηλασμός (*complementary breastfeeding*): το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα και στέρεες τροφές παράλληλα>>.
- <<Πλήρης Μητρικός Θηλασμός (*full breastfeeding*): το άθροισμα αποκλειστικού και σχεδόν αποκλειστικού ΜΘ. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του πλήρους ΜΘ εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του πλήρους ΜΘ, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν τροποποιημένο γάλα αγελάδος>>.
- <<Μητρικός Θηλασμός (*breastfeeding*): θηλασμός, ανεξάρτητα αν είναι αποκλειστικός, σχεδόν αποκλειστικός ή σε συνδυασμό με τεχνητό γάλα ή άλλη τροφή. Αν από το σύνολο των βρεφών αφαιρεθούν αυτά που υπάγονται στην κατηγορία του ΜΘ εξάγεται ποσοστό συμπληρωματικό του ΜΘ, που αντιστοιχεί στα βρέφη που λαμβάνουν αποκλειστικά τροποποιημένο γάλα αγελάδας>>.
- <<Μητρικός Θηλασμός χωρίς υποκατάστατο μητρικού γάλακτος [ΜΘΧΥΜΓ]: βρέφη που θηλάζουν και λαμβάνουν συμπληρωματικά μόνο στερεές ή ημιστερεές τροφές και όχι υποκατάστατο μητρικού γάλακτος>>.



- <<Εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών: συμπληρωμένος μήνας ζωής κατά την εισαγωγή στερεών/πολτοποιημένων τροφών ή χυμών>>.

Αναφορικά με την ενημέρωση που λαμβάνει η θηλάζουσα μητέρα φαίνεται ότι το ποσοστό που ενημερώνεται είναι μικρό (Theofilogiannakou και συν. 2006, Gaki και συν. 2009, Daglas και συν. 2010) και δίνεται πολύ περιορισμένη ενημέρωση για την ύπαρξη κέντρων στήριξης θηλασμού (Pechlivani και συν. 2005, Daglas και συν. 2010). Οι Bacoula και Bouras αναφέρουν ότι η υποστήριξη του ΜΘ αυξάνει τα ποσοστά του και θα πρέπει να δίνεται έμφαση στις μητέρες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή και ειδικότερα στους 3 πρώτους μήνες της λοχείας, όπου παρατηρούνται οι περισσότερες διακοπές θηλασμού (Bouras και συν. 2013). Η Gaki προτείνει να γίνεται κατά την παραμονή στο μαιευτήριο ο εντοπισμός από τους επαγγελματίες υγείας των μητέρων αυξημένου κινδύνου για πρόωμη διακοπή του θηλασμού και η ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές και να δίδεται στη νέα μητέρα κάποια προοπτική βοήθειας για το επόμενο διάστημα, είτε μέσω επικοινωνίας με ομάδες υποστήριξης του θηλασμού στο νοσοκομείο ή αλλού. Σύμφωνα με την Tavoulari (2014) οι μαίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή υποστήριξης για την έναρξη του θηλασμού και πρέπει να δοθεί έμφαση στη διεξαγωγή προγραμμάτων προώθησης του ΜΘ.

Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, σε δειγματοληπτική Έρευνα Υγείας του έτους 2014, που διεξήχθη από την Ελληνική Στατιστική Αρχή που αφορούσε στοιχεία για την υγεία του πληθυσμού και συγκεκριμένα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση κλπ.) και για πρώτη φορά, συμπεριλήφθηκε στην έρευνα ερώτημα αναφορικά με το θηλασμό, τα ποσοστά φαίνονται περισσότερο ενθαρρυντικά. Το ερώτημα συμπληρώθηκε από μητέρες που είχαν κατά την ημέρα διενέργειας της έρευνας παιδί ηλικίας κάτω των δύο ετών. Περισσότερες από 8 στις 10 (84,1%) μητέρες με ανήλικο κάτω των δύο ετών, δήλωσαν ότι θήλασαν το/τα παιδί/παιδιά τους. Από αυτές, 7 στις 10 (66,3%) δήλωσαν ότι θήλασαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα και 3 στις 10 (33,7%) με μεικτό τρόπο (μητρικό γάλα και υποκατάστατο μητρικού). Για όσες μητέρες θήλασαν αποκλειστικά, περισσότερες από 3 στις 10 (29,4%) θήλασαν περισσότερους από 6 και λιγότερους από 12 μήνες και περίπου 2 στις 10 (16,4%) θήλασαν περισσότερο από 12 μήνες (ΕΛΣΤΑΤ 2014).

### **1.7 Δράσεις για το ΜΘ σε Διεθνές και Εθνικό επίπεδο**

Τις τελευταίες δεκαετίες παγκόσμιοι οργανισμοί μεταξύ των οποίων ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-ΠΟΥ (World Health Organization -WHO) και η Unicef (United Nations Children's Fund) έχουν αναλάβει ενεργή δράση για την προώθηση και υποστήριξη του ΜΘ

ως μέσου βελτίωσης της υγείας όπως προτάθηκε στο Millennium Development Goals (UN 2015).

Το 1956, ιδρύθηκε η *La Leche League International (LLLI)*, ένας Διεθνής Σύνδεσμος Θηλασμού, που θεωρείται η μεγαλύτερη και παλαιότερη οργάνωση θηλασμού στον κόσμο που συμβουλεύει από το 1979 τον ΟΗΕ σε θέματα θηλασμού και συνεχίζει να εργάζεται προς αυτήν την κατεύθυνση και με άλλους διεθνείς φορείς (<http://www.lllgreece.org/>).

Το 1979, ιδρύεται το Διεθνές Δίκτυο Δράσης για την Βρεφική Διατροφή (*International Baby Food Action Network-IBFAN*), προκειμένου να συστηματοποιηθεί η εκστρατεία ενάντια στις ανήθικες εμπορικές πρακτικές που εφαρμόζαν οι εταιρείες παραγωγής υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Το Δίκτυο αυτό κατανέμεται Παγκοσμίως σε οκτώ Περιφερειακά Γραφεία (IBFAN Africa, IBFAN Arab World, IBFAN Europe, IBFAN Oceania, IBFAN Afrique, IBFAN Asia, IBFAN Latin America and Caribbean, IBFAN North America) (<http://ibfan.org/our-history>).

Το 1981, ο ΠΟΥ και η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία (World Health Assembly Resolution) θέσπισαν τον Διεθνή Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος (*International Code of Marketing Breast-milk Substitutes*) που αποτελεί μία διεθνή σύσταση σχετικά με την εμπορία και προώθηση των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος. Σκοπός αυτού του Κώδικα είναι να συμβάλλει στην παροχή ασφαλούς και επαρκούς διατροφής στα βρέφη, προστατεύοντας και προωθώντας τον ΜΘ και διασφαλίζοντας την κατάλληλη χρήση των υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, όταν αυτά είναι απαραίτητα, βάσει επαρκούς πληροφόρησης και μέσω κατάλληλου μάρκετινγκ και διανομής. Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι το 2009 καταγράφηκαν πάνω από 500 παραβιάσεις του Κώδικα σε 46 χώρες (Kean & Allain, 2010). Μεταξύ άλλων και η *Διεθνής Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα Δικαιώματα του Παιδιού (International Convention on the Rights of the Child)* εξάρει την σημασία του ΜΘ καθώς αναγνωρίζει ότι ο ΜΘ και η γνώση των γονέων για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος αποτελούν μέτρα για την διασφάλιση του δικαιώματος των παιδιών στην υγεία (ICRC 1989).

Το 1989, ο ΠΟΥ και η Unicef υιοθέτησαν τα "*Δέκα βήματα για επιτυχία ΜΘ*" (Πίνακας 1.4.) τα οποία περιγράφηκαν στο *Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: a Joint WHO/UNICEF Statement* (WHO 1989). Η υιοθέτηση των 10 Βημάτων δείχνει να έχει θετική αλλά και δοσοεξαρτώμενη σχέση με την έκβαση του ΜΘ (Pérez-Escamilla, Martinez, & Segura-Pérez 2016).

**Πίνακας 1.4. Δέκα βήματα για επιτυχή ΜΘ**

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και το χειρισμό του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν το θηλασμό μισή ώρα μετά τη γέννηση.
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρηθεί η διατροφή των βρεφών με μητρικό γάλα ακόμη κι αν θα έπρεπε να αποχωρισθούν τη μητέρα τους.
6. Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός κι αν επιβάλλεται να γίνει διαφορετικά για ιατρικούς λόγους.
7. Διευκόλυνση της πρακτικής “rooming in”, δηλαδή να επιτρέπεται να παραμένει η μητέρα μαζί με το μωρό της 24 ώρες την ημέρα.
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού όταν το μωρό το αποζητά.
9. Όχι πιπίλες ή άλλα αντικείμενα για το στόμα όταν το μωρό θηλάζει.
10. Ενδυνάμωση και δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φεύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική.

Πηγή: WHO,1989

Το 1990, στο Innocenti της Φλωρεντίας, στην συνάντηση "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative", κυβερνητικοί αξιωματούχοι των ΠΟΥ /Unicef από 40 χώρες κατέληξαν στην επικύρωση και υιοθέτηση της *Διακήρυξης του Innocenti* όπου καλούσαν τις κυβερνήσεις να υλοποιήσουν προγράμματα προώθησης, προστασίας και υποστήριξης του ΜΘ (UNICEF 1990). Εκσυγχρονισμός αυτών των στόχων έγινε το 2005 (WHO 1990). Στις 14 Φεβρουαρίου 1991 συστάθηκε η Παγκόσμια Συμμαχία για τον ΜΘ (*World Alliance for Breastfeeding Action - WABA*), ένα Παγκόσμιο Δίκτυο οργανώσεων και ιδιωτών που υποστηρίζει ότι ο ΜΘ είναι αναφαίρετο δικαίωμα όλων των παιδιών και των μητέρων τους και έχει σαν στόχο την προστασία, προώθηση και υποστήριξη αυτού του δικαιώματος. Η WABA σε συνεργασία με την UNICEF βασίζει τις δράσεις της στη *Διακήρυξη του Innocenti* (WABA). Κυριότεροι συνεργάτες της είναι το Διεθνές Δίκτυο Δράσης για την Παιδική Σίτιση (*International Baby Food Action Network - IBFAN*), ο Διεθνής Σύνδεσμος Θηλασμού (*La Leche League International - LLLI*), ο Διεθνής Σύνδεσμος Συμβούλων Θηλασμού

(*International Lactation Consultant Association - ILCA*), η Διεθνής Οργάνωση «Καλή Αρχή» (*Wellstart International*), η Ιατρική Ακαδημία για το Θηλασμό (*Academy Of Breastfeeding Medicine - ABM*) και η οργάνωση Διασυνδέσεις (*LINKAGES*). Η WABA παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες στη UNICEF και στο Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (*Economic and Social Council of the United Nations - ECOSOC*).

Το 1991, ο ΠΟΥ και η Unicef προώθησαν την δράση 'Πρωτοβουλία για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη' (*Baby-Friendly Hospital Initiative-BFHI*) με σκοπό να ενθαρρύνει και να βοηθήσει τα νοσηλευτικά ιδρύματα, να πραγματοποιήσουν αλλαγές πρακτικής και να τερματίσει την πρακτική της δωρεάν διανομής των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος. Θεμέλια αυτής της δράσης ήταν ο Διεθνής Κώδικας Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος, τα 10 Βήματα για Επιτυχή ΜΘ και η Διακήρυξη του Innocenti. Σήμερα περισσότερες από 20.000 μαιευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες για το βρέφος και το παιδί σε 156 χώρες έχουν χαρακτηριστεί ως "Φιλικά για τα Βρέφη Νοσοκομεία" (WHO & UNICEF, 2009).

Το 2002, ο ΠΟΥ και η Unicef συντονίζουν την Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή των Βρεφών και των Παιδιών (*Global Strategy for Infant and Young Feeding*) με σκοπό την ανάδειξη της σπουδαιότητας των διατροφικών πρακτικών στην ανάπτυξη, την αύξηση, την υγεία και την επιβίωση τους (WHO 2003).

Το 2012, η 65η Παγκόσμια Συνέλευση για την Υγεία (*World Health Assembly Resolution*) ενέκρινε το προγραμματικό σχέδιο σχετικά με την μητρική, βρεφική και παιδική διατροφή, όπου καθορίστηκαν 6 διατροφικοί στόχοι για το 2025. Ο πέμπτος στόχος ήταν η αύξηση του ποσοστού του αποκλειστικού ΜΘ τουλάχιστον στο 50% για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής και αυτό αποτελεί ένα αποτελεσματικό εργαλείο που έχουν οι υπεύθυνοι στρατηγικής και πολιτικών υγείας στην διάθεσή τους για να βελτιώσουν την υγεία των λαών τους και την οικονομική κατάσταση της χώρας τους (WHO 2014). Σε παγκόσμιο επίπεδο, μόνο το 38% των βρεφών ηλικίας 0-6 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά. Αυτές οι διατροφικές πρακτικές συμβάλλουν στο 11,6% της συνολικής παιδικής θνησιμότητας σε παιδιά ηλικίας κάτω των 5 ετών (WHO 2015). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ο ΜΘ συνιστά την ιδανική διατροφή για το βρέφος και συμβάλλει στην υγιή ανάπτυξή του. Συνεπώς, όλες οι μητέρες μπορούν να θηλάσουν αρκεί να έχουν σωστή ενημέρωση, υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον, από το σύστημα υγείας και από την κοινωνία γενικότερα. Ο ΠΟΥ συστήνει

αποκλειστικό ΜΘ τους πρώτους 6 μήνες και συνέχιση του θηλασμού μαζί με τις κατάλληλες συμπληρωματικές τροφές μέχρι την ηλικία των δύο ετών ή και περισσότερο.

Επιπλέον, στις Ηνωμένες Πολιτείες, στο προγραμματικό σχέδιο Healthy People 2010 του U.S. Department of Health and Human Services (HHS) οι στόχοι είναι: θηλασμός τις πρώτες μέρες της ζωής στο 75%, στους 6 μήνες 50% και στους 12 μήνες 25% ενώ στο Health People 2020 οι στόχοι είναι: αύξηση του ποσοστού έναρξης του ΜΘ από 76% σε 81.9%. των θηλαζόντων βρεφών, αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες από 16.4% σε 25.5%, περιορισμός του ποσοστού σίτισης των θηλαζόντων νεογνών (από 24,2% σε 14,2%) με τροποποιημένο γάλα τις πρώτες 2 ημέρες ζωής τους, αύξηση του ποσοστού των εργοδοτών που παρέχουν χώρο για ΜΘ στην εργασία για την θηλάζουσα μητέρα, αύξηση του αριθμού των τοκετών που πραγματοποιούνται σε δομές που παρέχουν την ενδεδειγμένη φροντίδα στις θηλάζουσες μητέρες και τα μωρά τους (US. 2020).

Στη χώρα μας, η Εθνική Επιτροπή ΜΘ είχε αρχικά συσταθεί από το Υπουργείο Υγείας με το υπ'αριθ.Πρωτ.Υ3γ/οικ.5311/20-7-93 έγγραφο όμως, 12 χρόνια αργότερα έγινε επανασυγκρότηση της επιτροπής με την υπ' αριθ. ΔΥ157387/2.6.2005 Υπουργική Απόφαση. Οι δράσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στο πλαίσιο λειτουργίας αυτής της επιτροπής αφορούσαν τη διενέργεια επιδημιολογικής μελέτης για το ΜΘ από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, τη μετάφραση και επιμέλεια του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων Μητρικού Γάλακτος και τον ορισμό και την εκπαίδευση υπευθύνων ΜΘ στα μαιευτήρια και τις μαιευτικές κλινικές. Βασικός στόχος του έργου της επιτροπής είναι η ανάπτυξη Φιλικών για τα Βρέφη Νοσοκομείων (ΦΒΝ), τα οποία πιστοποιούνται με βάση την εφαρμογή των 10 βημάτων που έχουν θεσπιστεί από τον ΠΟΥ/UNICEF. Το 2011 πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες δύο πιστοποιήσεις των μαιευτηρίων «ΑΤΤΙΚΟΝ» και Π.Γ.Ν. Μαιευτήριο Αθηνών «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ» ως ΦΒΝ. Το 2014 πραγματοποιήθηκε η αντίστοιχη πιστοποίηση του Μαιευτηρίου ΜΗΤΕΡΑ και το 2016 η πιστοποίηση της «Νεογνολογικής και Μαιευτικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών – ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ».

Παράλληλα, η Διεύθυνση Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού σε συνέχεια της επιδημιολογικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε (Gaki 2009) υλοποίησε το πρόγραμμα «ΑΛΚΥΟΝΗ», ένα Εθνικό πρόγραμμα προαγωγής του ΜΘ, με έναρξη λειτουργίας τον Απρίλιο του 2013. Το πρόγραμμα στοχεύει στην ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού σχετικά με το ΜΘ, στην πληροφόρηση και υποστήριξη των θηλαζουσών, την επιμόρφωση και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας

και τον συντονισμό της πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» με την ενημέρωση των υγειονομικών μονάδων και την κινητοποίησή τους, ώστε ο θεσμός να επεκταθεί σε όσο το δυνατό περισσότερα νοσοκομεία και υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, το πρόγραμμα στοχεύει στην προτυποποίηση Πρωτοβουλίας ΦΒ για MENN και στη δημιουργία χώρων θηλασμού στην εργασία (epilegothilasmο).

Όσον αφορά στο Υπουργείο Υγείας κάθε χρόνο εκδίδει εγκύκλιο με το μήνυμα της Παγκόσμιας Εβδομάδας ΜΘ και δύο φορές το χρόνο συνδιοργανώνει με το Π.Γ.Ν. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ" σεμινάρια για την εκπαίδευση μαιών, γυναικολόγων και παιδιάτρων για το ΜΘ. Επίσης το Υπουργείο έχει κατά καιρούς εκδώσει εγκυκλίους σχετικές με την προστασία και προώθηση του ΜΘ (Αριθ. Πρωτ.Υ3γ/3618/9-10-95). Από το 1996 στη χώρα μας έχει καθιερωθεί η πρώτη εβδομάδα του Νοεμβρίου (1-7 Νοεμβρίου) ως Παγκόσμια Εβδομάδα ΜΘ, ενώ η διεθνής κοινότητα (WHO,WABA,UNICEF) από το 1992 καθιέρωσε τον εορτασμό της Παγκόσμιας Εβδομάδας ΜΘ (World Breastfeeding Week) από 1-7 Αυγούστου.

Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ελληνικού Συντάγματος η μητρότητα και η παιδική ηλικία τελούν υπό την προστασία του Κράτους. Σε πρόσφατο νόμο (ν.4316/14) που ψηφίστηκε το 2014 αναφέρονται στο άρθρο 3 δράσεις που έχουν σαν στόχο την προαγωγή του ΜΘ με εμπλεκόμενους φορείς το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, την Εθνική Επιτροπή για τον ΜΘ και την Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας. Έτσι σύμφωνα με τον νόμο για την διευκόλυνση των θηλαζουσών μητέρων δημιουργούνται χώροι θηλασμού σε δημόσιους χώρους και οι εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες μπορούν να αντλούν και να αποθηκεύουν το μητρικό γάλα κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους σε χώρους θηλασμού εντός της εργασίας τους. Ακόμη, στα δημόσια Νοσοκομεία, στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. και σε ιδιωτικές Κλινικές προωθείται η ανάπτυξη της Πρωτοβουλίας «Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία» (Φ.Β.Ν.) και όπου διατίθεται μονάδα νεογνών, δημιουργείται Τράπεζα Γάλακτος και επιπλέον οργανώνονται προγράμματα και δράσεις προαγωγής του ΜΘ, ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης των γυναικών και φορέων. Επιπλέον, συνίσταται στο Υπουργείο Υγείας «Μητρώο Επιμορφωτών για την Προαγωγή του ΜΘ» (Νόμος 4316/2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί η ύπαρξη συγκεκριμένης θεωρίας μέσω της οποίας διαμορφώνονται οι υποθέσεις της έρευνας και οι οποίες υπόκεινται σε έλεγχο με τα δεδομένα που προέρχονται από την έρευνα. Ο ερευνητής διατυπώνει τις θεωρητικές υποθέσεις στην αρχή της έρευνας και καθορίζει το είδος των στοιχείων που απαιτούνται για τον έλεγχο αυτών των υποθέσεων, οι οποίες αναλόγως επιβεβαιώνονται, απορρίπτονται ή τροποποιούνται. Το είδος της έρευνας που συνήθως επιλέγεται για τον έλεγχο της θεωρίας είναι η ποσοτική καθώς επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών σε μεγάλο δείγμα οπότε και μπορεί να διατυπωθεί η γενική τάση και οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό έλεγχο. Το εργαλείο που χρησιμοποιεί η ποσοτική έρευνα για τη μέτρηση των θεωρητικών εννοιών είναι το τυποποιημένο ερωτηματολόγιο (Κυριαζή 1999). Σύμφωνα με τη Κυριαζή "τα προβλήματα που δημιουργούνται στη μετάφραση των θεωρητικών εννοιών σε εμπειρικές μεταβλητές και δείκτες (π.χ., υπό μορφή ερωτήσεων) αφορούν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα της μέτρησης".

Η βασική θεωρία στην οποία βασίζεται η συγκεκριμένη μελέτη είναι η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας για το ΜΘ. Η θεωρία αυτή διατυπώθηκε από την Dennis (Dennis 1999) και βασίζεται στη Θεωρία της κοινωνικής γνωστικής μάθησης και τη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας του Bandura (Bandura 1977).

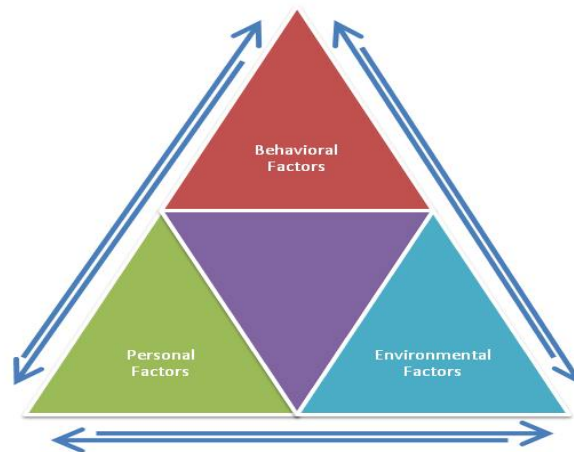
### **2.1 Θεωρία της Κοινωνικής - Γνωστικής μάθησης. Μοντέλο Τριαδικού Αμοιβαίου Ντετερμινισμού**

Ο όρος "μάθηση" αποδίδεται σε μια σχετική μόνιμη αλλαγή συμπεριφοράς η οποία προκύπτει από την εξάσκηση και την απόκτηση εμπειρίας και διαπιστώνεται από τα αποτελέσματά της (Παπαδάτου, Μπελλάλη 2013).

Η εξέλιξη της ανθρώπινης συμπεριφοράς έχει ερμηνευτεί από θεωρίες οι οποίες διαφοροποιούνται ως προς την αντίληψη των αιτιακών μηχανισμών που επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου. Αρκετοί συμπεριφοριστές εστίαζαν και περιορίζονταν στην αλληλεπίδραση του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς του ατόμου. Στη συνέχεια νέοι συμπεριφοριστές, όπως ο Bandura, διατύπωσαν τη Θεωρία της Κοινωνικής-Γνωστικής

μάθησης αναδεικνύοντας επιπλέον το ρόλο των νοητικών διεργασιών, της παρατήρησης αλλά και της μίμησης προτύπων στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς (Παπαδάτου, Μπελλάλη 2013). Τα άτομα μπορούν να διδάσκονται το ένα από το άλλο μέσω της παρατηρησιακής μάθησης, της μίμησης και της δημιουργίας προτύπων (models) (Bandura 1977). Σύμφωνα με τη θεωρία της κοινωνικής-γνωστικής μάθησης, που βασίζεται στον Τριαδικό Αμοιβαίο Ντετερμινισμό (Σχήμα 2.1), η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τη συνεχή αλληλεπίδραση ανάμεσα στα προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου, στο περιβάλλον και στη συμπεριφορά (Bandura 1986, Βοσνιάδου 2007).

### Bandura's Triadic Reciprocal Determinism



**Σχήμα 2.1. Μοντέλο Τριαδικού Αμοιβαίου Ντετερμινισμού, όπως απεικονίζεται από τους Wood και Bandura (1989).**

Όσον αφορά την αλληλεπίδραση προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και συμπεριφοράς, η γνώση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ικανότητα των ανθρώπων να κατασκευάζουν την πραγματικότητα, να αυτορυθμίζονται, να κωδικοποιούν πληροφορίες και να εκτελούν συμπεριφορές (Bandura 1986). Οι προσδοκίες, οι πεποιθήσεις, οι αυτο-αντιλήψεις, οι στόχοι και οι προθέσεις διαμορφώνουν τη συμπεριφορά του ατόμου. Τα φυσικά και εξωγενή αποτελέσματα των πράξεών τους, με τη σειρά τους, καθορίζουν εν μέρει τα πρότυπα σκέψης και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Ο προσωπικός παράγοντας περιλαμβάνει επίσης τις βιολογικές ιδιότητες του οργανισμού. Η φυσική δομή και τα αισθητήρια και νευρικά συστήματα επηρεάζουν τη συμπεριφορά και επιβάλλουν περιορισμούς στις ικανότητες. Τα αισθητήρια συστήματα και οι δομές του εγκεφάλου, με τη σειρά τους, μπορούν να τροποποιηθούν από εμπειρίες συμπεριφοράς.



Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση προσωπικών χαρακτηριστικών του ατόμου και εξωτερικού περιβάλλοντος, οι ανθρώπινες προσδοκίες, πεποιθήσεις, συναισθηματικές κλίσεις και γνωστικές ικανότητες αναπτύσσονται και τροποποιούνται από κοινωνικές επιρροές που μεταδίδουν πληροφορίες και ενεργοποιούν συναισθηματικές αντιδράσεις μέσω της μοντελοποίησης, της καθοδήγησης και της κοινωνικής πειθούς (Bandura 1986). Οι άνθρωποι εγείρουν επίσης διαφορετικές αντιδράσεις από το κοινωνικό τους περιβάλλον ανάλογα με τα ιδιαίτερα ατομικά χαρακτηριστικά ή την κοινωνική κατάσταση που αυτοί έχουν. Έτσι, από την κοινωνική τους κατάσταση και τα παρατηρήσιμα χαρακτηριστικά τους οι άνθρωποι μπορούν να επηρεάσουν το κοινωνικό τους περιβάλλον πριν πουν ή κάνουν κάτι. Οι κοινωνικές αντιδράσεις που προκαλούνται με αυτόν τον τρόπο επηρεάζουν τις αντιλήψεις των αποδεκτών για τον εαυτό τους και τους άλλους.

Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση συμπεριφοράς και εξωτερικού περιβάλλοντος φαίνεται ότι στην καθημερινή ζωή, η συμπεριφορά μεταβάλλει τις περιβαλλοντικές συνθήκες και, με τη σειρά της, μεταβάλλεται από τις ίδιες τις συνθήκες που δημιουργεί. Το περιβάλλον δεν είναι μια σταθερή οντότητα που αναπόφευκτα επηρεάζει τα άτομα. Κάποιες φορές μπορεί το περιβάλλον να επηρεάσει τα άτομα ανεξάρτητα από την συμπεριφορά τους όμως οι περισσότερες πτυχές του περιβάλλοντος δε λειτουργούν ως επιρροή μέχρι να ενεργοποιηθούν από την ανάλογη συμπεριφορά (Bandura 1986).

## **2.2 Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας**

Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι μια γνωστική διαδικασία της αυτοπεποίθησης του ατόμου σχετικά με την αντιλαμβανόμενη ικανότητα του να ρυθμίζει τα κίνητρά του, τις σκέψεις του, την συναισθηματική του κατάσταση και το κοινωνικό του περιβάλλον με σκοπό την εκτέλεση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Bandura 1986). Ακόμη, η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να επηρεάσει την κινητοποίηση του ατόμου και να αυξήσει τη δυνατότητα επίτευξης των στόχων του (Wheeler & Dennis 2013). Η αυτοαποτελεσματικότητα έχει αποδειχθεί επανειλημμένα, μέσω συσχετίσεων και αιτιωδών μηχανισμών, να λειτουργεί προγνωστικά για συμπεριφορές υγείας. Αυξήσεις στη αυτοαποτελεσματικότητα έχουν παρατηρηθεί σε οιονεί πειραματικές και σε πειραματικές μελέτες (Redland & Stuijbergen 1993). Κλίμακες αυτοαποτελεσματικότητας στοχευμένες στις συμπεριφορές υγείας έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να αναγνωρίσουν τα άτομα με υψηλή ή χαμηλή αυτοπεποίθηση. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας βασικός παράγοντας στην άσκηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς καθώς αντανακλά τις

αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ατόμου σχετικά με τις ικανότητες του και όχι απαραίτητα τις πραγματικές του ικανότητες (Bandura 1986). Η αυτοαποτελεσματικότητα δεν αφορά ένα γενικευμένο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου αλλά είναι η εξειδικευμένη αντίληψη που έχει το άτομο για κάποια συγκεκριμένη κατάσταση (Bandura 1997). Έτσι, οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου είναι εστιασμένες σε ειδικές καταστάσεις και είναι επίσης ποικίλες (Dennis 1999).

Εάν οι άνθρωποι δεν πιστεύουν ότι μπορούν να φτάσουν στα επιθυμητά αποτελέσματα με τις πράξεις τους τότε έχουν ελάχιστα κίνητρα να ενεργήσουν ή να επιμείνουν μπροστά στις δυσκολίες και τις αποτυχίες. Ότι άλλο μπορεί να χρησιμεύσει ως κίνητρο, πρέπει να βασίζεται στην πεποίθηση ότι κάποιος έχει τη δύναμη να παράγει τις επιθυμητές αλλαγές από τις ενέργειές του (Bandura 1998). Το πώς ένα άτομο αξιολογεί την αυτοαποτελεσματικότητά του έχει ιδιαίτερη σημασία καθώς αυτό επηρεάζει τους στόχους που αυτό θα επιλέξει, την προσπάθεια και την επιμονή που θα καταβάλει για την επίτευξη αυτών των στόχων, την συναισθηματική του κατάσταση κατά την προσπάθειά του καθώς και την αντιμετώπιση δυσκολιών στο πλαίσιο της επιδίωξης των στόχων του (Παπαδάτου, Μπελλάλη 2013).

Καθώς σύμφωνα με τον Bandura, η αυτεπάρκεια προάγει τη μάθηση και την παραγωγική λειτουργία του ατόμου, που πλέον θεωρείται ενεργό στη σχέση του με το περιβάλλον, είναι σημαντικό τα προγράμματα αγωγής υγείας να προάγουν την ανεξαρτησία του διδασκόμενου και να μην υποστηρίζουν εξαρτημένες συμπεριφορές, ώστε να προωθείται η μάθηση και η υγεία (McEwen, Wills 2011).

### **2.3 Η διαμόρφωση της πεποίθησης της αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ**

Τα χαμηλά ποσοστά του ΜΘ παγκοσμίως σχετίζονται με πολλούς τροποποιήσιμους και μη τροποποιήσιμους παράγοντες. Η Janke (1994) αναφέρει ότι για την επιτυχή αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου θα πρέπει οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να εντοπίσουν τις γυναίκες που κινδυνεύουν να μη θηλάσουν, βάσει των τροποποιήσιμων παραγόντων και όχι των μη τροποποιήσιμων όπως είναι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί. Η αυτοπεποίθηση της γυναίκας, τόσο στην περίοδο της εγκυμοσύνης όσο και στην περίοδο της λοχείας, αποτελεί ένα τροποποιήσιμο παράγοντα που σχετίζεται θετικά με τη διάρκεια του ΜΘ και αποτελεί και προγνωστικό παράγοντα για το θηλασμό (Noel-Weiss J και συν. 2006, Kingston και συν. 2007).

Η θεωρία λοιπόν της αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ, που προσαρμόστηκε από την Dennis, και έχει τις βάσεις της στη θεωρία κοινωνικής μάθησης του Bandura, υποστηρίζει ότι το ύψος της αυτοαποτελεσματικότητας της γυναίκας για το ΜΘ επηρεάζει το μέγεθος της προσπάθειας που εκείνη δέχεται να καταβάλει καθώς και τις σκέψεις της που σχετίζονται με το ΜΘ, κάτι που ακολούθως διαμορφώνει τη συμπεριφορά της για το ΜΘ (Dennis 1999). Σύμφωνα λοιπόν και με τη θεωρία του Bandura, οι βασικότερες πηγές πληροφόρησης που μπορούν να επηρεάσουν την αυτοαποτελεσματικότητα του ατόμου είναι:

- α) τα προσωπικά επιτεύγματα,
- β) η παρατήρηση,
- γ) η λεκτική πειθώ,
- δ) οι φυσιολογικές και συναισθηματικές αντιδράσεις.

Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν το πώς αντιλαμβάνεται κάθε γυναίκα την εμπειρία της με το ΜΘ και διαμορφώνουν την αυτοαποτελεσματικότητά της.

Αναλυτικότερα:

α) *Προσωπικά Επιτεύγματα*: οι προηγούμενες θετικές εμπειρίες ΜΘ βελτιώνουν την αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ οι αρνητικές εμπειρίες δείχνουν να την επηρεάζουν αρνητικά. Ωστόσο, η αυτοαποτελεσματικότητα δεν επηρεάζεται μόνο από την επιτυχή εκτέλεση του θηλασμού, αλλά και από άλλους εξαρτώμενους παράγοντες που συνοδεύουν την εκτέλεση, όπως ο βαθμός δυσκολίας, η προσπάθεια που απαιτήθηκε για την εκτέλεση, η βοήθεια που ζητήθηκε και δόθηκε καθώς και το περιβάλλον. Ακόμη, το πόσο θα επηρεάσει η προηγούμενη εμπειρία την αυτοαποτελεσματικότητα διαφοροποιείται ανάλογα με το πώς αντιλαμβάνεται η γυναίκα την εμπειρία της καθώς και το επιθυμητό αποτέλεσμα για το θηλασμό. Έτσι, η έμφαση στα θετικά σημεία της εμπειρίας ενδυναμώνει την αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας, ενώ η εμμονή σε ανεπιτυχείς προσπάθειες μειώνει αντίστοιχα την αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας (Dennis 1999, Bandura 2002).

β) *Η παρατήρηση*: η μάθηση μέσω της παρατήρησης συμπεριφορών άλλων μοντέλων, όπως π.χ. των μελών του οικογενειακού ή και φιλικού περιβάλλοντος που θηλάζουν, μπορεί να επιδράσει αποτελεσματικά στην αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, ειδικά όταν δεν υπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες. Η επίδραση της παρατήρησης εξαρτάται από τις ιδιότητες των μοντέλων καθώς και από τον τρόπο επίδειξης αυτών των πρακτικών. Έτσι, μοντέλα τα

οποία έχουν παρεμφερή δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ομάδα στόχο και οι πρακτικές εφαρμογές θα πρέπει να απλοποιούν μία σύνθετη συμπεριφορά σε επιμέρους στόχους που μπορούν να υλοποιηθούν (Dennis 1999, Bandura 2002).

γ) *Η λεκτική πειθώ*: η αναγνώριση των ικανοτήτων της θηλάζουσας και η λεκτική ενθάρρυνση από τους οικείους της καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας ενδυναμώνουν την αυτοαποτελεσματικότητά της. Είναι σημαντικό να δίδεται έμφαση στις επιτυχείς θηλαστικές της προσπάθειες και στη σπουδαιότητα απόκτησης νέων ικανοτήτων. Επιπλέον, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι όσο πιο αξιόπιστο είναι το άτομο που θα παρέχει αυτή τη λεκτική ενθάρρυνση τόσο πιο πιθανή είναι η επίδραση που αυτό θα έχει στην αντίληψη της αυτοαποτελεσματικότητας της θηλάζουσας (Dennis 1999, Bandura 2002).

δ) *Οργανικές και συναισθηματικές καταστάσεις*: η εκτίμηση των ατόμων σχετικά με τις ικανότητες που αυτά έχουν επηρεάζεται από τη συναισθηματική διέγερση και τις φυσιολογικές αντιδράσεις που εμφανίζουν όταν υιοθετούν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Ο ενθουσιασμός ή η ικανοποίηση ενδυναμώνουν την αυτοαποτελεσματικότητα, ενώ ο πόνος, η κούραση ή το στρες την αποδυναμώνουν. Το ψυχολογικό στρες μπορεί να αναστείλει την ορμόνη οξυτοκίνη που απελευθερώνεται μέσω της διέγερσης της θηλής και ακολούθως να οδηγήσει σε αναστολή του αντανεκλαστικού εκροής γάλακτος (milk ejection reflex)(Ueda 1994, Dennis 1999, Bandura 2002).

#### **2.4 Η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας στην υιοθέτηση θετικής συμπεριφοράς ως προς τον ΜΘ**

Η αυτοαποτελεσματικότητα εξηγεί και προβλέπει την συμπεριφορά καθώς η συμπεριφορά επιλέγεται, εκτελείται ή συντηρείται από τις προσδοκίες των αποτελεσμάτων που έχει κάποιος υιοθετώντας αυτή την συμπεριφορά και από τις προσδοκίες που έχει κάποιος για τις ικανότητες του να υιοθετήσει αυτή την συμπεριφορά (Bandura 1977).

Αρχικά, η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει τις σκέψεις και τις πράξεις μέσω της διαδικασίας επιλογής συμπεριφορών, όπως δηλαδή το να επιλέξει η μητέρα το ΜΘ ή την σίτιση με ξένο γάλα. Η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει τις συμπεριφορές των ατόμων και τον βαθμό δέσμευσης τους στα αποτελέσματα και τους στόχους. Έτσι τα άτομα αποφεύγουν συμπεριφορές, που όπως αυτά πιστεύουν, υπερβαίνουν των ικανοτήτων τους και επιδιώκουν αυτές που αισθάνονται πιο ικανά να υιοθετήσουν. Έτσι, παρατηρούμε ότι

γυναίκες που δηλώνουν ότι σκοπεύουν να θηλάσουν έχουν υψηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας (Mitra και συν. 2004). Έτσι, σύμφωνα με το μοντέλο της Dennis οι γυναίκες με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα θα επιλέξουν να κάνουν έναρξη θηλασμού και θα θέσουν στους εαυτούς τους ανάλογους στόχους.

Ακολούθως, οι σκέψεις και οι πράξεις επηρεάζονται από το επίπεδο προσπάθειας και επιμονής που καταβάλλεται κατά το ΜΘ. Η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει το βαθμό που το άτομο θα προσπαθήσει και θα επιμείνει για να διατηρήσει τη νέα συμπεριφορά. Η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα ενθαρρύνει τα άτομα να επιμείνουν στη διατήρηση της δραστηριότητάς τους, να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν και να αυξήσουν τις προσπάθειές τους εάν αποτύχουν. Έτσι, το μοντέλο της Dennis προτείνει ότι οι γυναίκες που έχουν αυτοπεποίθηση για την ικανότητά τους να θηλάσουν είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν το ΜΘ, να καταβάλουν μεγάλη προσπάθεια και να επιμείνουν εάν εμφανιστούν δυσκολίες.

Επιπλέον, η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει τις θετικές σκέψεις που κάνει η γυναίκα για το ΜΘ και τη βοηθά να οραματίζεται τον επιτυχή θηλασμό, να έχει αναλυτική σκέψη και να μην απογοητεύεται όταν παρουσιάζονται δυσκολίες. Ακόμη, η αυτοαποτελεσματικότητα επηρεάζει τις συναισθηματικές αντιδράσεις των θηλαζουσών κατά την υιοθέτηση της νέας τους συμπεριφοράς. Έτσι, γυναίκες με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα θα αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες του θηλασμού ως προκλήσεις και δεν θα καταβληθούν ψυχολογικά (Dennis 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

### 3.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκεια του ΜΘ

Σύμφωνα με τα καταγεγραμμένα χαμηλά ποσοστά του ΜΘ τόσο σε διεθνές όσο και σε εθνικό επίπεδο είναι σκόπιμο να προσδιοριστούν και οι παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και συνέχισή του με σκοπό τον πιο στοχευόμενο σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων προαγωγής και υποστήριξής του (Rollins και συν. 2016, Ηλιοδρομίτη και συν. 2018).

Αρχικά αυτό που φαίνεται να επιδρά στο ΜΘ είναι η δομή και η φιλοσοφία του *Συστήματος Υγείας* κάθε χώρας. Η πολιτική που ακολουθούν τα νοσοκομεία παίζει θεμελιακό ρόλο στην έναρξη και διάρκεια του θηλασμού. Η δράση 'Πρωτοβουλία για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη' (Baby-Friendly Hospital Initiative-BFHI) έχει σκοπό να ενθαρρύνει και να υποστηρίξει τα νοσηλευτικά ιδρύματα, να πραγματοποιήσουν αλλαγές τακτικής και να τερματίσει την πρακτική της δωρεάν διανομής των υποκατάστατων του μητρικού γάλακτος. Ο πυρήνας του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου επικεντρώνεται στην υιοθέτηση και εφαρμογή των 10 Βημάτων που αναπτύχθηκαν από τον WHO και την Unicef (Unicef 2014). Τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία φαίνεται ότι είναι ένας αποτελεσματικός παράγοντας για την αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ (Piadou και συν. 2016). Σύμφωνα με ευρήματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Piadou και συν. 2016) εννέα μελέτες διερεύνησαν τον ρόλο των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων στην διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ (Abrahams 2009, DiFrisco και συν. 2011, Attanasio 2013, Brodribb 2013, Figueredo 2013, Martin και συν. 2014, Babakazo και συν. 2015, Yotebieng 2015, Olaiya και συν. 2016). Ο Πίνακας 3.1. παρουσιάζει στοιχεία σχετικά με τη χρονολογία, τη χώρα διεξαγωγής και το σχεδιασμό των μελετών, το μέγεθος του δείγματος ανά μελέτη καθώς και τα ευρήματα των μελετών όσον αφορά στο ρόλο των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων, στη διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ.

Ειδικότερα, στη μελέτη των Olaiya και συν. (2016) που αφορούσε έφηβες μητέρες φάνηκε ότι υπήρχε αξιοσημείωτη δόσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ του αριθμού εφαρμογής μαιευτικών πρακτικών και του ποσοστού του αποκλειστικού ΜΘ για περισσότερο από 8 εβδομάδες και σε μελέτη των DiFrisco και συν. (2011) υποστηρίζονταν τα οφέλη της υιοθέτησης του τέταρτου βήματος από τα δέκα. Ακόμη, σύμφωνα με μελέτη των Babakazo και συν. (2015), η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο του Φιλικού προς τα Βρέφη Νοσοκομείου σχετίστηκε με αξιοσημείωτη αύξηση της διάρκειας του αποκλειστικού

ΜΘ. Στις μελέτες των Abrahams (2009), Figueredo (2013), Martin και συν. (2014) και Yotebieng (2015), παρατηρήθηκε ότι η εφαρμογή των Βημάτων για το ΜΘ επηρέασε την αύξηση των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες. Επιπλέον, μελέτη του Attanasio (2013) έδειξε ότι υψηλότερα σκορ στην κλίμακα BFHI σχετίστηκαν με σημαντικά ποσοστά ΜΘ (αποκλειστικού ή μη) ενώ αντιθέτως αναδρομική μελέτη του Brodrigg (2013) έδειξε ότι η πιστοποίηση των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων per se, έχει μικρή επίδραση στα ποσοστά μητρικού και αποκλειστικού ΜΘ.

<b>Πίνακας 3.1. Μελέτες που διερεύνησαν τον ρόλο των Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων στην διάρκεια του αποκλειστικού ΜΘ</b>				
<b>Συγγραφέας /Έτος</b>	<b>Χώρα</b>	<b>Σχεδιασμός Μελέτης</b>	<b>Μέγεθος δείγματος</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
Olaiya και συν./ 2016	Η.Π.Α	Μελέτη επαγρύπνησης (Surveillance project )	1.325 Έφηβες μητέρες	Η συσχέτιση μεταξύ του αριθμού εφαρμογής μαιευτικών πρακτικών βασισμένων στα Δέκα Βήματα και του ποσοστού του αποκλειστικού ΜΘ για περισσότερο από 8 εβδομάδες ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των εφήβων μητέρων που ακολούθησαν και τις πέντε μαιευτικές πρακτικές.
Babakazo και συν./ 2015	Κονγκό	Κλινική δοκιμή με τυχαιοποίηση ομάδων (Cluster RCT)	422 μητέρες	Ο κίνδυνος διακοπής του αποκλειστικού ΜΘ πριν τους έξι μήνες ήταν 1,4 φορές μεγαλύτερος στην ομάδα ελέγχου. (adjusted HR [95%CI]=1.40 (1.10-1.78), P=0.007).
Yotebien g/ 2015	Κονγκό	Κλινική δοκιμή με τυχαιοποίηση ομάδων (Cluster RCT)	975 ζεύγη μητέρων-	Ο επιπολασμός του αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες ήταν 36 (12%) στην

			νεογνών	ομάδα ελέγχου, 131 (36%) στην ομάδα που ακολούθησε τα βήματα 1-9 (3.50, 2.76–4.43), και 43 (14%) στην ομάδα που ακολούθησε τα βήματα 1-10 (1.31, 0.91–1.89).
Martin και συν./ 2014	Δημοκρατία της Λευκορωσίας	Κλινική δοκιμή με τυχαιοποίηση ομάδων (Cluster RCT)	17.046 ζεύγη μητέρων - νεογνών	Η παρέμβαση αύξησε ουσιαστικά την διάρκεια και την αποκλειστικότητα του ΜΘ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (43% αντί 6% και 7.9% αντί 0.6% ) θηλαζόντων αποκλειστικά στους 3 και στους 6 μήνες
Attanasio / 2013	Η.Π.Α	Μελέτη επαγρύπνησης (Surveillance project )	1.498 μητέρες	
Brodribb/ 2013	Αυστραλία	Αναδρομική μελέτη	6752 γυναίκες	Γυναίκες οι οποίες γέννησαν σε πιστοποιημένα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία είχαν σημαντικά χαμηλότερη αναλογία ΜΘ τον πρώτο μήνα (adjusted odds ratio 0.72, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 0.58–0.90) από εκείνες που γέννησαν σε μη-πιστοποιημένα νοσοκομεία
Figueredo/ 2013	Σάο Πάολο	Προοπτική μελέτη	261 γυναίκες	Κατά την διάρκεια έξι μηνών, τα ποσοστά μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά για 30, 90, 120, 150 και 180 ημέρες ήταν 75%, 52%, 33%, 19% και 5.7%, αντίστοιχα.



DiFrisco και συν./ 2011	Η.Π.Α	Περιγραφική μελέτη	113 μητέρες	Μητέρες οι οποίες θήλασαν μέσα στην πρώτη ώρα μετά τον τοκετό (61%) θήλαζαν αποκλειστικά σε μεγαλύτερο ποσοστό στις 2-4 εβδομάδες μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο
Abraham s/ 2009	Η.Π.Α	Μελέτη επαγρύπνησης (Surveillance project )	14 Χώρες	Η εφαρμογή της Πρωτοβουλίας για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη σχετίστηκε με ετήσια αύξηση 1.11 στα ποσοστά του αποκλειστικού ΜΘ τους πρώτους 6 μήνες ( $p < 0.001$ ), 0.91 μονάδες περισσότερο από τα εκτιμώμενα ποσοστά αύξησης για την περίοδο πριν την εφαρμογή της Πρωτοβουλίας.

Σύμφωνα με τους Abrahams και Labbok (2009) όσα περισσότερα βήματα εφαρμόζονται τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα συνέχισης του ΜΘ πέρα από τους έξι μήνες.

Ειδικότερα, παράγοντες που παρατηρείται ότι επηρεάζουν σημαντικότερα την διάρκεια του μητρικού και αποκλειστικού ΜΘ και περιλαμβάνονται στα Δέκα Βήματα, είναι:

- Η επαφή δέρμα με δέρμα

Η επιτυχής έναρξη του ΜΘ μέσω της επαφής δέρμα με δέρμα είναι ένα βασικό βήμα που συνιστάται στα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Θηλασμό» (WHO 1998). Η επαφή δέρμα με δέρμα που στην αγγλική ορολογία αναφέρεται ως *Skin to Skin Contact (SSC)*, συνιστάται στην τοποθέτηση του γυμνού νεογέννητου μπρούμυτα, στο γυμνό στήθος της μητέρας του κατά την γέννηση ή λίγο αργότερα (Moore 2012). Οι πρώτες 2 ώρες μετά τον τοκετό, η λεγόμενη 'ευαίσθητη περίοδος', είναι η καταλληλότερη χρονική στιγμή για την έναρξη του ΜΘ (Iqbal 2011).

Σε μελέτες, όπου η έναρξη της SSC ήταν άμεση διαπιστώθηκε αύξηση στα ποσοστά έναρξης θηλασμού σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Iqbal M 2011, Moore 2012, Atkins 2012, Velandia 2012, Joshi 2012, Stevens 2014, Aghdas 2014, Rasha 2015) καθώς και μείωση του χρόνου έναρξής του (Ćuže 2012, Velandia 2012, Stevens 2014). Σε σχέση με τη διάρκεια της SSC, τα 50 λεπτά φάνηκε ότι είναι επαρκή για να ξεκινήσει με επιτυχία η πρώτη σίτιση (Srivastava και συν. 2014). Επίσης, σε έρευνα παρατήρησης προτάθηκε κατά την SSC η τοποθέτηση του πηγουνιού του νεογέννητου στο κάτω μέρος του στήθους της μητέρας του για να επιτευχθεί ο πρώτος θηλασμός και αξιολόγηση από τη μαία για την αναγκαιότητα ενεργητικής παρέμβασής της (Cantrill 2014). Αντίστοιχα σημειώθηκε αύξηση των ποσοστών αποκλειστικού ΜΘ με την εφαρμογή της SSC (Mellin 2012, Atkins 2012, Bhatt 2013, Chiou 2014, Hughes 2016). Ακόμη, διαπιστώθηκε ότι η SSC μετά από Καισαρική τομή συντόμευε το χρόνο έναρξης του ΜΘ (Iqbal 2011, Beiranvand 2014, Congroy 2015) και τα νεογέννητα έκαναν την πρώτη θηλαστική τους κίνηση περίπου 21 λεπτά νωρίτερα από ό,τι εκείνα που ελάμβαναν τη συνήθη φροντίδα (Stevens 2014), ενώ σε έρευνα του Strobel δεν υπήρξε καμιά θετική συσχέτιση της SSC και των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ μετά από καισαρική τομή (Strobel 2015). Η εφαρμογή της SSC αμέσως μετά τον τοκετό φαίνεται ότι ευνοεί τα ποσοστά έναρξης ΜΘ και αποκλειστικού ΜΘ και είναι αναγκαία η υιοθέτηση αυτής της πολιτικής από όλες τις μαιευτικές μονάδες της χώρας (Ηλιάδου και Τζιαφέρη 2016).

- Η συνδιαμονή βρέφους - μητέρας

Το "rooming in", η συνδιαμονή δηλαδή βρέφους-μητέρας, όπως ορίζεται από τα Δέκα Βήματα αποτελεί την πιο ευνοϊκή πρακτική για την βέλτιστη παραγωγή του μητρικού γάλακτος. Η συνδιαμονή αναφέρεται στην πρακτική του νοσοκομείου, όπου οι λεχωίδες μένουν μαζί με τα νεογνά τους (συμπεριλαμβανομένων και αυτών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή) για 24 ώρες την ημέρα, από τη στιγμή που φτάνουν στο δωμάτιο τους μετά τον τοκετό και παραμένουν μαζί έως και την έξοδο από το μαιευτήριο, εκτός εάν υπάρχει κάποιος ειδικός ιατρικός λόγος που επιβάλλει την απομάκρυνση του νεογνού από την μητέρα του (WHO 1998). Η τοποθέτηση του νεογνού σε κοντινή απόσταση με τη μητέρα του, δίνει τη δυνατότητα στη μητέρα να ανταποκρίνεται άμεσα στις διατροφικές ανάγκες του μωρού της. Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση της Cochrane, η συνεχής αλληλεπίδραση μητέρας παιδιού καθώς και η στενή επαφή προωθούν το δέσιμο, ενθαρρύνουν το ΜΘ και καταλήγουν σε πιο αποδοτικές θηλαστικές κινήσεις του νεογνού

που είναι απαραίτητες για την ρύθμιση της παραγωγής του γάλακτος (Jaafar και συν. 2016).

- Η χρήση πιπίλας

Όσον αφορά στη χρήση πιπίλας, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των Buccini και συν. (2016) φάνηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα μειωμένα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλη συστηματική ανασκόπηση η χρήση πιπίλας αποτελεί απλά δείκτη δυσκολιών στον θηλασμό ή ένδειξη μειωμένου κινήτρου για θηλασμό, αντί αιτίας πρώιμου απογαλακτισμού (O'Connor και συν. 2009). Αναφορικά δε με τη χρήση ασπίδων θηλών, σύμφωνα με επιτόπια μελέτη παρατήρησης της Kronborg και συν. (2016) βρέθηκε ότι η χρήση ασπίδων θηλών συνδέεται με μια βραχύτερη περίοδο θηλασμού μεταξύ των πρωτοτόκων, ανεξάρτητα από το χρόνο που χρησιμοποιούνται, και μεταξύ των πολύτοκων μόνο όμως για τις μητέρες που τις χρησιμοποιούν καθ' όλη τη διάρκεια του θηλασμού. Και στις δύο κατηγορίες παρατηρήθηκε μία εικόνα εξάρτησης κατά τη χρήση των ασπίδων που επηρέασε μακροπρόθεσμα το θηλασμό. Βέβαια, σύμφωνα με προοπτική μελέτη των Hanna και συν. (2013) η χρήση ασπίδων θηλών μπορεί να βοηθήσει τις θηλάζουσες μητέρες, που σε άλλη περίπτωση θα εγκατέλειπαν το θηλασμό λόγω δυσκολιών.

- Χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας

Σχετικά με τη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας, φάνηκε σε επιτόπια μελέτη 10,681 μητέρων ότι η σίτιση του νεογνού με τροποποιημένο γάλα τις πρώτες 3 ημέρες μετά τον τοκετό σχετίζεται με αυξημένη σίτιση τροποποιημένου γάλακτος και στη συνέχεια καθώς και πρόωρη παύση του ΜΘ (Nguyen και συν. 2016).

Επιπλέον, *κοινωνικο-δημογραφικοί, ψυχο-κοινωνικοί και άλλοι παράγοντες* που φαίνεται να επιδρούν στην διάρκεια και στην αποκλειστικότητα του ΜΘ σχετίζονται με τη μητέρα.

Ειδικότερα:

- *κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες* που δείχνουν να επηρεάζουν το ΜΘ είναι η ηλικία της

μητέρας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η εργασιακή κατάσταση και το εισόδημα, και η εθνικότητα.

- *ψυχοκοινωνικοί παράγοντες* που φαίνεται να επηρεάζουν είναι η αυτοαποτελεσματικότητα, η κατάθλιψη, η ανησυχία, η εικόνα σώματος, η πρόθεση για θηλασμό καθώς και τυχόν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, η στάση για το θηλασμό και η υποστήριξη σχετικά με το θηλασμό.

- *άλλοι παράγοντες* είναι το κάπνισμα, το σωματικό βάρος της μητέρας καθώς και το είδος του τοκετού.

Πιο συγκεκριμένα:

- Ηλικία της μητέρας

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Mangrio και συν. (2017) που αφορούσε πληθυσμό αναπτυγμένων χωρών, η ηλικία της μητέρας φαίνεται να συνδέεται με τη διάρκεια του ΜΘ. Οι μελέτες που επελέγησαν επικεντρώθηκαν στη συσχέτιση της νεαρής ηλικίας και της διακοπής του ΜΘ πριν τις 12 εβδομάδες (Avery και συν. 1998, Taveras και συν. 2003, Tarrant και συν. 2010, Hauck και συν. 2011, Ayton και συν. 2015). Παρόλα αυτά, η ισχύς των ενδείξεων σχετικά με αυτή τη συσχέτιση ήταν χαμηλή καθώς περιελάμβανε μόνο μελέτες παρατήρησης και δε προσδιορίστηκαν παράγοντες που αύξαναν ή μείωναν την ισχύ. Σε προγενέστερη συστηματική ανασκόπηση των Balogun και συν. (2015) που αφορούσε πληθυσμό αναπτυσσόμενων χωρών φάνηκε ότι νεαρές μητέρες ηλικίας μικρότερης των 20 ετών (Santo και συν. 2007) ή μητέρες ηλικίας μεγαλύτερης των 35 ετών (Al-Sahab και συν. 2008, Perera και συν. 2012, Okafor και συν. 2013) ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάσουν τα μωρά τους σε σύγκριση με άλλες μητέρες.

- Επίπεδο εκπαίδευσης

Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Mangrio και συν. (2017) φάνηκε αξιοσημείωτη συσχέτιση μεταξύ του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου της μητέρας και της διακοπής του ΜΘ πριν τους 6 μήνες. Ακόμη, σε εθνική ερευνητική έκθεση της Σκωτίας, βασισμένη στα δεδομένα μελέτης της Millennium Cohort Study, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες με ανώτερη εκπαίδευση είχαν αυξημένες πιθανότητες να θηλάσουν το παιδί τους σε σχέση με αυτές που δεν διέθεταν ανάλογα προσόντα (Dex 2008). Οι πιο μορφωμένες μητέρες φαίνεται να είναι πιο ενημερωμένες σχετικά με τις συστάσεις διεθνών οργανισμών και να

είναι δεκτικές σε τυπική εκπαίδευση που προάγει το ΜΘ (Skafida 2009). Παρόλα αυτά, αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζει συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση (Zhao και συν. 2017) στη Κίνα, όπου το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των μητέρων σχετίζεται με μειωμένα ποσοστά ΜΘ. Οι μητέρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι συνήθως εργαζόμενες σε ιδιαίτερα απαιτητικές θέσεις και με πολύ περιορισμένη άδεια μητρότητας ώστε αναγκάζονται να επιστρέψουν σύντομα στην εργασία τους καταφεύγοντας στην λύση της τεχνητής διατροφής.

- Εργασία/Άδεια λοχείας

Σε συστηματική ανασκόπηση της Steurer (2017) διερευνήθηκαν οι διευκολύνσεις και τα εμπόδια για την υποστήριξη των εργαζόμενων μητέρων στο ΜΘ. Φάνηκε λοιπόν ότι όσο μεγαλύτερης διάρκειας ήταν η πληρωμένη άδεια μητρότητας τόσο πιθανότερο ήταν η μητέρα να είναι σε θέση να συνεχίσει τον θηλασμό. Οι περισσότερες μελέτες της ανασκόπησης έδειξαν ότι μητέρες που είχαν άδεια μητρότητας μεγαλύτερη από 12 εβδομάδες θήλαζαν περισσότερο σε σχέση με μητέρες που είχαν άδεια 1-6 εβδομάδες και επίσης η εφαρμογή φιλικών πολιτικών για το ΜΘ στους χώρους εργασίας με την εξασφάλιση εγγυημένων διαλλειμάτων και ιδιωτικού χώρου για το θηλασμό ήταν κομβική (Hawkins και συν. 2007). Αυτή η θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της άδειας μητρότητας και της διάρκειας του ΜΘ επιβεβαιώνεται επίσης και από άλλες έρευνες (Guendelmankαι και συν. 2009, Dagher και συν. 2016).

- Εθνικότητα / μετανάστευση

Σε μελέτη των Tavouragi και συν. (2015) που πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο φάνηκε ότι η μετανάστευση σχετιζόταν θετικά με τον αποκλειστικό ΜΘ καθώς και με τον συμπληρωματικό θηλασμό (*OR* 7.97, *95% CI* 1.02–62.19). Οι μετανάστριες μητέρες ήταν 0.35 φορές λιγότερο πιθανό (*95% CI* 0.21–0.58) να διακόψουν το ΜΘ νωρίτερα σε σύγκριση με τις μη-μετανάστριες. Βέβαια, καθώς έχει φανεί ότι τα ποσοστά ΜΘ μειώνονται ανάλογα με το επίπεδο αφομοίωσης των μεταναστριών στο νέο κοινωνικο-πολιτιστικό πλαίσιο (Kelly και συν. 2006) είναι σημαντικό να εφαρμοστούν πολιτισμικά ευαίσθητες πολιτικές θηλασμού που να τον ενισχύουν και να τον προάγουν αποτρέποντας τη μείωση του, λόγω της επικείμενης αφομοίωσης του πληθυσμού.

- Αυτοαποτελεσματικότητα

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (Brockway και συν. 2017), όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων στην αυτοαποτελεσματικότητα και στα ποσοστά ΜΘ, φαίνεται ότι είχαν θετική επίδραση. Ειδικότερα, όσον αφορά στην επίδραση των παρεμβάσεων στα ποσοστά του ΜΘ φαίνεται ότι στον 1ο και 2ο μήνα μετά τον τοκετό, οι μητέρες στην ομάδα παρέμβασης ήταν 1,56 και 1,66 φορές αντίστοιχα, πιο πιθανό να θηλάσουν σε σχέση με τις μητέρες στην ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις δεν είχαν σημαντική επίδραση στον αποκλειστικό θηλασμό ή το μερικό θηλασμό.

- Κατάθλιψη/ ανησυχία

Σε συστηματική ανασκόπηση των Dias και συν. (2015) φάνηκε ότι η κατάθλιψη κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και της λοχείας αποτελούν προβλεπτικό παράγοντα της μειωμένης διάρκειας του μητρικού θηλασμού. Ιδιαίτερα η εμφάνιση κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη αποτελεί ισχυρότερο παράγοντα κινδύνου για την μειωμένη διάρκεια θηλασμού ενισχύοντας έτσι την αναγκαιότητα της έγκαιρης ανίχνευσης της κατάθλιψης από την αρχή της εγκυμοσύνης. Καταστάσεις που φαίνεται να προϋπάρχουν και να οδηγούν στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η ανησυχία για το θηλασμό, οι δυσκολίες του ΜΘ, οι αρνητικές στάσεις, ο πόνος και η χαμηλή αυτό-αποτελεσματικότητα. Ακόμη, η πρόωρη διακοπή του αποκλειστικού και μη - αποκλειστικού θηλασμού καθώς και οι αρνητικές εμπειρίες θηλασμού σχετίζονται με την παρουσία κατάθλιψης της λοχείας και κάποιες φορές η συμπτωματολογία της κατάθλιψης προηγείται και οδηγεί στην πρόωρη διακοπή του ΜΘ. Ακόμη αναφορικά με την ανησυχία της μητέρας φαίνεται ότι αυτή σχετίζεται με αυξημένα προβλήματα ΜΘ καθώς και με μικρότερη πρόθεση, αποκλειστικότητα και διάρκεια θηλασμού (Smallwood 2013, Adedinsowo και συν. 2014) και συχνά ανησυχία και κατάθλιψη συνυπάρχουν (Figueiredo 2011, Dias και συν. 2015).

- Εικόνα σώματος

Οι ανησυχίες που μπορεί να έχουν οι μητέρες για την εικόνα του σώματός τους (Brown και συν. 2015) και για το μικρό μέγεθος του στήθους τους (Balogun και συν. 2015) σχετίζονται με μικρότερη διάρκεια θηλασμού αν και όχι πάντα (Zanardo και συν. 2014). Ακόμη, πεποιθήσεις γυναικών σχετικά με αρνητικές επιπτώσεις του ΜΘ στο σώμα τους περιλαμβάνουν αλλαγές στο σχήμα και τη χαλάρωση του στήθους τους καθώς και τη πρόσληψη επιπλέον κιλών. Βέβαια, η θετική εικόνα σώματος που μπορεί μία γυναίκα να έχει

κατά την εγκυμοσύνη σχετίζεται με μεγαλύτερα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ (Huang και συν. 2004) και σύμφωνα με άλλες μελέτες (Hatsu και συν. 2008, Schalla και συν. 2017), μητέρες που θηλάζουν ή έχουν πρόσφατα θηλάσει αναγνωρίζουν τη θετική συμβολή του ΜΘ στην απώλεια βάρους και την επαναφορά του σώματος στη προ της εγκυμοσύνης κατάσταση. Η συμβουλευτική των γυναικών για τη θετική συμβολή του ΜΘ στην αποκατάσταση της αρχικής εικόνας του σώματος είναι σημαντική για την επιτυχή αντιμετώπιση σχετικών ανησυχιών.

- Πρόθεση θηλασμού

Η πρόθεση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα συμπεριφοράς και σχετίζεται με τη θεωρία της προγραμματισμένης συμπεριφοράς του Ajzen (Ajzen 1991) που έχει εφαρμογή στο ΜΘ. Η προγεννητική πρόθεση για θηλασμό είναι προβλεπτική της συμπεριφοράς για τη διατροφή των νεογνών (Manstead 1983) και οι θετικές στάσεις θηλασμού προβλέπουν την πρόθεση θηλασμού (Wambach 1997). Έτσι, η πρόθεση για ΜΘ σχετίζεται τόσο με την έναρξη όσο και με τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του ΜΘ (Kessler και συν. 1995, Donath & Amir 2003, DiGirolamo και συν. 2005, Bai και συν. 2010, Lawton και συν. 2012, Linares και συν. 2015). Ως εκ τούτου, η στόχευση σε προγεννητικά προγράμματα που αφορούν τις προθέσεις φαίνεται να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την προώθηση του θηλασμού.

- Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού/Τόκος

Η πολυτοκία (Simard και συν. 2005) αλλά κυρίως η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού φαίνεται να επιδρούν θετικά στην υιοθέτηση φιλικής συμπεριφοράς ως προς τον θηλασμό (Phillips, Brett, Mendola 2011). Η μακρά προηγούμενη εμπειρία μπορεί να επηρεάσει θετικά τη συνέχιση του θηλασμού αυξάνοντας τη μητρική αυτοαποτελεσματικότητα στο επόμενο παιδί. Κατά συνέπεια, όταν οι μητέρες έχουν βραχύτερες εμπειρίες στον θηλασμό, ενδέχεται να μην έχουν εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και να έχουν χαμηλή αυτοαποτελεσματικότητα (Dennis 2006). Εκτός λοιπόν από τις πρωτότοκες και τις μητέρες χωρίς προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, εκείνες που έχουν προηγουμένως θηλάσει για μικρή περίοδο πρέπει επίσης να λάβουν προγεννητική και μεταγεννητική υποστήριξη για να παρατείνουν το θηλασμό στα επόμενα παιδιά τους, ενώ γυναίκες που έχουν θηλάσει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο παρελθόν θα πρέπει να ενθαρρύνονται, ώστε να διατηρήσουν την ίδια διάρκεια ή και να την ξεπεράσουν (Bai, Fong & Tarrant 2015).

- Στάση

Η στάση που έχει μία γυναίκα σε σχέση με το θηλασμό φαίνεται ότι επηρεάζει την έναρξη και τη διάρκειά του (De la Mora 1999, Bai και συν. 2010, Borra 2015). Ακόμη, η θετική στάση που μπορεί να έχει το περιβάλλον της θηλάζουσας, συμπεριλαμβανομένου του πατέρα και της γιαγιάς του βρέφους είναι σημαντικές επιρροές στη διαμόρφωση της δικής της στάσης, καθώς και στη διάρκεια που η ίδια θα θηλάσει (Wilkins και συν. 2012, Cox, Giglia & Binns 2015). Οι μητέρες που έχουν θετική προδιάθεση για θηλασμό φαίνεται να διατηρούν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού, ανεξάρτητα από την ένταση (Bertino και συν. 2012, Cox και συν. 2015). Οι μητέρες που πιστεύουν ότι ο θηλασμός είναι πιο βολικός, πιο υγιεινός και φθηνότερος είναι λιγότερο πιθανό να εισαγάγουν φόρμουλα στη διατροφή του βρέφους τους από εκείνες που βρίσκουν το θηλασμό να είναι ντροπιαστικός, περιοριστικός ή άβολος (Cox και συν. 2015).

- Υποστήριξη

Ο όρος "υποστήριξη" κατά το θηλασμό είναι πολυεπίπεδος και μπορεί να περιλαμβάνει διάφορα στοιχεία, όπως: συναισθηματική υποστήριξη και ενίσχυση της αυτοεκτίμησης (μέσω της διαδικασίας επιβεβαίωσης και επαίνου), πρακτική βοήθεια, ενημερωτική υποστήριξη (μέσω της παραγωγικής συζήτησης με τις θηλάζουσες) και κοινωνική στήριξη (μέσω της παραπομπής των γυναικών σε υποστηρικτικές ομάδες και δίκτυα (Dykes 2006, Schmied 2011).

Σε συστηματική ανασκόπηση της Cochrane για την υποστήριξη των θηλαζουσών μελετήθηκαν 100 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές που περιελάμβαναν δείγμα 83,246 γυναικών. Όλες οι μορφές πρόσθετης οργανωμένης υποστήριξης που αναλύθηκαν μαζί έδειξαν αύξηση της διάρκειας του θηλασμού με ή χωρίς την εισαγωγή συμπληρωματικής διατροφής. Αυτό σήμαινε ότι λιγότερες γυναίκες σταμάτησαν να θηλάζουν αποκλειστικά ή μη, (στοιχεία μέτριας ποιότητας) πριν τις τέσσερις με έξι εβδομάδες και πριν τους έξι μήνες. Τόσο οι εκπαιδευμένοι εθελοντές όσο και οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες είχαν θετική επίδραση στο θηλασμό. Παράγοντες, που μπορεί να συνέβαλαν στην επιτυχία των γυναικών που θηλάζαν αποκλειστικά ήταν η επαφή πρόσωπο με πρόσωπο (παρά η επαφή με τηλέφωνο), η εθελοντική υποστήριξη, το συγκεκριμένο πρόγραμμα τεσσάρων έως οκτώ επαφών και ο υψηλός αριθμός γυναικών που άρχισαν να θηλάζουν στην κοινότητα.

Φάνηκε λοιπόν ότι οι γυναίκες με πολύ οργανωμένη υποστήριξη θηλάζαν τα μωρά τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η υποστήριξη του θηλασμού φάνηκε να είναι πιο



αποτελεσματική εάν είναι προβλέψιμη, προγραμματισμένη και περιλαμβάνει συνεχείς επισκέψεις με εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των μαιών, των νοσηλευτριών και των ιατρών, ή ακόμα και με εκπαιδευμένους εθελοντές. Τα διαφορετικά είδη υποστήριξης μπορεί να καλύψουν τις σύνθετες ανάγκες των γυναικών που μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των κοινοτήτων. Επίσης, όταν παρέχεται η κατάλληλη υποστήριξη στις γυναίκες, αυξάνεται η διάρκεια και η αποκλειστικότητα του θηλασμού (McFadden και συν. 2017).

- Κάπνισμα

Το κάπνισμα των μητέρων έχει αρνητική συσχέτιση με το ΜΘ. (Scott & Binns 1999, Horta 2001, Weiser 2009, Lok και συν. 2015, Tavoulari και συν. 2016). Οι καπνίστριες μητέρες παράγουν λιγότερο γάλα λόγω της επίδρασης της νικοτίνης που μειώνει τα επίπεδα της προλακτίνης και που με τη σειρά της αυξάνει την υποθαλαμική έκκριση της ντοπαμίνης (Horta 2001, Di Napoli 2006, Bahadori και συν. 2013) αν και έχει επίσης προταθεί ότι η μειωμένη διάρκεια θηλασμού σχετίζεται και με τα χαμηλά κίνητρα που έχουν οι καπνίστριες για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Bahadori και συν. 2013). Έχει επίσης τεθεί ότι το γάλα των μητέρων που καπνίζουν είναι λιγότερο θρεπτικό λόγω των χαμηλότερων συγκεντρώσεων λίπους (Hopkinson και συν. 1992) ή έχει αλλοιωμένη γεύση που το καθιστά λιγότερο ορεκτικό (Leung 2002). Ακόμη και το παθητικό κάπνισμα σε μη καπνίζουσες, που αξιολογήθηκε με μέτρηση των επιπέδων κοτινίνης αίματος κατά τον τοκετό, έχει σχετιστεί με μικρότερη διάρκεια ΜΘ (Jedrychowski και συν. 2008). Επιπλέον, το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των αναπνευστικών λοιμώξεων στο βρέφος (Gergen και συν. 1998), γεγονός που μπορεί να μειώσει την όρεξή του, ενεργοποιώντας έτσι τους μαστούς λιγότερο συχνά και προκαλώντας μείωση της παραγωγής γάλακτος (Leun 2002). Η εφαρμογή προγραμμάτων διακοπής καπνίσματος καθώς και η εξατομικευμένη συμβουλευτική είναι αναγκαίες παρεμβάσεις για την υποστήριξη των καπνιστριών εγκύων.

- ΔΜΣ

Η μητρική παχυσαρκία, σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις (Wojcicki 2011, Turcksin και συν. 2014) συνδέεται με μειωμένη πρόθεση, έναρξη και διάρκεια θηλασμού, με περιορισμένη παροχή γάλακτος, με καθυστερημένη έναρξη της φάσης λακτογένεσης II και

μπορεί έτσι να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για ανεπιθύμητη έκβαση του θηλασμού. Επιπλέον, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Amir και Donath (2007) οι υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που έχουν φυσιολογικό σωματικό βάρος με αιτίες που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές, συμπεριφοράς ή πολιτισμικές (Ramji και συν. 2016). Ακόμη, σε μελέτη της Kronborg (2012) φάνηκε ότι ο υψηλός ΔΜΣ σε πρωτότοκες σχετιζόταν με σχεδόν διπλάσιο κίνδυνο πρόωρης διακοπής του αποκλειστικού ΜΘ ( $HR = 1.74, 95\% CI 1.21-2.50$ ) ενώ σε πολυτόκες η συσχέτιση αυτή έπαυε να υπάρχει όταν συνυπολογίζονταν κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού ( $HR = 0.89, 95\% CI 0.62-1.28$ ). Ακόμη, έρευνες των Thompson και συν. (2013) και Guelinckx και συν. (2012) έδειξαν ότι όχι μόνο οι παχύσαρκες αλλά και οι λιποβαρείς γυναίκες ήταν στατιστικά λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν το θηλασμό σε σχέση με τις γυναίκες με φυσιολογικό ΔΜΣ. ( $OR 0.87, 95\% CI 0.85-0.89$  για τις λιποβαρείς,  $0.84, 95\% CI 0.83-0.85$  για τις παχύσαρκες). Είναι σημαντική η έγκαιρη εφαρμογή προγραμμάτων για υγιεινή διατροφή καθώς και προγραμμάτων αγωγής για το ΜΘ ειδικά σε γυναίκες που έχουν αυξημένο ΔΜΣ πριν την εγκυμοσύνη.

- Είδος τοκετού

Πολυπαραγοντικοί μηχανισμοί που σχετίζονται με την καισαρική τομή και τα μειωμένα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού περιλαμβάνουν ορμονικές, κοινωνικές, ή διαδικαστικές αιτίες (Kling και συν. 2016). Η καισαρική τομή σχετίζεται με καθυστερημένη έναρξη του ΜΘ (Bodner και συν. 2011, Watt και συν. 2012, Karlstrom και συν. 2013, Takahashi και συν. 2017) και ιδιαίτερα κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό καθώς σύμφωνα με τους συγγραφείς οι ενδείξεις για καισαρική τομή που αφορούν τη μητέρα και το έμβρυο καθώς και η μετεγχειρητική φροντίδα εμποδίζουν την επαφή μητέρας - νεογνού και καθυστερούν την έναρξη του (Prior και συν. 2012). Ακόμη, η καισαρική τομή σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα αποκλειστικού ΜΘ κατά την έξοδο από το μαιευτήριο (Kling και συν. 2016) καθώς και με πρόωρη διακοπή του (Kohlhuber και συν. 2008, Hauck και συν. 2011, Regan και συν. 2013, Hobbs και συν. 2016). Επιπλέον, σε παλαιότερη μετανάλυση των Prior και συν. (2012) που περιελάμβανε 48 μελέτες ( $n=553,306$ ) βρέθηκε ότι γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν οποιαδήποτε μορφή ΜΘ, ενώ η επείγουσα καισαρική τομή δεν είχε καμία αξιοσημείωτη επίδραση στην έναρξη. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ οποιοδήποτε τύπου

καισαρικής τομής και αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες. Παρόλα αυτά, η συσχέτιση μεταξύ του είδους τοκετού και της έκβασης θηλασμού ήταν περιορισμένη καθώς δεν αποτελούσε πρωταρχικό εύρημα και δεν υπήρχε ομοιογένεια μεταξύ των μελετών. Επιπρόσθετα, σε μετα-ανάλυση των Rollins και συν. (2016) η καισαρική τομή δεν αποτέλεσε παράγοντα κινδύνου για άμεση έναρξη ΜΘ εφόσον συνυπήρχε η κατάλληλη φροντίδα.

Παράλληλα, έχει φανεί ότι συγκεκριμένοι τύποι αναισθησίας κατά τον τοκετό μπορούν να επιδράσουν στη γαλουχία (Kutlucan και συν. 2014). Όσον αφορά στα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά την επισκληρίδιο αναισθησία στον τοκετό φαίνεται ότι επηρεάζουν τις θηλαστικές κινήσεις του νεογνού, κάτι που θα μπορούσε να συμβάλλει στην καθυστερημένη έναρξη, την μειωμένη πρόσληψη γάλακτος, την ελλιπή αύξηση βάρους του νεογνού και την πρόωρη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος (Walker 1997, Dewey 2003, Mizuno 2004, Wiklund 2007, Dozier και συν. 2013). Η γενική αναισθησία κατά την εκτέλεση προγραμματισμένης καισαρικής τομής φαίνεται ότι καθυστερεί την έναρξη του θηλασμού σε σχέση με τη ραχιαία και την επισκληρίδιο αναισθησία. Καθώς κατά την γενική αναισθησία υπάρχει καθυστέρηση στην ανάκτηση των γνωστικών διαδικασιών, καθυστερεί και η επικοινωνία μητέρας-νεογνού και ακολούθως η γαλουχία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά την γενική αναισθησία μπορεί να επηρεάζουν την ορμονική διαδικασία για την έκκριση του μητρικού γάλακτος και την έναρξη του θηλασμού (Kutlucan και συν. 2014). Επιπλέον, η χρήση της επισκληρίδιου σε συνδυασμό με τη χορήγηση εξωγενούς ωκυτοκίνης σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ενδογενούς ωκυτοκίνης και καθυστερημένης έναρξης του ΜΘ (Jordan και συν. 2009, Dozier και συν. 2013).

Λαμβάνοντας υπόψη το μεγάλο αριθμό καισαρικών που πραγματοποιούνται σήμερα, θα πρέπει παράλληλα με την προσπάθεια μείωσης του ποσοστού τους να ενισχύεται η συστηματική συμβουλευτική και υποστήριξη των μητέρων που γέννησαν με καισαρική τομή, τόσο κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο όσο και μετά την έξοδό τους.

### **3.2 Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην θετική έκβαση του ΜΘ**

Η απόφαση που λαμβάνει μία γυναίκα για το εάν θα θηλάσει ή όχι επηρεάζεται από πολύπλοκους παράγοντες όπως: ατομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς, περιβαλλοντικούς καθώς και "άλλες επιρροές" όπως μέσα μαζικής ενημέρωσης, φίλους και υπάρχουσα γνώση για τον ΜΘ (Kong & Lee 2004). Κατά συνέπεια, υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις για την προώθηση της έναρξης του θηλασμού που μπορεί να στοχεύουν στις εγκύους, στις οικογένειες τους, στην κοινωνία ή στις υπηρεσίες υγείας.

Οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε ατομικό επίπεδο περιλαμβάνουν την εκπαίδευση για την υγεία, την υποστήριξη από "ομοίους", την εκμάθηση πρακτικών δεξιοτήτων και την άμεση ενίσχυση της επαφής μητέρας- μωρού.

Σύμφωνα μάλιστα με το Βήμα 3, που συμπεριλαμβάνεται στα "10 Βήματα για επιτυχή Θηλασμό", εάν το νοσοκομείο έχει τις κατάλληλες προγεννητικές δομές, η παροχή συμβουλών για το θηλασμό θα πρέπει να παρέχεται στις περισσότερες έγκυες που χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσίες. Κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης θα πρέπει να συζητούνται η σημασία του αποκλειστικού θηλασμού για τους πρώτους 4-6 μήνες, τα οφέλη του θηλασμού και η βασική διαχείρισή του. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι οι έγκυες με ηλικία κύησης 32 εβδομάδων ή περισσότερο έχουν ενημερωθεί σχετικά με τα οφέλη του θηλασμού και ότι δεν έχουν λάβει κάποια ομαδική εκπαίδευση σχετικά με τη χρήση βρεφικής φόρμουλας (The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative, 1992). Οι τεχνικές προγεννητικής εκπαίδευσης που περιγράφονται ως αποτελεσματικές σύμφωνα με τον ΠΟΥ περιλαμβάνουν την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης, που έχει η μητέρα για το ΜΘ κατά την διάρκεια ομαδικών εκπαιδευτικών συνεδριών, την συζήτηση γύρω από μύθους και αναστολές που σχετίζονται με το ΜΘ, την ενίσχυση πρακτικών δεξιοτήτων καθώς και την ενσωμάτωση στα προγράμματα ατόμων από το κοινωνικό περιβάλλον της μητέρας (WHO 1998).

Παρεμβάσεις που σχετίζονται με την εκπαίδευση κατά την εγκυμοσύνη και στοχεύουν στην έναρξη του θηλασμού περιλαμβάνουν μία ή περισσότερες συνεδρίες, ατομικές ή ομαδικές, που διεξάγονται σε τυπικές ή μη δομές είτε από επαγγελματίες υγείας ή μη επαγγελματίες είτε από "ομοίους". Παρόλο που το κοινό-στόχος είναι συνήθως έγκυες ή θηλάζουσες γυναίκες, μπορεί να περιλαμβάνει πατέρες και άλλους που στηρίζουν τη θηλάζουσα μητέρα. Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης για την προώθηση της έναρξης του θηλασμού μπορεί να αφορά τα πλεονεκτήματα του ΜΘ, τις προσδοκίες και τα μέτρα πρόληψης αλλά και αντιμετώπισης των προβλημάτων που προκύπτουν, καθώς και την εκμάθηση δεξιοτήτων (Balogun 2016). Ο στόχος της εκπαίδευσης των μητέρων δεν είναι μόνο να αυξήσουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους στον θηλασμό, αλλά και να επηρεάσουν τη στάση τους απέναντι στον θηλασμό. Η εκπαίδευση του θηλασμού συμβαίνει συχνότερα κατά την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο και συνήθως παρέχεται από έναν επαγγελματία υγείας (όπως μία μαία) που έχει εμπειρία ή κατάρτιση στη διαχείριση του θηλασμού. Τέτοιες οδηγίες περιλαμβάνουν κυρίως πληροφορίες καθώς και παραπομπή σε πηγές ενημέρωσης και υποστήριξης (Sutton και συν. 2016).

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, οι παρεμβάσεις των "ομοίων" παρέχονται μέσω εξατομικευμένης υποστήριξης και εκπαίδευσης και αφορούν μεταξύ άλλων την επαφή μεταξύ της εγκύου και μίας γυναίκας με παρόμοια χαρακτηριστικά που έχει θηλάσει στο παρελθόν (Dyson 2006). Η υποστήριξη από "ομοίους" συμβαίνει όταν τα εμπλεκόμενα άτομα παρέχουν γνώσεις, εμπειρίες και συναισθηματική, κοινωνική ή πρακτική βοήθεια μεταξύ τους. Συνήθως αναφέρεται σε μια πρωτοβουλία που περιλαμβάνει εκπαιδευμένους υποστηρικτές και μπορεί να λάβει διάφορες μορφές όπως, καθοδήγηση, ακρόαση ή συμβουλευτική. Η υποστήριξη από τους "ομοίους" περιλαμβάνει ψυχο-συναισθηματική υποστήριξη, ενθάρρυνση και εκπαίδευση για το θηλασμό και βοηθά στην επίλυση προβλημάτων (Sutton και συν. 2016).

Η εκπαίδευση για το ΜΘ διαφέρει από την υποστήριξη του ΜΘ. Η υποστήριξη στοχεύει συνήθως στο άτομο καθώς προκύπτουν οι ανάγκες του και προσφέρεται από κάποιο άτομο, μια ομάδα ή ένα οργανισμό που παρέχει υποστήριξη με πολλούς τρόπους. Αυτό θα μπορούσε να είναι ψυχολογική υποστήριξη (επιβεβαιώνοντας και ενθαρρύνοντας τη μητέρα), φυσική υποστήριξη (όπως παροχή γευμάτων, φροντίδα για τα μεγαλύτερα παιδιά, καθαρισμός σπιτιού), οικονομική υποστήριξη ή παραπομπή στις υπηρεσίες πληροφόρησης του ΜΘ που είναι διαθέσιμες για να χρησιμοποιηθούν όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα. Η υποστήριξη του ΜΘ συνήθως αρχίζει στη μεταγεννητική περίοδο και όχι προγεννητικά (Lumbiganon 2012).

Σύμφωνα με συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, φαίνεται ότι η εκπαίδευση, η παροχή συμβουλών και η υποστήριξη είναι αποτελεσματικές στην προγεννητική περίοδο, (Imdad 2011, Lumbiganon και συν. 2012, Mitchell-Box and Braun 2013) τη μεταγεννητική περίοδο, (Renfrew και συν. 2012, Haroon και συν. 2013, Health & Wellbeing Division HSE. 2016) και στις δύο περιόδους συνδυασμένες (Imdad 2011). Επιπρόσθετα, η παροχή συμβουλών και υποστήριξης με βάση τις ατομικές ανάγκες μπορεί να είναι αποτελεσματική για τις μητέρες με χαμηλό εισόδημα (Dyson 2005, Ibanez και συν. 2012) καθώς και τις έφηβες (Sipsma 2015). Επίσης, η υποστήριξη μέσω τηλεφώνου ή διαδικτύου μπορεί να είναι χρήσιμη προσθήκη στην εξατομικευμένη φροντίδα. Η ανάπτυξη παρεμβάσεων που βασίζονται στο διαδίκτυο, στην αποστολή μηνυμάτων, τα CD-ROM, τις ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις, και τις διαδραστικές διαδικασίες με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών, ευνοούν και υποστηρίζουν το ΜΘ (Lavender και συν. 2013, Lau 2015). Μερικές συστηματικές ανασκοπήσεις (Webel και συν. 2010, Jolly και συν. 2012) έδειξαν ότι η

υποστήριξη από "ομοίους" ήταν πιο αποτελεσματική στις χώρες με χαμηλό ή μεσαίο εισόδημα και σε δύο συστηματικές ανασκοπήσεις (Jolly και συν. 2012, Haroon και συν. 2013) φάνηκε ότι η στήριξη από "ομοίους" δεν ήταν αποτελεσματική στις χώρες υψηλού εισοδήματος, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις όπου υπήρχε καλά οργανωμένη φροντίδα από μαιές στην κοινότητα μετά τη γέννηση.

Σε μεταγενέστερη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της Cochrane (Balogun και συν. 2016) έγινε σύγκριση της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων εκπαίδευσης και υποστήριξης για τον θηλασμό από τους επαγγελματίες υγείας, κατά την εγκυμοσύνη και τη λοχεία, σε σχέση με την συνήθη φροντίδα, όσον αφορά στην επίδρασή τους στην έναρξη του θηλασμού. Μία παρέμβαση περιελάμβανε παροχή γενικών πληροφοριών για τη γονεϊκότητα, συμπεριλαμβανομένων των πλεονεκτημάτων του θηλασμού, σε κάθε έγκυο κατά τη διάρκεια προγεννητικής της επίσκεψης στο τρίτο τρίμηνο (Serwint 1996). Η παρέμβαση αφορούσε κυρίως Αφρο-αμερικανίδες χαμηλού εισοδήματος. Η περίθαλψη ρουτίνας δεν περιελάμβανε την εκπαιδευτική προγεννητική επίσκεψη. Άλλη μελέτη της Hill (1987) αξιολόγησε μια εφάπαξ γενική διάλεξη και συζήτηση για το θηλασμό με τη χρήση ενός post-test ερωτηματολογίου για να εκτιμήσει την αλλαγή των γνώσεων. Η συγκεκριμένη παρέμβαση αφορούσε κυρίως λευκές γυναίκες, χαμηλού εισοδήματος. Ακόμη, μία παρέμβαση (Ryser 2004) που στόχευε στην αύξηση της έναρξης του ΜΘ, περιελάμβανε προγεννητικές εκπαιδευτικές συνεδρίες από τον ερευνητή σε θέματα που αφορούσαν το ΜΘ. Η παρέμβαση αφορούσε γυναίκες που είχαν σκοπό να δώσουν φόρμουλα στο μωρό τους ή ήταν αναποφάσιστες. Η εκπαίδευση απευθυνόταν και στους επαγγελματίες υγείας που σχετίζονταν με τη μητέρα και το νεογνό. Ακόμη, δύο παρεμβάσεις περιελάμβαναν επαναλαμβανόμενες συνεδρίες προγεννητικής εκπαίδευσης, και συνεχή μεταγεννητική υποστήριξη σε θέματα θηλασμού με βάση τις ανάγκες των γυναικών (Brent 1995, ISRCTN47056748).

Οι συγκεκριμένες παρεμβάσεις που διεξήχθησαν κατά την προγεννητική, περιγεννητική και μεταγεννητική περίοδο στόχευαν στην αύξηση των ποσοστών τόσο της έναρξης όσο και της διάρκειας του ΜΘ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξε βελτίωση των ποσοστών έναρξης του ΜΘ σε γυναίκες που συμμετείχαν στις προαναφερόμενες παρεμβάσεις σε σχέση με αυτές που δεν συμμετείχαν.

Άλλη συστηματική ανασκόπηση που έγινε από την Cochrane (Lumbiganon 2016) στόχευε στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της προγεννητικής εκπαίδευσης για το ΜΘ, στην αύξηση της διάρκειάς του καθώς και στη σύγκριση της αποτελεσματικότητας διαφόρων τύπων εκπαίδευσης, όπως για παράδειγμα: η υποστήριξη από "ομοίους", τα εκπαιδευτικά

προγράμματα, οι διδακτικές συνεδρίες, τα εργαστήρια, τα εκπαιδευτικά εγχειρίδια κ.α. ή στον συνδυασμό αυτών. Οι θεματικές, βάσει των οποίων έγινε η ταξινόμηση των αποτελεσμάτων της ανασκόπησης αφορούσαν τη σύγκριση: ενός τύπου εκπαίδευσης για το ΜΘ σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα, ενός τύπου εκπαίδευσης σε σχέση με ένα διαφορετικό τύπο, πολλαπλών τύπων εκπαίδευσης σε σχέση με έναν μόνο τύπο, διαφορετικών συνδυασμών πολλαπλών μεθόδων εκπαίδευσης, πολλαπλών μεθόδων εκπαίδευσης σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα.

Σύμφωνα λοιπόν με αυτές τις θεματικές, παρατηρήθηκαν τα εξής:

Σε μελέτη του Kluka (2004) όπου έγινε σύγκριση της συνήθους φροντίδας με μια εκπαιδευτική παρέμβαση για το θηλασμό και αφορούσε 185 γυναίκες, δεν αναφέρθηκε αύξηση του θηλασμού ( $RR\ 1.07, 95\% CI\ 0.92 - 1.24, \text{γυναίκες} = 185$ ) ή του αποκλειστικού θηλασμού ( $RR\ 1.08, 95\% CI\ 0.84\ to\ 1.38, \text{γυναίκες} = 185$ ) στους 3 μήνες ενώ υπήρξε πολύ μικρή διαφορά θηλασμού ( $RR\ 1.15, 95\% CI\ 0.87\ to\ 1.51, \text{γυναίκες} = 178$ ) ή αποκλειστικού θηλασμού ( $RR\ 1.13, 95\% CI\ 0.70\ to\ 1.80, \text{γυναίκες} = 178$ ) στους 6 μήνες. Σε μελέτη του Wong (2014), όπου έγινε παρέμβαση με μία εκπαιδευτική συνεδρία, δεν παρατηρήθηκε αύξηση του θηλασμού ( $RR\ 0.90, 95\% CI\ 0.75\ to\ 1.07, \text{γυναίκες} = 469$ ) ή του αποκλειστικού θηλασμού ( $RR\ 1.05, 95\% CI\ 0.85\ to\ 1.30$ ) στους 3 μήνες αλλά αντίστοιχα και στους 6 μήνες. Σε μελέτη της Kistin (1990) όπου συμμετείχαν 74 γυναίκες έγινε σύγκριση μεταξύ ομαδικών και ατομικών συζητήσεων. Οι ομαδικές συζητήσεις είχαν διάρκεια 50-80 λεπτών και το περιεχόμενό τους σχετιζόταν με τους λόγους της διατροφικής επιλογής, τους κοινούς μύθους, την φυσιολογία, τα οφέλη για την υγεία, τις συνήθειες αναστολές ή τα προβλήματα που αφορούν το θηλασμό και τους τρόπους για την αντιμετώπισή τους. Οι ατομικές συζητήσεις διαρκούσαν 15-30 λεπτά και περιελάμβαναν την ίδια θεματολογία. Παρατηρήθηκε μια πολύ μικρή αύξηση ΜΘ στους 3 μήνες για το δείγμα των ομαδικών συζητήσεων ( $RR\ 2.84, 95\% CI\ 0.61\ to\ 13.18$ ). Σε μελέτη του Forster (2004), όπου έγινε σύγκριση της εκπαίδευσης που είναι βασισμένη στην εκμάθηση δεξιοτήτων και στην εκπαίδευση που είναι προσανατολισμένη στην αλλαγή στάσης δεν φάνηκε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων αναφορικά με τα ποσοστά του ΜΘ ( $RR\ 1.09, 95\% CI\ 0.94\ to\ 1.28$ ) ή του αποκλειστικού ΜΘ ( $RR\ 1.03, 95\% CI\ 0.61\ to\ 1.73, \text{γυναίκες} = 590$ ) στους 6 μήνες. Επιπλέον, σε μελέτη του Schlickau (2005), που συνέκρινε πολλαπλές μεθόδους εκπαιδευτικής παρέμβασης σε σχέση με μία εκπαιδευτική παρέμβαση υπήρξε ελάχιστη θετική διαφορά στην ομάδα με τις πολλαπλές μεθόδους ( $95\% CI\ -6.84\ to\ 22.84\ \text{ημέρες}$ ).

Επιπλέον, σε μελέτη του Rossiter (1994) που αφορούσε 175 γυναίκες έγινε σύγκριση παρέμβασης βασισμένης σε εκπαιδευτική συνεδρία και προβολή βίντεο σε σχέση με

παρέμβαση βασισμένη στην παροχή εκπαιδευτικών φυλλαδίων. Στην μελέτη αυτή δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στον ΜΘ ( $RR\ 1.59, 95\%\ CI\ 0.86\ to\ 2.94$ ) στους 6 μήνες, μεταξύ των ομάδων. Ακόμη, σε μελέτη του Kools (2005), όπου έγινε σύγκριση διαφορετικών συνδυασμών πολλαπλών παρεμβάσεων (σύγκριση παρέμβασης που περιελάμβανε συμβουλευτική γαλουχίας με επιπλέον 24ωρη δωρεάν υποστήριξη και ενημερωτικό έντυπο για το ΜΘ σε σχέση με παρέμβαση που βασιζόταν σε ενημερωτικό έντυπο για το ΜΘ και τηλεφωνική υποστηρικτική γραμμή), βρέθηκαν παρόμοια ποσοστά ΜΘ ( $OR\ 0.82, 95\%\ CI\ 0.58\ to\ 1.16$ ) και αποκλειστικού ΜΘ στους 3 μήνες ( $OR\ 0.79, 95\%\ CI\ 0.57\ to\ 1.09, \text{γυναίκες} = 698$ ) και στις δύο ομάδες. Σε μελέτη του Mattar (2007), όπου έγινε σύγκριση παρέμβασης που περιελάμβανε παροχή ενημερωτικού εντύπου για τον ΜΘ, συμβουλευτική γαλουχίας και προβολή βίντεο σε σχέση με παρέμβαση που περιλάμβανε μόνο έντυπο και βίντεο δεν φάνηκε διαφορά στα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ στους 3 μήνες ( $OR\ 1.40, 95\%\ CI\ 0.70\ to\ 2.80, \text{γυναίκες} = 150$ ), ενώ παρατηρήθηκε οριακή διαφορά υπέρ της πρώτης παρέμβασης στους 6 μήνες ( $OR\ 2.50, 95\%\ CI\ 1.00\ to\ 6.25, \text{γυναίκες} = 169$ ). Σε μελέτη του Schlickau (2005) οι γυναίκες που συμμετείχαν σε ομάδα παρέμβασης, που περιελάμβανε εκπαιδευτική συνεδρία και χρήση "λίστας ατομικής δέσμευσης ως προς τον ΜΘ", θήλασαν περισσότερες ημέρες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου που είχε τη συνήθη περίθαλψη ( $95\%\ CI\ -2.97\ to\ 31.37\ \text{ημέρες}$ ). Σε μελέτη του Finch (2002) έγινε σύγκριση παρέμβασης βασισμένης στην συμβουλευτική γαλουχίας και στη παροχή κινήτρων σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα. Η παροχή κινήτρων αφορούσε δώρα αξίας 25\$, κουπόνια τροφίμων καθώς και ελεύθερη πρόσβαση σε θήλαστρα. Δεν αναφέρθηκε κάποια σημαντική διαφορά ως προς τη διάρκεια του θηλασμού όμως υπήρξε διαφορά ως προς την αποκλειστικότητα ( $p=.025$ ), κάτι που όμως δεν αναφέρθηκε από τη συγγραφική ομάδα της Cochrane.

Ακόμη, σε μελέτη του Mattar (2007), όπου έγινε σύγκριση μεταξύ της ομάδας παρέμβασης (παροχή ενημερωτικού εντύπου για τον ΜΘ, συμβουλευτική γαλουχίας και προβολή βίντεο) και της ομάδας συνήθους φροντίδας παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών του ΜΘ ( $OR\ 2.60, 95\%\ CI\ 1.25\ to\ 5.40, \text{γυναίκες} = 159$ ) για την ομάδα παρέμβασης. Ωστόσο, σε κλάδο της παρέμβασης όπου δεν συμπεριελήφθη η συμβουλευτική γαλουχίας δεν υπήρξε η ίδια αποτελεσματικότητα στον αποκλειστικό ΜΘ στους 3 μήνες ( $OR\ 1.80, 95\%\ CI\ 0.80\ to\ 4.05, \text{γυναίκες} = 159$ ). Σε μελέτη του Flax (2014) που περιελάμβανε 461 συμμετέχουσες, έγινε σύγκριση μεταξύ παρέμβασης που βασιζόταν σε μηνιαίες εκπαιδευτικές συνεδρίες για το ΜΘ και εβδομαδιαία αποστολή μηνυμάτων στο κινητό τηλέφωνο σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα. Οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης είχαν μεγαλύτερα ποσοστά



αποκλειστικού θηλασμού στους 3 μήνες (*OR 1.80, 95% CI 1.10 to 2.95, γυναίκες = 390*) αλλά όχι και στους 6 μήνες (*OR 2.40, 95% CI 1.40 to 4.11, γυναίκες = 390*).

Σύμφωνα λοιπόν με την συστηματική ανασκόπηση του Lumbiganon (2016) δεν υπήρξαν ικανά δεδομένα για να προταθεί οποιαδήποτε προγεννητική ή άλλη εκπαιδευτική μέθοδος για το ΜΘ ως η πλέον αποτελεσματική για τη συνέχιση του ΜΘ ή του αποκλειστικού ΜΘ στους 3 ή 6 μήνες. Επίσης, καθώς σε αυτή την ανασκόπηση από τις 20 μελέτες που συμπεριελήφθησαν οι 13 είχαν ενταγμένη την εκπαίδευση για το ΜΘ ακόμη και στα πλαίσια της συνήθους φροντίδας, είναι σημαντική η διεξαγωγή μελετών όπου η συνήθης φροντίδα να μην περιλαμβάνει κάποια μορφή εκπαίδευσης για το ΜΘ. Ακόμη, καθώς η ανασκόπηση συμπεριελάμβανε κυρίως χώρες υψηλού εισοδήματος, υπήρχε, σύμφωνα με τους συγγραφείς, η ανάγκη αξιολόγησης εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για το ΜΘ σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Τα κενά αυτά στόχευσε να καλύψει πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση των Wouk, Tully and Labbok (2017) κύριος στόχος της οποίας ήταν να καθοριστεί εάν οι προγεννητικές παρεμβάσεις για το θηλασμό που πραγματοποιούνται σε νοσοκομειακό χώρο είτε στη μέλλουσα μητέρα ή/και σε μέλη του περιβάλλοντός της αυξάνουν τα ποσοστά έναρξης, διάρκειας ή αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού. 17 μελέτες που συμπεριελήφθησαν σε αυτήν την συστηματική ανασκόπηση (Wolfberg και συν. 2004, Ryser 2004, Forster και συν. 2004, Lavender και συν. 2005, Noel-Weiss και συν. 2006, Huang και συν. 2007, Su και συν. 2007, Ickovics και συν. 2007, Lin και συν. 2007, Mattar και συν. 2007, C. H. Lin και συν. 2008, Nichols και συν. 2009, Kamran και συν. 2012, Kronborg και συν. 2012, Wong και συν. 2014, Otsuka και συν. 2014, Kellams και συν. 2016) αξιολόγησαν παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν αποκλειστικά κατά την προγεννητική περίοδο.

Από αυτές, 10 αξιολόγησαν την έναρξη του ΜΘ και 5 (Ryser 2004, Wolfberg και συν. 2004, Huang και συν. 2007, Ickovics και συν. 2007, Lin και συν. 2008) βρήκαν στατιστικώς σημαντική αύξηση σε αυτόν τον δείκτη. Ακόμη, από τις 10 μελέτες που αξιολόγησαν την διάρκεια του μητρικού θηλασμού, 2 (Noel-Weiss και συν. 2006, Huang και συν. 2007) βρήκαν στατιστικώς σημαντική αύξηση και από τις 12 μελέτες που αξιολόγησαν την αποκλειστικότητα, 6 (Noel-Weiss και συν. 2006, Huang και συν. 2007, Mattar και συν. 2007, Lin και συν. 2008, Kamran και συν. 2012, Otsuka και συν. 2014) έδειξαν στατιστικώς σημαντική αύξηση. 6 από τις 17 προγεννητικές παρεμβάσεις βρήκαν σημαντική διαφορά για όλους τους δείκτες θηλασμού (Ryser 2004, Noel-Weiss και συν. 2006, Huang και συν. 2007, Ickovics και συν. 2007, Mattar και συν. 2007, Lin και συν. 2008) ενώ 7 μελέτες δεν βρήκαν

σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου για όλους τους δείκτες θηλασμού (Forster και συν. 2004, Lavender και συν. 2005, Lin και συν. 2007, Nichols και συν. 2009, Kronborg και συν. 2012, Wong και συν. 2014, Kellams και συν. 2016), κάτι που αποδίδεται στην έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου και στο γεγονός ότι 3 από αυτές τις έρευνες προσέφεραν συνήθη φροντίδα που ήταν στα πλαίσια λειτουργίας "Φιλικών προς τα Βρέφη Νοσοκομείων". Ως υποστηρικτικό πλαίσιο ορίζονταν οι επισκέψεις στο σπίτι, η τηλεφωνική υποστήριξη και η διαδικτυακή επικοινωνία με "ομοίους".

Όσον αφορά τις προγεννητικές παρεμβάσεις συνδυασμένες με περιγεννητική ή μεταγεννητική υποστήριξη τα αποτελέσματα έδειξαν τα εξής: από τις 15 μελέτες που μελετούσαν την έναρξη του θηλασμού οι 8 βρήκαν στατιστικώς σημαντική διαφορά (Charman και συν. 2004, Anderson και συν. 2005, Bonuck και συν. 2005, Gill και συν. 2007, Sandy και συν. 2009, Kupratakul και συν. 2010, Wambach και συν. 2011, Bonuck και συν. 2014), από τις 15 μελέτες που διερευνούσαν την διάρκεια του ΜΘ οι 7 ανέφεραν στατιστικώς σημαντική διαφορά (Bonuck και συν. 2005, Gill και συν. 2007, Kupratakul και συν. 2010, Wambach και συν. 2011, Maycock και συν. 2013, Bonuck και συν. 2014, Meedya και συν. 2014) και από τις 13 μελέτες που αξιολογούσαν την αποκλειστικότητα τριών θηλασμού οι 9 βρήκαν στατιστικώς σημαντική διαφορά (Aidam και συν. 2005, Anderson και συν. 2005, Gijssbers και συν. 2006, Kupratakul και συν. 2010, Ochola και συν. 2013, Bich και συν. 2014, Meedya και συν. 2014, Bonuck και συν. 2014, Gross και συν. 2016).

Ωστόσο, επτά μελέτες δε διαπίστωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου για όλους τους δείκτες θηλασμού (Graffy και συν. 2004, Muirhead και συν. 2006, Petrova και συν. 2009, MacArthur και συν. 2009, Charman και συν. 2013, Bonuck και συν. 2014, Srinivas και συν. 2014). Ειδικότερα, τέσσερις από αυτές τις παρεμβάσεις όπου χρησιμοποίησαν "ομοίους" ως συμβούλους για να προσφέρουν προγεννητική και μεταγεννητική εκπαίδευση και υποστήριξη για το θηλασμό δεν διαπίστωσαν σημαντική αύξηση στην έναρξη (Graffy και συν. 2004, Muirhead και συν. 2006, MacArthur και συν. 2009, Srinivas και συν. 2014) ή τη διάρκεια (Graffy και συν. 2004, Muirhead και συν. 2006, Srinivas και συν. 2014) του θηλασμού.

Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης των Wouk, Tully and Labbok (2017), η προγεννητική εκπαίδευση που περιλαμβάνει συνδυαστικά πληροφοριακό υλικό και διαπροσωπική υποστήριξη συνδέεται θετικά με την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού. Η υποστήριξη μάλιστα, ιδιαίτερα κατά την μεταγεννητική

περίοδο είναι σημαντική σύμφωνα και με την βιβλιογραφική ανασκόπηση των Skouteris και συν. (2017).

Επιπλέον, σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (RCTs) (Kim και συν. 2018) διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων υποστήριξης του θηλασμού που στόχευαν στη διατήρηση του αποκλειστικού ΜΘ για 6 μήνες και έγινε σύσταση των αποτελεσματικότερων στρατηγικών παρέμβασης. Έξι RCTs (Forster και συν. 2004, Gijsbers και συν. 2006, Kupratakul και συν. 2010, McDonald και συν. 2010, Wen και συν. 2011, Pound και συν. 2015) εξέτασαν τον αντίκτυπο εκπαιδευτικών προγραμμάτων, βασισμένων σε δομημένο περιεχόμενο που κάλυπτε τα βασικά θέματα του αποκλειστικού ΜΘ, συμπεριλαμβανομένης της τοποθέτησης στο στήθος, των κοινών προβλημάτων θηλασμού, του χρονοδιαγράμματος εισαγωγής στερεάς τροφής, και της φυσιολογική ανάπτυξης. Τα συγκεκριμένα προγράμματα διεξήχθησαν κυρίως από μαίες και κοινοτικές νοσηλεύτριες ( $n = 4$ ) ή εκπαιδευμένους μη-επαγγελματίες ( $n = 2$ ). Η εκπαίδευση παρέχόταν είτε σε χώρους νοσοκομείων ( $n = 2$ ) ή στην κοινότητα ( $n = 3$ ) είτε και στα δύο ( $n = 1$ ) κατά τη διάρκεια της προγεννητικής ( $n = 1$ ), ή της μεταγεννητικής περιόδου ( $n = 2$ ) ή κατά τη διάρκεια και των δύο φάσεων ( $n = 3$ ). Επιπρόσθετα, δέκα RCTs (Morrell και συν. 2000, Bhandari και συν. 2003, Tylleskär και συν. 2011, Jolly και συν. 2012, Chapman και συν. 2013, Tahir and Al-Sadat 2013, Ochola και συν. 2013, Sikander και συν. 2015, Srinivas και συν. 2015) αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που βασίζονταν στη συναισθηματική υποστήριξη και συμβουλευτική. Αυτά τα προγράμματα διεξήχθησαν είτε από μη-επαγγελματίες ( $n = 6$ ) είτε από επαγγελματίες υγείας ( $n = 4$ ) και τα περισσότερα ακολουθούσαν συγκεκριμένα πρωτόκολλα εκπαίδευσης ( $n = 8$ ) και υλοποιήθηκαν στο νοσοκομείο ( $n = 1$ ), την κοινότητα ( $n = 3$ ) ή και στα δύο ( $n = 5$ ). Ακόμη, τέσσερις RCTs (Kramer και συν. 2001, Coutinho και συν. 2005, Kutlu και συν. 2007, Yotebieng και συν. 2015) εξέτασαν την επίδραση των BFHI παρεμβάσεων στα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες. Η μετανάλυση των προαναφερόμενων ερευνών έδειξε ότι οι παρεμβάσεις προώθησης του αποκλειστικού ΜΘ είχαν σημαντική αποτελεσματικότητα στα ποσοστά στους 6 μήνες ( $OR=2.77$ ,  $95\% CI: 1.81-3.76$ ). Οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις ξεκίνησαν προγεννητικά και συνεχίστηκαν κατά την μεταγεννητική περίοδο ( $OR = 3.32$ ,  $95\% CI: 1.83-6.03$ ), με αμέσως επόμενες τις παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν μόνο κατά την προγεννητική περίοδο ( $OR = 1.19$ ,  $95\% CI: 0.83-1.71$ ) και αυτές που διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια της μεταγεννητικής περιόδου μόνο ( $OR = 2.77$ ,  $95\% CI: 1.66-4.63$ ).

Συμπερασματικά, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις προαναφερόμενες συστηματικές ανασκοπήσεις, φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις εκπαίδευσης και υποστήριξης κατά την διάρκεια των τριών περιόδων (προγεννητική, περιγεννητική, μεταγεννητική) είναι αποτελεσματικές για την έναρξη του ΜΘ. Όσον αφορά τον τύπο εκπαίδευσης, δεν έχει φανεί να υπερισχύει κάποιος τύπος εκπαίδευσης έναντι κάποιου άλλου ή κάποιος συγκεκριμένος συνδυασμός αυτών ως προς την αποτελεσματικότητά τους για τη διάρκεια του ΜΘ. Ωστόσο, αυτό που αναδεικνύεται είναι η σημασία της παράλληλης υποστήριξης ιδιαίτερα κατά την μεταγεννητική περίοδο, καθώς φαίνεται ότι λειτουργεί θετικά στην έναρξη, διάρκεια και αποκλειστικότητα του θηλασμού. Ακόμη, φαίνεται ότι ο καταλληλότερος χρόνος υλοποίησης αυτών των παρεμβάσεων εκτείνεται από την προγεννητική έως και την μεταγεννητική περίοδο.

Άλλη αποτελεσματική παρέμβαση των υπηρεσιών υγείας για την προώθηση της έναρξης του θηλασμού είναι η "Πρωτοβουλία για Νοσοκομεία Φιλικά προς τα Βρέφη" (Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI) από την UNICEF και τον WHO. Η BFHI βασίζεται στην υλοποίηση των "10 βημάτων για τον επιτυχή θηλασμό" (WHO / UNICEF 1989), που καλύπτουν τον τομέα της πολιτικής, την εκπαίδευση του προσωπικού, την προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού, τον περιορισμό της χρήσης βρεφικής φόρμουλας, τις θηλές και πιπίλες και τη συνδιαμονή των μητέρων με τα μωρά τους. Μελέτες που αξιολογούν την επίδραση παρεμβάσεων, οι οποίες βασίζονται στην υλοποίηση του BFHI, στα ποσοστά των γυναικών που θηλάζουν αποκλειστικά, δείχνουν θετικά αποτελέσματα (Kramer και συν. 2001, Coutinho και συν. 2005, Kutlu και συν. 2007, Abrahams 2009, DiFrisco και συν. 2011, Attanasio 2013, Brodribb 2013, Figueredo 2013, Haroon και συν. 2013, Martin και συν. 2014, Babakazo και συν. 2015, Yotebieng 2015, Sinha και συν. 2015, Olaiya και συν. 2016). Επιπλέον, οι εκστρατείες των μέσων μαζικής ενημέρωσης είναι παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ευρύτερη κοινωνία και, όταν εφαρμόζονται παράλληλα με άλλες παρεμβάσεις έχουν επιτυχία στην αύξηση της έναρξης του θηλασμού (McDivitt και συν. 1993, Thompson and Harutyunyan 2009). Οι εκστρατείες ενημέρωσης, ιδιαίτερα οι τηλεοπτικές διαφημίσεις, βελτιώνουν τη στάση απέναντι στο θηλασμό και αυξάνουν τα ποσοστά έναρξης του. Η αύξηση του αριθμού των θετικών εικόνων του θηλασμού στοχεύει στην αντιμετώπιση της επίδρασης των διαφημίσεων που προωθούν παρασκευάσματα γάλακτος για βρέφη και συμβάλει στην προώθηση του θηλασμού ως βιώσιμη επιλογή για τη διατροφή των βρεφών. Η εξομάλυνση της έννοιας του θηλασμού τον καθιστά μια πιο εφικτή επιλογή για πολλές γυναίκες, που συχνά τον αντιμετωπίζουν ως μία ανέφικτη ιδανική κατάσταση (Shealy και συν. 2005).

Επιπλέον παρέμβαση θεωρείται και το κοινωνικό μάρκετινγκ, το οποίο τυπικά ορίζεται ως μια διαδικασία προγραμματισμού που εφαρμόζει έννοιες και τεχνικές του εμπορικού μάρκετινγκ για να ενθαρρύνει τις υγιείς συμπεριφορές ή να υποστηρίξει τη μεταβολή της συμπεριφοράς (Kotler 2002). Το κοινωνικό μάρκετινγκ έχει καθιερωθεί ως ένα αποτελεσματικό μοντέλο αλλαγής συμπεριφοράς για μια ευρεία ποικιλία θεμάτων δημόσιας υγείας (Fairbank και συν. 2000, Shealy και συν. 2005). Το κοινωνικό μάρκετινγκ χρησιμοποιεί πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις ταυτόχρονα για να επιτύχει μια συνεργική αλλαγή, η οποία είναι ιδιαίτερα κατάλληλη για τον θηλασμό λόγω των πολλών σύνθετων ζητημάτων και εμποδίων που εμπλέκονται γύρω από αυτόν (Shealy και συν. 2005). Μία ολοκληρωμένη προσέγγιση κοινωνικού μάρκετινγκ μέσω παρεμβάσεων για την αύξηση της ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τον θηλασμό αύξησε τα ποσοστά έναρξης και διάρκειας, ενώ παράλληλα βελτίωσε τις αντιλήψεις της κοινότητας σχετικά με την υποστήριξη για το θηλασμό (Pérez-Escamilla 2012).

Άλλη παρέμβαση αφορά στην υποστήριξη της εργαζόμενης θηλάζουσας μητέρας. Η υποστήριξη αυτή μπορεί να περιλαμβάνει διαφόρους τύπους παροχών και υπηρεσιών όπως: την υιοθέτηση πολιτικών φιλικών προς τη μητέρα και το νεογνό, την επιμόρφωση των εργαζομένων και των εργοδοτών για το θηλασμό, την δημιουργία χώρων φύλαξης των βρεφών εντός του εργασιακού χώρου, την διάθεση ιδιωτικού κατάλληλα οργανωμένου χώρου με υψηλής ποιότητας θήλαστρα, κατά την εργασία της θηλάζουσας, προκειμένου να θηλάσει ή να αμείξει το γάλα της και να το αποθηκεύσει με ασφάλεια, την παροχή της δυνατότητας ευέλικτων εργασιακών επιλογών καθώς και την θεσμοθέτηση παρατεταμένων αδειών (Hirani & Karmaliani 2013). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το άρθρο 3, του νόμου υπ.αριθμ. 4316/14, που αφορά την προαγωγή του ΜΘ " *Οι εργαζόμενες θηλάζουσες μητέρες στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα μπορούν να αντλούν με έκθλιψη και να αποθηκεύουν το μητρικό γάλα κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους και εντός του χώρου που ορίζεται από το φορέα εργασίας τους και ο οποίος ονομάζεται χώρος θηλασμού στην Εργασία.*"

Τέλος, σε κλινική μελέτη των Jackson & Dennis (2016), που αφορούσε μηχανική παρέμβαση με λανολίνη για την θεραπεία των τραυματισμένων θηλών σε 80 μητέρες στον Καναδά, έγινε αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας πριν την έξοδο από το μαιευτήριο και 4 ημέρες μετά τον τοκετό καθώς και των ποσοστών του ΜΘ την τέταρτη ημέρα, την έβδομη ημέρα, τον 1ο και τον 3ο μήνα μετά τον τοκετό, χωρίς ωστόσο να παρατηρηθούν διαφορές μεταξύ των ομάδων. Βέβαια δεν υπήρχε υψηλή συμμόρφωση στη θεραπεία και το 12% της ομάδας ελέγχου χρησιμοποίησε και αυτό λανολίνη.

### **3.3 Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και των ποσοστών έναρξης, διάρκειας και αποκλειστικότητας του ΜΘ**

Πολλαπλοί παράγοντες όπως κοινωνικο-δημογραφικοί, βιοιατρικοί και ψυχοκοινωνικοί, φαίνεται να επηρεάζουν τον ΜΘ (Zhu και συν. 2016). Μεταξύ αυτών, η μητρική αυτοαποτελεσματικότητα έχει αναδειχτεί ως ένας σημαντικός ψυχομετρικός παράγοντας για την βελτίωση της έκβασης του ΜΘ (Blyth και συν. 2004, Meedya και συν. 2010, Inoue και συν. 2012). Ως αυτοαποτελεσματικότητα του ΜΘ ορίζεται η εμπιστοσύνη που έχει μια γυναίκα στην ικανότητά της να θηλάζει το μωρό της (Dennis 1999).

Οι Brockway και συν. (2017) πραγματοποίησαν συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση που στόχευε στο να εξετάσει τη συσχέτιση μεταξύ BSE και των ποσοστών ΜΘ. Η ανασκόπηση των παρεμβάσεων περιελάμβανε 8 τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες (Noel-Weiss και συν. 2006, Bunik και συν. 2010, McQueen και συν. 2011, Ansari και συν. 2014, Wu και συν. 2014, Chan Man και συν. 2016, Laliberte και συν. 2016), μία εκ των οποίων ήταν μηχανική παρέμβαση και όχι εκπαιδευτική (Jackson & Dennis 2016), και 3 οιονεί πειραματικές μελέτες (Awano & Shimada 2010, Otsuka και συν. 2014, Dodt και συν. 2015). Η πλειοψηφία των μελετών διεξήχθη κατά την περίοδο της λοχείας, 2 διεξήχθησαν κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης και 1 κατά την περιγεννητική περίοδο. Κατά κύριο λόγο οι παρεμβάσεις ήταν εκπαιδευτικές ή υποστηρικτικές. Αναγνωρίστηκαν ως εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αυτές οι οποίες παρείχαν πληροφόρηση, επίδειξη, και / ή συζήτηση, ενώ οι υποστηρικτικές παρεμβάσεις παρείχαν κοινωνική υποστήριξη ή συμβουλευτική. (Benzies, Magill-Evas, Hayden & Ballantyne 2013). Οι παρεμβάσεις ήταν είτε εξατομικευμένες είτε ομαδικές είτε τηλεφωνικές.

Αναλυτικά:

Σε μελέτη των Noel-Weiss και συν. (2006) που διεξήχθη στο Καναδά σε δείγμα ευκολίας 92 εγκύων πρωτοτόκων εφαρμόστηκε προγεννητική εκπαιδευτική παρέμβαση διάρκειας 2,5 ωρών, βασισμένη στην θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας. Οι μετρήσεις μέσω της κλίμακας BSES-SF πραγματοποιήθηκαν πριν την παρέμβαση, καθώς και στις 4 και 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ οι μετρήσεις των ποσοστών του ΜΘ έγιναν στις 4 και στις 8 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν αυξήσει σημαντικά τόσο τα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας όσο και τα ποσοστά του

αποκλειστικού ΜΘ. Βέβαια η ισχύς της μελέτης ήταν μικρή και η μέτρηση της έκβασης περιορίστηκε στις 8 εβδομάδες και έτσι δεν υπάρχει πλήρης αξιολόγηση της παρέμβασης.

Σε μελέτη των Bunik και συν. (2010) που έλαβε μέρος στις Η.Π.Α σε δείγμα ευκολίας 249 λεχωίδων εφαρμόστηκε καθημερινή υποστηρικτική τηλεφωνική παρέμβαση από την ημέρα του εξιτηρίου και για τις επόμενες 2 εβδομάδες. Οι μετρήσεις μέσω της κλίμακας BSES-SF πραγματοποιήθηκαν μόνο στους 3 μήνες μετά τον τοκετό ενώ η καταγραφή της έκβασης του ΜΘ έγινε τον 1ο, 3ο και 6ο μήνα. Στην συγκεκριμένη παρέμβαση δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου. Βέβαια θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη συγκεκριμένη μελέτη δεν έγινε καταγραφή της αυτοαποτελεσματικότητας πριν την παρέμβαση και υπήρχε και μεγάλο ποσοστό αποχώρησης (27%), κάτι που ενδεχομένως να επηρέασε τα αποτελέσματα λόγω της προσκληθείσας ανομοιογένειας του δείγματος.

Σε μελέτη των Awano & Shimada (2010) που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία σε δείγμα 115 πρωτοτόκων μητέρων εφαρμόστηκε παρέμβαση κατά την 4-5 ημέρα της λοχείας που περιελάμβανε: πληροφορίες σχετικά με τα πλεονεκτήματα και τα βασικά στοιχεία του θηλασμού, μια λίστα αξιολόγησης για τον θηλασμό από τις ίδιες τις μητέρες και από τις μαίες, καθώς και ένα φυλλάδιο και οπτικοακουστικό υλικό για το θηλασμό. Οι μετρήσεις μέσω της κλίμακας BSES-SF πραγματοποιήθηκαν πριν και μετά την παρέμβαση καθώς και ένα μήνα μετά, ενώ η αξιολόγηση του ΜΘ έγινε την 4η ημέρα μετά τον τοκετό καθώς και 1 μήνα μετά. Η παρέμβαση φάνηκε να έχει θετική επίδραση τόσο στα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας όσο και στα ποσοστά του ΜΘ. Παρόλα αυτά θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι υπήρξε μεγάλη ανομοιογένεια των ομάδων όσον αφορά το βασικό επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας που είχαν πριν τη παρέμβαση. Σε πιλοτική μελέτη των McQueen και συν. (2011) που έγινε με 134 πρωτότοκες μητέρες στον Καναδά, οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν τρεις εξατομικευμένες συνεδρίες ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας από τον ερευνητή: δύο στο νοσοκομείο και μία τηλεφωνικά. Η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε πριν τη παρέμβαση καθώς και στις 4 και 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η βελτίωση των επιπέδων αυτοαποτελεσματικότητας καθώς και των ποσοστών ΜΘ δεν είχε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου, κάτι που μπορεί να αποδοθεί στη χαμηλή ισχύ της μελέτης και στην άνιση κατανομή των ομάδων.

Σε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Ansari και συν. (2014) που διεξήχθη με 120 έγκυες στο Ιράν, οι συμμετέχουσες έλαβαν 2 δίωρες εκπαιδευτικές συνεδρίες κατά την

εγκυμοσύνη και εξατομικευμένη υποστήριξη κατά την περίοδο της λοχείας. Η μέτρηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε πριν την παρέμβαση και ένα μήνα μετά τον τοκετό καθώς και η εκτίμηση των ποσοστών του ΜΘ έγινε στους 6 μήνες. Η συγκεκριμένη παρέμβαση αποδείχθηκε επιτυχής καθώς σημειώθηκε σημαντική αύξηση του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας στον ένα μήνα και αύξηση του αποκλειστικού ΜΘ στους 6 μήνες για τις συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης. Ωστόσο, η συγκεκριμένη μελέτη περιορίστηκε στην εκτίμηση των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ, δεν αξιολόγησε συνολικά την έκβασή του και δεν χρησιμοποίησε κάποια τυποποιημένη ταξινόμηση.

Σε μελέτη των Wu και συν. (2014), ημι-τυχαιοποιημένο δείγμα 67 μητέρων στην Κίνα, έλαβε εξατομικευμένη παρέμβαση με φυσική παρουσία στο μαιευτήριο (2 φορές) και τηλεφωνικά (1 φορά) στο σπίτι. Η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε πριν την παρέμβαση και στις 4 και 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό, όπως και η εκτίμηση των ποσοστών του ΜΘ στις 4 και 8 εβδομάδες. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν σημαντική αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και της έκβασης του ΜΘ, ενώ περιορισμό της μελέτης αποτέλεσε το μικρό δείγμα.

Σε συγχρονική μελέτη των Otsuka και συν. (2014), δείγμα ευκολίας 262 εγκύων στην Ιαπωνία συμμετείχε σε παρέμβαση με χρήση εκπαιδευτικού βιβλίου προγεννητικά, σε δύο πιστοποιημένα Νοσοκομεία ως 'Φιλικά Προς τα Βρέφη' και σε δύο μη πιστοποιημένα. Το επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας εκτιμήθηκε πριν την παρέμβαση και 4 εβδομάδες μετά, ενώ η εκτίμηση των ποσοστών θηλασμού έγινε στις 4 και στις 12 εβδομάδες. Αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας και των ποσοστών του ΜΘ παρατηρήθηκε μόνο στα πιστοποιημένα νοσοκομεία στις 4 εβδομάδες, ενώ στις 12 εβδομάδες η αύξηση αυτή δεν διατηρήθηκε. Βέβαια θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι τα ποσοστά μπορεί να έχουν επηρεαστεί και από το υψηλό ποσοστό αποχώρησης (>30%) των συμμετεχόντων κατά την επαναξιολόγηση στις 4 εβδομάδες.

Σε μελέτη των Dodt και συν. (2015), εφαρμόστηκε παρέμβαση στη Βραζιλία με χρήση εκπαιδευτικού πίνακα και περιεχόμενο βασισμένο στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας, σε δείγμα ευκολίας 100 μητέρων, σε νοσοκομείο που εφαρμόζε τα "10 Βήματα". Η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε 6 ώρες μετά τον τοκετό, πριν την έξοδο από το μαιευτήριο και 2 μήνες μετά, ενώ η εκτίμηση του ΜΘ έγινε στους 2 μήνες. Η παρέμβαση αποδείχθηκε επιτυχής, ωστόσο το ποσοστό αποχώρησης κατά τον



τηλεφωνικό επανέλεγχο και στις δύο ομάδες ήταν περίπου 50%, επηρεάζοντας πιθανόν τα αποτελέσματα.

Σε μελέτη των Chan και συν. (2016), δείγμα ευκολίας 35 εγκύων από την Κίνα παρακολούθησε εκπαιδευτική παρέμβαση διάρκειας 2.5 ωρών κατά την εγκυμοσύνη και έλαβε τηλεφωνική υποστήριξη στις 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Η εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας έγινε κατά την εγκυμοσύνη και 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ τα ποσοστά ΜΘ αξιολογήθηκαν στις 2 εβδομάδες, καθώς και τον 1ο, 2ο και 6ο μήνα μετά τον τοκετό. Η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας ήταν σημαντική στην ομάδα παρέμβασης στις 2 εβδομάδες μετά τον τοκετό, ενώ τα ποσοστά ΜΘ ήταν υψηλότερα στις 8 εβδομάδες. Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 60% των γυναικών που πληρούσε τα κριτήρια συμμετοχής στην μελέτη δέχτηκε να πάρει μέρος.

Σε τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Laliberte και συν. (2016) που διεξήχθη σε δείγμα ευκολίας 306 μητέρων στον Καναδά και περιελάμβανε ενημερωτική-υποστηρικτική επίσκεψη στο τμήμα λεχωίδων σχετικά με τον ΜΘ 48 ώρες μετά το εξιτήριο, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της αυτοαποτελεσματικότητας καθώς και εκτίμηση των ποσοστών ΜΘ στις 2, 4 και 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου αναφορικά με τα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας και των ποσοστών του ΜΘ.

Στην συστηματική ανασκόπηση των Brockway και συν. τα ποσοστά θηλασμού καθορίστηκαν σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των Labbok και Krasovec (1990) και του ΠΟΥ (2010) ως εξής: α) αποκλειστικός θηλασμός (μόνο ανθρώπινο γάλα, απευθείας από το στήθος ή με άντληση) β) επικρατής θηλασμός (ανθρώπινο γάλα και άλλα υγρά συμπεριλαμβανομένης της φόρμουλας αλλά όχι περισσότερο από μία φιάλη ημερησίως) γ) μερικός θηλασμός (περισσότερο από μία φιάλη φόρμουλα ανά ημέρα, και δ) θηλασμός (το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα- περιλαμβάνοντας όλες τις προηγούμενες κατηγορίες), ενώ ενοποιήθηκαν ο επικρατής και ο μερικός ΜΘ σε μερικό ΜΘ.

Σε πιο πρόσφατη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή των Araban και συν. (2018) που διεξήχθη σε δείγμα 120 εγκύων χαμηλού κινδύνου στο Ιράν κατά την 35-37 εβδομάδα κύησης και αφορούσε την αξιολόγηση προγεννητικής παρέμβασης σχετικά με την αυτοαποτελεσματικότητα για το ΜΘ και την έκβαση του θηλασμού φάνηκε ότι στις 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης είχαν σημαντικά υψηλότερο επίπεδο αυτοαποτελεσματικότητας και ποσοστών αποκλειστικού ΜΘ ενώ δεν

παρατηρήθηκαν διαφορές στην διάρκεια του. Η παρέμβαση ήταν πολύπλευρη και περιελάμβανε δύο προγεννητικές ομαδικές συνεδρίες, πληροφοριακό υλικό με εικόνες θηλασμού και μηνύματα κειμένου μέχρι τις 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό.

Συμπερασματικά, όσον αφορά την αποτελεσματικότητα όλων των προαναφερομένων παρεμβάσεων σε σχέση με την αυτοαποτελεσματικότητα για τον ΜΘ φαίνεται ότι οι παρεμβάσεις ήταν επιτυχείς για την αυτοαποτελεσματικότητα κατά την έξοδο από το μαιευτήριο καθώς επίσης και στον 1ο και 2ο μήνα μετά τον τοκετό. Όσον αφορά την επίδραση των παρεμβάσεων στα ποσοστά του ΜΘ φαίνεται ότι στον 1ο και 2ο μήνα μετά τον τοκετό, οι μητέρες στην ομάδα παρέμβασης ήταν 1,56 και 1,66 φορές αντίστοιχα, πιο πιθανό να θηλάσουν σε σχέση τις μητέρες στην ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις δεν είχαν σημαντική επίδραση στον αποκλειστικό θηλασμό ή το μερικό θηλασμό. Οι παρεμβάσεις ήταν πιο επιτυχείς όταν ήταν επικεντρωμένες στην εκπαίδευση, κατά την περίοδο της λοχείας, με χώρους εφαρμογής τα νοσοκομεία και την κοινότητα, σε ευρεία συχνότητα, ενώ η υιοθέτηση των αρχών της θεωρίας της αυτοαποτελεσματικότητας στις παρεμβάσεις επέδρασε στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας των γυναικών, όχι όμως και στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού.

Βέβαια τονίστηκε από τους συγγραφείς της ανασκόπησης ότι η ποιότητα των μελετών ήταν χαμηλή και ως εκ τούτου τα αποτελέσματα θα πρέπει να ερμηνευτούν με προσοχή. Επιπλέον, οι συγγραφείς ανέφεραν ότι δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελετών για να αξιολογηθεί εάν ο χρόνος εκτέλεσης της παρέμβασης (προγεννητικά-μεταγεννητικά), η δομή στην οποία θα εφαρμοστεί ή η συχνότητα εκτέλεσης, σε συνδυασμό με τον τύπο παρέμβασης (εκπαίδευση ή υποστήριξη), είχαν αποτέλεσμα στα ποσοστά ΜΘ. Επιπλέον, όσον αφορά το μεθοδολογικό σχεδιασμό των προαναφερόμενων μελετών παρατηρείται ότι σε καμία μελέτη δεν χρησιμοποιήθηκε το pre-post test τόσο στην ομάδα παρέμβασης όσο και στην ομάδα ελέγχου και ο επανέλεγχος της BSE πραγματοποιούνταν μετά από 2-24 εβδομάδες από τον τοκετό (εκτός από τη μελέτη των Dodt και συν. 2015 όπου έγινε μέτρηση κατά το εξιτήριο χωρίς όμως να υπάρχει προμέτρηση).

Συνέπεια αυτών των μεθοδολογικών χαρακτηριστικών ήταν η μη εξασφάλιση της ομοιογένειας του δείγματος σε κάποιες μελέτες και το μεγάλο ποσοστό αποχώρησης από τη μελέτη λόγω του μεγάλου διαστήματος που μεσολαβούσε για τον επανέλεγχο, σε άλλες. Ακόμη, στις περισσότερες μελέτες η μέτρηση των ποσοστών του ΜΘ περιορίστηκε στις 12 εβδομάδες, εκτός από τις μελέτες των Bunik και συν. 2010 (όπου ναι μεν έγινε αξιολόγηση στους 6 μήνες, χωρίς όμως να υπάρχει προμέτρηση της BSE), των Ansari και συν. 2014 (όπου μετρήθηκε μόνο η αποκλειστικότητα στους 6 μήνες) και των Chan και συν. 2016

(όπου όμως το δείγμα ήταν μικρό και υπήρχε και μεγάλο ποσοστό αποχώρησης από την έρευνα). Επίσης, σχεδόν σε όλες τις μελέτες αξιολογήθηκαν παρεμβάσεις που υλοποιήθηκαν κατά την περίοδο της λοχείας.

Ως εκ τούτου, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καλύψει το βιβλιογραφικό κενό αξιολογώντας μία εκπαιδευτική παρέμβαση κατά την περίοδο της κύησης, με pre-post test σε δύο ομάδες (παρέμβασης και ελέγχου), εξασφαλίζοντας ομοιογένεια και κάνοντας επαναμέτρηση στις 3 μέρες μετά τον τοκετό (προκειμένου να εξασφαλισθεί μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής). Επιπλέον, η αξιολόγηση της έκβασης του ΜΘ υπολογίζεται να γίνει στους 6 μήνες και να αφορά όχι μόνο τη διάρκεια αλλά και την αποκλειστικότητα του ΜΘ. Δεδομένου λοιπόν του αναφερόμενου ελλείμματος στη βιβλιογραφία και του γεγονότος ότι στην Ελλάδα λειτουργούν σε αρκετές μαιευτικές μονάδες, δομές προγεννητικής εκπαίδευσης, που όμως δεν έχουν ποτέ στο παρελθόν αξιολογηθεί συστηματικά ως προς την επίδρασή τους στη διαμόρφωση της αυτοαποτελεσματικότητας των γυναικών και στην έκβαση του θηλασμού, κρίθηκε απαραίτητη η διενέργεια μελέτης, που να αφορά την αξιολόγηση μιας τέτοιας εκπαιδευτικής παρέμβασης, και που αναμένεται να συμβάλει στη διατύπωση αρχών όσον αφορά την έρευνα και την κλινική πράξη.

## **II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 4.1 Στόχος, σκοπός και επιμέρους σκοποί της μελέτης

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η ενίσχυση των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων δομών προγεννητικής εκπαίδευσης σχετικά με το μητρικό θηλασμό και ακολούθως η αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει εάν η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων στο θηλασμό, μέσω της παρακολούθησης προγραμμάτων προετοιμασίας για τη γονεϊκότητα, βελτιώνει το βαθμό αυτοαποτελεσματικότητάς τους στο θηλασμό και επιδρά στην έκβασή του (έναρξη, διάρκεια, τύπο θηλασμού).

Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι η προγεννητική εκπαίδευση στο ΜΘ θα βελτιώσει την αυτοαποτελεσματικότητα των θηλαζουσών και θα αυξήσει τα ποσοστά του.

Ως επιμέρους σκοποί της μελέτης ορίστηκαν οι κάτωθι:

1. Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των εγκύων της ομάδας παρέμβασης από το πρόγραμμα προγεννητικής εκπαίδευσης στο θηλασμό.
2. Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή της γνώσης των γυναικών σχετικά με το ΜΘ.
3. Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή της στάσης των γυναικών σχετικά με το ΜΘ.
4. Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας των μητέρων στο ΜΘ.
5. Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή των αντιλαμβανόμενων εμποδίων των μητέρων που σχετίζονται με το ΜΘ.
6. Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των μητέρων.
7. Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της γνώσης, της στάσης, της αυτοαποτελεσματικότητας, των αντιλαμβανόμενων εμποδίων και της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης.

8. Διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ των υπό μελέτη κλιμάκων.
9. Διερεύνηση για ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ μεταβολής της Κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας και της έκβασης του ΜΘ.
10. Διερεύνηση επιπλέον παραγόντων που συσχετίζονται με την έκβαση του ΜΘ.
11. Έλεγχος της εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου Breastfeeding Self-Efficacy Scale σε δείγμα εγκύων.
12. Έλεγχος της εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου IIFAS σε δείγμα εγκύων.

#### **4.2 Ερευνητικός σχεδιασμός**

Για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης ημι-πειραματικής μελέτης επιλέχθηκε ο σχεδιασμός Pretest-Posttest-Control-PPC μεταξύ άλλων ερευνητικών σχεδιασμών (Posttest Only With Control -POWC, Single-Group Pre-Post -SGPP). Στο σχεδιασμό PPC, οι συμμετέχοντες στη μελέτη κατανέμονται στις ομάδες παρέμβασης και ελέγχου και κάθε συμμετέχων αξιολογείται πριν και μετά την εφαρμογή της παρέμβασης (Cook & Campbell 1979). Αντιθέτως, στο σχεδιασμό POWC οι συμμετέχοντες των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου αξιολογούνται μόνο μετά την εφαρμογή της παρέμβασης. Κατά συνέπεια, προϋπάρχουσες διαφορές μεταξύ των ομάδων θα μπορούσαν τεχνητά να υπερτονίσουν ή να υποτιμήσουν τις διαφορές στο posttest, δημιουργώντας εύλογες υποψίες για τα αποτελέσματα από το σχεδιασμό POWC. Αντίθετα, ο σχεδιασμός PPC επιτρέπει τον έλεγχο προϋπαρχόντων διαφορών, επιτρέποντας εκτιμήσεις της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης ακόμη και όταν οι ομάδες παρέμβασης και ελέγχου δεν είναι ισοδύναμες (Cook & Campbell 1979, Morris & DeShon 2002). Ακόμη και σε πειραματικούς σχεδιασμούς, όπου οι προϋπάρχουσες διαφορές των ομάδων ελέγχονται μέσω τυχαίων κατανομών, υπάρχουν πλεονεκτήματα με το σχεδιασμό της PPC. Το γεγονός ότι η χρήση επαναλαμβανόμενων μετρήσεων κατά την PPC επιτρέπει σε κάθε άτομο να χρησιμοποιηθεί και ως έλεγχός του, αυξάνεται η ισχύς και η ακρίβεια των στατιστικών δοκιμών (Hunter & Schmidt 2004).

Στο σχεδιασμό Single-Group Pre-Post (SGPP) όπου δεν περιλαμβάνεται ομάδα ελέγχου οι εκτιμήσεις της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων ενδέχεται να συγχέονται με άλλους παράγοντες ανεξάρτητους από την παρέμβαση που όμως προκαλούν αλλαγές στην έκβαση. Ο σχεδιασμός PPC ελέγχει αυτούς τους συγχυτικούς παράγοντες συγκρίνοντας την αλλαγή πριν και μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης, με την αλλαγή που

πραγματοποιήθηκε στην ομάδα ελέγχου που δεν συμμετείχε στην παρέμβαση (Morris 2008, Ann Bowling 2014).

#### 4.2.1. Χώρος μελέτης

Η μελέτη διεξήχθη στη μεγαλύτερη μαιευτική κλινική στην Ελλάδα με περισσότερους από 4.000 τοκετούς το χρόνο και πληθυσμό από όλη τη χώρα, ώστε το δείγμα των εγκύων να εξασφαλίζει την ευρύτερη δυνατή αντιπροσωπευτικότητα. Το συγκεκριμένο νοσοκομείο παρέχει την δυνατότητα προγεννητικής εκπαίδευσης που διενεργείται από εξειδικευμένη μαία, στο χώρο των Εξωτερικών Μαιευτικών Ιατρείων. Το σύνολο της εκπαίδευσης περιλαμβάνει 6-7 συνεδρίες που αφορούν την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη λοχεία. Μέρος αυτού του εκπαιδευτικού προγράμματος αποτελεί μια 4ωρη συνεδρία που αφορά το ΜΘ.

#### 4.2.2 Δείγμα μελέτης-Ανάλυση ισχύος

Η μεθοδολογία της ανάλυσης ισχύος περιλαμβάνει ένα σχέδιο με δυο ομάδες (παρέμβασης και έλεγχου) για τις μεταξύ αυτών συγκρίσεις (between subject factor) και επιπλέον μετρήσεις στο χρόνο (within-subjects factor of time). Για αυτό το σχεδιασμό 100 συμμετέχοντες ανά ομάδα αποδίδουν ισχύ 95% για τις μεταξύ των ομάδων συγκρίσεις με μέγεθος ισχύος 0,24. Επίσης, αποδίδουν 95% ισχύ για τις χρονικές συγκρίσεις με μέγεθος ισχύος 0,13 και 99% ισχύ για τον όρο αλληλεπίδρασης (διαφορές στο χρόνο μεταξύ των ομάδων) με μέγεθος ισχύος 0,15.

Συνεπώς, οι συμμετέχουσες σε αυτή τη μελέτη ήταν συνολικά 203 έγκυες που επισκέφθηκαν τα Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου στην Αθήνα την περίοδο μεταξύ Απριλίου 2016- Δεκεμβρίου 2016.

Η προσέλκυση των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο 2016 έως το Σεπτέμβριο 2016. Σύμφωνα με το Μερκούρη (2008), στην έρευνα που πραγματοποιείται στο πεδίο της νοσηλευτικής είναι εξαιρετικά δύσκολο να κατορθώσουμε να έχουμε απόλυτα τυχαία δειγματοληψία καθώς ακόμα και από το γεγονός ότι χρειάζεται οι συμμετέχοντες στη έρευνα να συναινέσουν για τη συμμετοχή τους και ως εκ τούτου κάποιοι αρνούνται, αυτό καθιστά την δειγματοληψία μη τυχαία. Κατά την περίοδο διαλογής, 130 έγκυες που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, αφού ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της καθώς και για την συμμετοχή τους στην εκπαιδευτική παρέμβαση. Από αυτές, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 103 έγκυες (ποσοστό ανταπόκρισης 80 %).

Η προσέλευση των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου πραγματοποιήθηκε από τον Οκτώβριο 2016 έως το Δεκέμβριο 2016. Κατά την περίοδο διαλογής 110 έγκυες που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη, αφού ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της. Από αυτές, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 100 (ποσοστό ανταπόκρισης 91%). Οι λόγοι μη συμμετοχής που ανέφεραν οι συμμετέχουσες και των δύο ομάδων αφορούσαν κυρίως την έλλειψη χρόνου και προσωπικούς λόγους.

Τα κριτήρια που έπρεπε να πληρούνται προκειμένου να συμμετάσχουν οι έγκυες στην έρευνα ήταν: α) να είναι σε θέση να κατανοήσουν την ελληνική γλώσσα, ώστε να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, β) να είναι άνω των 18 ετών γ) να έχουν εγκυμοσύνη > 32 εβδομάδων και δ) να είναι πρωτότοκες.

#### 4.2.3 Ψυχομετρικά εργαλεία- Ερωτηματολόγια

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των εξής εργαλείων (Παράρτημα 2):

1. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων και ιστορικού της εγκυμοσύνης, κατασκευασμένο από την ερευνήτρια.
2. Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας Για Το ΜΘ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF) της Dennis (2003).
3. Κλίμακα Στάσης της Αιόβα για τη Νεογνική Διατροφή (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS) του De la Mora (1998).
4. Ερωτηματολόγιο για την Επιλόχεια Κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) των Cox και συν. (1987).
5. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων σχετικά με τον ΜΘ (Breast Feeding Knowledge Questionnaire) των Hala και συν. (2013).
6. Ερωτηματολόγιο Για Τα Αντιληπτά Εμπόδια Του ΜΘ (Perceived Breastfeeding Barriers Questionnaire) των Hala και συν.(2013).
7. Κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Μόνο για την ομάδα παρέμβασης)
8. Ερωτηματολόγιο μαιευτικού ιστορικού, κατασκευασμένο από την ερευνήτρια.
9. Ερωτηματολόγιο Δεικτών μητρικού θηλασμού, κατασκευασμένο από την ερευνήτρια.

Όσον αφορά στον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων η διαδικασία ακολουθήθηκε ως εξής:



- τα ερωτηματολόγια 1,2,3,4,5,6,7 που αφορούσαν τη διερεύνηση: των κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων και ιστορικού της εγκυμοσύνης, της αυτό-αποτελεσματικότητας για το ΜΘ, της στάσης για το ΜΘ, της ψυχικής κατάστασης, της γνώσης για το ΜΘ, της αντίληψης των εμποδίων για το ΜΘ, καθώς και του βαθμού ικανοποίησης από το εκπαιδευτικό μάθημα, συμπληρώθηκαν από τις ίδιες τις συμμετέχουσες.
- το ερωτηματολόγιο 8 που αφορούσε το μαιευτικό ιστορικό συμπληρώθηκε από την ερευνήτρια, κατά την παραμονή των συμμετεχουσών στο μαιευτήριο.
- το ερωτηματολόγιο 9 συμπληρώθηκε είτε από την ερευνήτρια κατά τη διάρκεια τηλεφωνικής συνέντευξης είτε από τις ίδιες τις συμμετέχουσες με τη χρήση ηλεκτρονικής πλατφόρμας.

#### *4.2.3.1. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων/ ιστορικό εγκυμοσύνης*

Το Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια και περιλαμβάνει δημογραφικά και κοινωνικά δεδομένα, προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με το ΜΘ, την πρόθεση για ΜΘ και θέματα που αφορούν το ιστορικό, τις συνήθειες και τον τρόπο ζωής της εγκύου.

#### *4.2.3.2. Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας Για Το ΜΘ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF)*

Η Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας Για Το ΜΘ (Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form, BSES-SF) της Dennis (2003), αναφέρεται στην αντιλαμβανόμενη ικανότητα της μητέρας να θηλάσει το νεογέννητο και είναι μια σημαντική μεταβλητή για τη διάρκεια του θηλασμού, καθώς προβλέπει: (1) αν μια μητέρα επιλέγει να θηλάσει ή όχι (2) πόση προσπάθεια σκοπεύει να καταβάλει (3) αν έχει σκέψεις αυτοενίσχυσης ή ηττοπάθειας και (4) πώς θα ανταποκριθεί συναισθηματικά στις δυσκολίες του θηλασμού. (Dennis 1999, Blyth και συν. 2002).

Η Dennis ανέπτυξε τη Θεωρία της Αυτοαποτελεσματικότητας του Θηλασμού ενσωματώνοντας την Κοινωνική Γνωστική Θεωρία του Bandura (1977) και την αντίστοιχη Κλίμακα Αυτοαποτελεσματικότητας του Θηλασμού. Η αρχική κλίμακα είχε 33 ερωτήσεις, ωστόσο, με τη χρήση της στατιστικής μειώθηκε σε 14. Η εκτίμηση αξιοπιστίας της κλίμακας BSES-SF, η οποία έγινε με τον συντελεστή Cronbach alpha και τον υπολογισμό του βαθμού

συσχέτισης κάθε ερώτησης-μεταβλητής με το συνολικό άθροισμα, έδειξε άριστη εσωτερική συνοχή (Dennis 2003). Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ - σε σύντομη μορφή - είναι ένα εξαιρετικό εργαλείο μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας για το ΜΘ και θεωρείται έτοιμο για κλινική χρήση. Μπορεί (α) να χρησιμοποιηθεί ως αναγνωριστικό εργαλείο για τις μητέρες που είναι πιθανό να επιτύχουν στο θηλασμό, καθώς και για εκείνες που είναι υψηλού κινδύνου για να τον διακόψουν, (β) να παρέχει σημαντικές πληροφορίες για να εξασφαλίζεται η ανταπόκριση των παρεμβάσεων γ) να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αξιολόγησης για τον προσδιορισμό των τομέων που θα πρέπει να επικεντρωθεί η κλινική πρακτική και δ) να καθορίσει την αποτελεσματικότητα διαφόρων τύπων υποστηρικτικών παρεμβάσεων. Ξεκινώντας από τη φράση "μπορώ πάντα", το BSES-SF περιλαμβάνει μια κλίμακα Likert πέντε βαθμών όπου 1 = "καθόλου σίγουρη" και τελειώνει με 5 = "πολύ σίγουρη". Μεγαλύτερες βαθμολογίες υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας του θηλασμού (Dennis 2003).

Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί κατά κύριο λόγο στη λοχεία (Wutke & Dennis 2007, Zubaran και συν. 2010, Eksioglu & Ceber 2011, Oliver-Roig και συν. 2012, Pavicic Bosnjak και συν. 2012, McQueen, Montelpare, & Dennis 2013, Petrozzi & Gagliardi 2016), με μερικές μελέτες (Creedy και συν. 2003, Οριά και συν. 2009, Tocat και συν. 2010, Saljughι και συν. 2016) να αποδεικνύουν την προβλεπτική εγκυρότητα της κλίμακας κατά την εγκυμοσύνη.

#### 4.2.3.3. Κλίμακα Στάσης της Αιόβα για την Νεογνική Διατροφή(*The Iowa Infant Feeding Attitude Scale, IIFAS*) των Mora και συν. (1999)

Η κλίμακα στάσης της Αιόβα για την Νεογνική Διατροφή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της στάσης απέναντι στις διαφορετικές μεθόδους σίτισης του νεογνού και για την πρόβλεψη της πρόθεσης και της έναρξης του ΜΘ σε έγκυες και λεχώνες καθώς και την διάρκεια του ΜΘ σε θηλάζουσες (Mora και συν. 1999). Σύμφωνα με τους Twells και συν. (2016), το εργαλείο αυτό θα μπορούσε επίσης να χρησιμοποιηθεί για την κατάταξη των μητέρων σχετικά με την πιθανότητα να θηλάσουν, για την εκτίμηση των μεταβολών της συμπεριφοράς με την πάροδο του χρόνου και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων προώθησης του ΜΘ.

Η κλίμακα σχεδιάστηκε για να καλύψει διάφορες διαστάσεις της νεογνικής σίτισης. Για παράδειγμα, κάποιες ερωτήσεις αφορούν το κόστος της σίτισης (π.χ " η σίτιση με τροποποιημένο γάλα είναι πιο ακριβή από το ΜΘ"), τη διατροφή (π.χ "το μητρικό γάλα είναι

η ιδανική τροφή για τα μωρά"), την διευκόλυνση (π.χ " ο ΜΘ εμπλέκεται στη σεξουαλική σχέση του ζευγαριού") και το δέσιμο με το μωρό (π.χ" ο ΜΘ ενισχύει το δεσμό μητέρας-νεογνού"). Οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μία κλίμακα διαβάθμισης 5 σημείων τύπου Likert: Διαφωνώ Απόλυτα (βαθμολογία score=1), Διαφωνώ (βαθμολογία score=2), Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ/Ουδέτερη στάση (βαθμολογία score=3), Συμφωνώ (βαθμολογία score=4), Συμφωνώ Απόλυτα (βαθμολογία score=5). Η κλίμακα αποτελείται από 17 ερωτήσεις με μισές σχεδόν ερωτήσεις να είναι διατυπωμένες κατά τρόπο ευνοϊκό για το θηλασμό και οι άλλες μισές κατά τρόπο ευνοϊκό για το τροποποιημένο γάλα και για αυτό βαθμολογούνται αντίστροφα. Η ανώτερη βαθμολογία που αντικατοπτρίζει θετικότερες στάσεις για το ΜΘ είναι 85 ενώ η κατώτερη είναι 17. Η κλίμακα PIFAS αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο αξιολόγησης των στάσεων των μητέρων απέναντι στους τρόπους σίτισης των νεογνών, με το δείκτη Cronbach alpha να κυμαίνεται από .85 έως .86 (Mora και συν. 1999).

#### *4.2.3.4. Κλίμακα του Εδιμβούργου για την επιλόχεια κατάθλιψη (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) των Cox και συν. (1987)*

Η κλίμακα του Εδιμβούργου για την Επιλόχεια κατάθλιψη χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της λοχείας για την ανίχνευση συμπτωμάτων κατάθλιψης (Murray & Cox, 1990). Δεν αποτελεί διαγνωστικό εργαλείο και πάντα θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με κλινική εκτίμηση. Αποτελείται από 10 αυτοσυμπληρούμενες ερωτήσεις που αναφέρονται σε συνήθη καταθλιπτικά συμπτώματα και η ερωτώμενη απαντά σύμφωνα με το πως αυτή αισθάνεται τις τελευταίες 7 ημέρες. Τα συμπτώματα που αναφέρονται είναι: ανικανότητα του ατόμου να γελάσει και να προσβλέπει στο να συμβούν γεγονότα με ενθουσιασμό, η άσκοπη αυτοκατηγορία, η ανησυχία, ο φόβος, ο πανικός, η ανικανότητα συνεργασίας, η δυσκολία στον ύπνο, η λύπη, το κλάμα και οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται σε μια διαβαθμισμένη κλίμακα από 0-3, με την κατώτερη και ανώτερη συνολική βαθμολογία να κυμαίνεται από 0-30 αντίστοιχα (Cox και συν. 1987). Η ελληνική έκδοση που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή τη μελέτη έχει επικυρωθεί και έχει αποδείξει μεγάλη εσωτερική συνάφεια (*Cronbach's alpha=0.804 and Guttman split-half coefficient 0.742*), σε μελέτη των Vivilaki και συν. (2009).

#### *4.2.3.5. Ερωτηματολόγιο Γνώσεων για το ΜΘ (Breast Feeding Knowledge Questionnaire) των Hala και συν. (2013).*

Το ερωτηματολόγιο γνώσης για το θηλασμό αναπτύχθηκε από τους Hala και συν. (2013) με βάση προηγούμενες έρευνες που είχαν παρόμοιους στόχους (Sobti και συν. 2002, Brodribb και συν. 2008, Ghada & Ghada 2012). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις σχετικές με τα οφέλη του θηλασμού σε βρέφη και μητέρες. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις γνώσης κατηγοριοποιούνται ως σωστές ή λανθασμένες. Για κάθε σωστή απάντηση δίνεται η βαθμολογία ενός (1) βαθμού. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται με το άθροισμα των επιμέρους βαθμολογιών των 15 ερωτήσεων γνώσης. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 1-15, με την υψηλότερη βαθμολογία να δηλώνει μεγαλύτερη γνώση. Η εγκυρότητα του περιεχομένου του Ερωτηματολογίου Γνώσεων για το Θηλασμό έχει επικυρωθεί από τρεις ειδικούς (Hala και συν. 2013).

#### *4.2.3.6. Ερωτηματολόγιο Αντιλαμβανόμενων Εμποδίων για το ΜΘ (The Perceived Breast Feeding Barriers Questionnaire) των Hala και συν. (2013).*

Το Ερωτηματολόγιο για τα Αντιλαμβανόμενα Εμπόδια για το ΜΘ αναπτύχθηκε από τους Hala και συν. (2013). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 18 ερωτήσεις, οι οποίες σύμφωνα με τους συγγραφείς επελέγησαν με βάση τα πιο αναγνωρισμένα εμπόδια ΜΘ που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τις μεμονωμένες βαθμολογίες. Τα υψηλά ποσοστά υποδεικνύουν περισσότερα εμπόδια που εντοπίστηκαν από τις μητέρες. Η εγκυρότητα του περιεχομένου του Ερωτηματολογίου Αντιλαμβανόμενων Εμποδίων για το ΜΘ έχει επικυρωθεί από τρεις ειδικούς. Η εκτίμηση της αναγνωσιμότητας, της αξιοπιστίας και της πολιτισμικής στάθμησης αυτών των δύο ερωτηματολογίων μελέτης έγινε από μια πιλοτική μελέτη από τους Hala και συν. (2013).

#### *4.2.3.7 Κλίμακα μέτρησης ικανοποίησης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα (Satisfaction with the Educational Programme Scale) των Chien και συν. (2008).*

Το ερωτηματολόγιο μέτρησης ικανοποίησης για το εκπαιδευτικό πρόγραμμα σχεδιάστηκε από τους Chien και συν. (2008). Η κλίμακα αποτελείται από 7 ερωτήσεις και οι απαντήσεις κυμαίνονται σε μία κλίμακα διαβάθμισης 7 σημείων τύπου Likert, με τα υψηλότερα σκορ να δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και με δείκτη Cronbach's alpha 0.85 (Chien 2008). Στη συγκεκριμένη κλίμακα προστέθηκαν από την ερευνήτρια 3 επιπλέον ανοιχτές ερωτήσεις: "Έχετε διατηρήσει κάποια μορφή επικοινωνίας με άλλες μητέρες που γνωρίσατε στα

μαθήματα;"; "Εάν ναι, πιστεύετε ότι αυτό σας βοήθησε να αντιμετωπίσετε καλύτερα τις πρώτες δυσκολίες κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό;"; "Εάν επιθυμείτε μπορείτε να κάνετε κάποιες προτάσεις σχετικά με τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού."

#### 4.2.3.8 Ερωτηματολόγιο μαιευτικού ιστορικού, νεογνικής διατροφής και υποστήριξης

Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια και περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικές με τον τοκετό, τον τρόπο σίτισης του νεογνού κατά την παραμονή του στο μαιευτήριο καθώς και την υποστήριξη που δέχτηκε η θηλάζουσα από τους επαγγελματίες υγείας και το συγγενικό της περιβάλλον.

#### 4.2.3.9 Ερωτηματολόγιο δεικτών μητρικού θηλασμού

Το ερωτηματολόγιο αποτυπώνει την διάρκεια και τον τύπο ΜΘ έως τους 6 μήνες καθώς και τους λόγους τυχόν διακοπής του. Επιπλέον, διερευνάται η χρήση πιπίλας και το κάπνισμα, στους 6 μήνες.

#### 4.2.4 Μετάφραση ερωτηματολογίων

Προκειμένου να διατηρηθεί η σημασιολογική ισοδυναμία με την αρχική έκδοση, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της διπλής κατευθύνσεως (forward –back translation) για τα ερωτηματολόγια *IIFAS*, *Breast Feeding Knowledge Questionnaire*, *Perceived Breast Feeding Barriers Questionnaire* και *SEPS*. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μετάφραση των ερωτηματολογίων από την αγγλική γλώσσα στην ελληνική, από επαγγελματία μεταφραστή. Στη συνέχεια, ο ερευνητής και η επιβλέπουσα της διατριβής έκαναν τις απαραίτητες τροποποιήσεις ώστε να επιτευχθεί η πολιτισμική προσαρμογή. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε μετάφραση από την ελληνική εκδοχή στην αγγλική, από άλλον επαγγελματία μεταφραστή. Μετά από αυτή τη διαδικασία, ο ερευνητής και ο επιβλέπων καθηγητής συνέκριναν τις δύο αγγλικές εκδοχές για τον έλεγχο της αξιοπιστίας της μετάφρασης. Παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρξαν αξιοσημείωτες διαφορές.

Η ελληνική μεταφρασμένη έκδοση των κλιμάκων *BSES* και *EPDS* δόθηκε από τους Dennis και Vivilaki και συν. (2009), αντίστοιχα.

#### 4.2.5 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα δεδομένα της μελέτης έχουν συλλεγεί σε 3 φάσεις (Πίνακας 4.1.) που διήρκεσαν συνολικά 15 μήνες (Απρίλιος 2016- Ιούνιος 2017):

- στη Φάση 1, (χρονική φάση T1), (Απρίλιος 2016 - Δεκέμβριος 2016), συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια 1,2,3,4,5,6, ενώ στη Φάση 1, (χρονική φάση T2), (Απρίλιος 2016 - Δεκέμβριος 2016), συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια 2,3,4,5,6,7
- στη Φάση 2, (χρονική φάση T3), (Ιούνιος 2016 - Ιανουάριος 2017), συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια 2,3,4,6,8
- στη Φάση 3, (χρονική φάση T4), (Νοέμβριος 2016- Ιούνιος 2017), συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο 9.

##### Φάση 1:

Όσον αφορά στην ομάδα παρέμβασης συμμετείχαν τελικά 103 έγκυες. Η ενημέρωση σχετικά με τους σκοπούς και τη διαδικασία της έρευνας δίδονταν από την ίδια την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά, με τη χορήγηση εντύπου ενημέρωσης και συναίνεσης κατά την παραμονή τους στα EMI. Τα ερωτηματολόγια δίδονταν σε ατομικό φάκελο και συμπληρώνονταν από τις συμμετέχουσες δύο φορές, στο χώρο όπου θα λάμβαναν την παρέμβαση. Η πρώτη φορά (χρονική στιγμή T1), ήταν πριν την παρακολούθηση του μαθήματος για το ΜΘ και η δεύτερη φορά (χρονική στιγμή T2) ήταν μία εβδομάδα μετά και πριν την έναρξη του επόμενου μαθήματος. Η ερευνήτρια ήταν πάντα παρούσα σε αυτή τη διαδικασία προκειμένου να παράσχει τις απαραίτητες διευκρινήσεις για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και να διασφαλίσει την ορθή τήρηση της διαδικασίας.

Όσον αφορά στην ομάδα ελέγχου συμμετείχαν τελικά 100 έγκυες. Η διαδικασία της ενημέρωσης και συναίνεσης για την έρευνα ήταν ίδια με αυτή που ακολουθήθηκε για την ομάδα παρέμβασης. Τα ερωτηματολόγια δίδονταν στις συμμετέχουσες δύο φορές. Την πρώτη φορά (χρονική στιγμή T1) δίδονταν σε ατομικό φάκελο και συμπληρώνονταν κατά την διάρκεια της παραμονής τους στα Τακτικά Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία του νοσοκομείου για τον συνήθη προγραμματισμένο τους έλεγχο και τη δεύτερη φορά (χρονική στιγμή T2) συμπληρώνονταν μία εβδομάδα αργότερα, μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας, αφού η ερευνήτρια είχε ενημερώσει σχετικά τις συμμετέχουσες κατά την χρονική στιγμή T1.

Η διαδικασία τροποποιήθηκε στην ομάδα ελέγχου ως προς τη συλλογή των δεδομένων τη χρονική στιγμή T2 καθώς δεν υπήρχε η δυνατότητα να προσέλθουν οι έγκυες στο μαιευτήριο μια εβδομάδα αργότερα, όπως έγινε με την ομάδα παρέμβασης. Μία επιπλέον διαφοροποίηση της ομάδας ελέγχου ήταν ότι οι συμμετέχουσες δεν συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 7 που αφορούσε την ικανοποίησή τους από τη συμμετοχή τους στο εκπαιδευτικό πρόγραμμα, λόγω του γεγονότος ότι οι συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου δεν συμμετείχαν στην παρέμβαση. Αντ' αυτού απάντησαν σε δύο ανοικτές ερωτήσεις: *"Πιστεύετε ότι θα σας βοηθούσε να λύσετε απορίες σχετικά με το θηλασμό εάν είχατε παρακολουθήσει μαθήματα ανώδυνου τοκετού;"*, *"Για ποιό λόγο δεν παρακολουθήσατε μαθήματα ανώδυνου τοκετού;"*

#### Φάση 2:

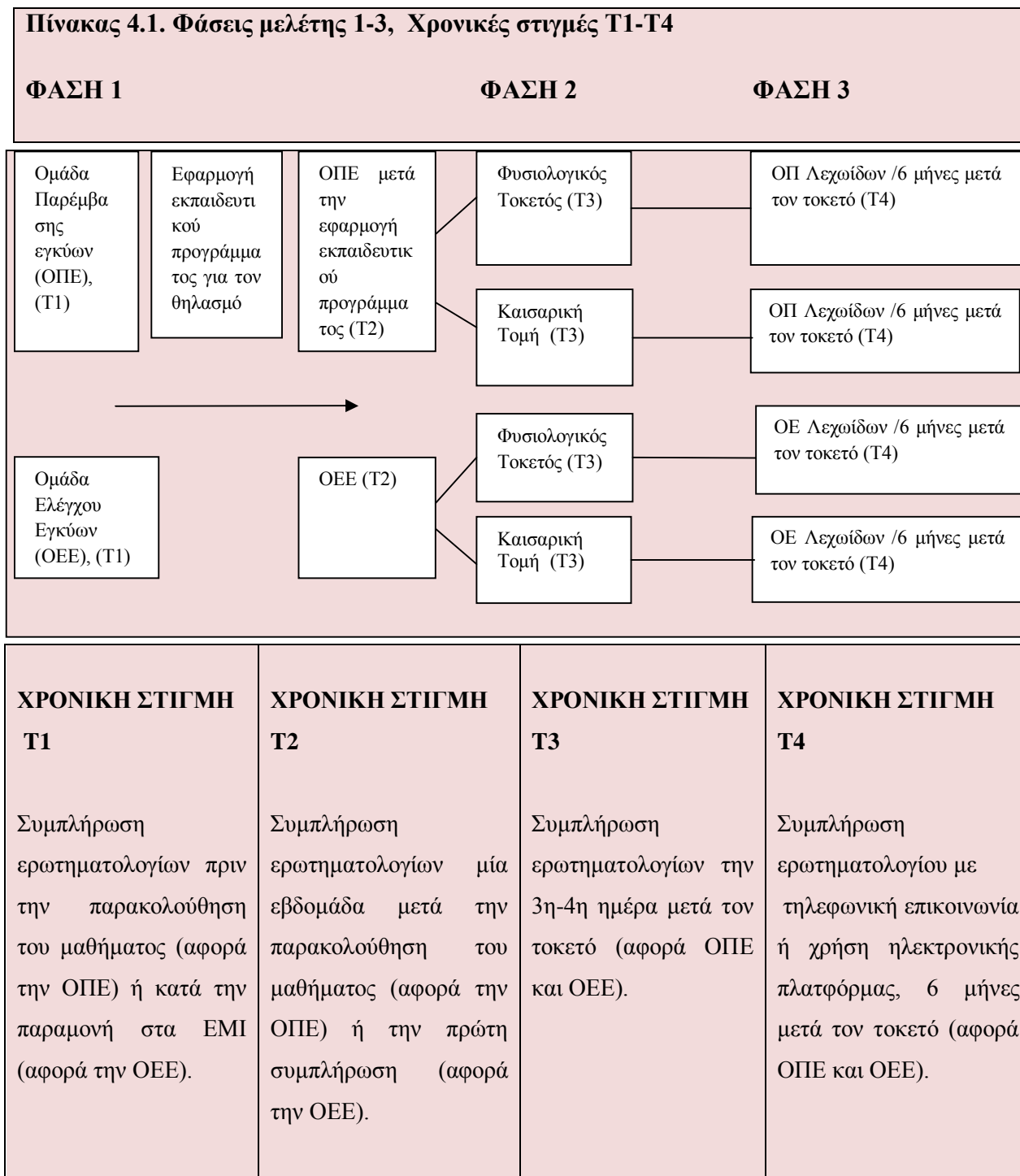
Κατά την διάρκεια της 2ης φάσης, τόσο η ομάδα παρέμβασης όσο και η ομάδα ελέγχου συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια την 3η-4η ημέρα μετά τον τοκετό, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο (χρονική στιγμή T3). Η ερευνήτρια με καθημερινή επίσκεψη της στις κλινικές λεχωίδων του μαιευτηρίου έλεγχε τις εισαγωγές, εντόπιζε το δείγμα της, χορηγούσε η ίδια τα ερωτηματολόγια μέσα σε φάκελο που περιείχε στυλό και τα παραλάμβανε συμπληρωμένα. Οι μητέρες είτε συμπλήρωναν και παρέδιδαν τα ερωτηματολόγια στην ερευνήτρια την ίδια ημέρα είτε τα παρέδιδαν στην ερευνήτρια ή στην προϊσταμένη του τμήματος, μέσα σε κλειστό φάκελο, την επόμενη ημέρα.

#### Φάση 3:

Κατά τη διάρκεια της 3ης φάσης, η ερευνήτρια μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με την μητέρα 6 μήνες μετά από τον τοκετό της (χρονική στιγμή T4) και λαμβάνοντας υπόψη την προτίμησή της, είτε έστελνε το ερωτηματολόγιο ηλεκτρονικά προκειμένου αυτή να το συμπληρώσει μέσω πλατφόρμας ή το συμπλήρωνε η ίδια κατά την τηλεφωνική επικοινωνία που είχε μαζί της. Με αυτό τον τρόπο το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 100%.

Η ενεργός συμμετοχή της ερευνήτριας σε όλες τις φάσεις της ερευνητικής διαδικασίας συνετέλεσε στο υψηλό ποσοστό διατήρησης των συμμετεχόντων στην μελέτη. Η διατήρηση των συμμετεχόντων στην ερευνητική διαδικασία είναι ζωτικής σημασίας, δεδομένων των προκλήσεων που αντιμετωπίζονται εξ αρχής, κατά την προσέλευσή τους. Άλλωστε, είναι γενικά αποδεκτό ότι, η εγκυρότητα μίας μελέτης περιορίζεται σημαντικά, όταν αυτή χάνει περισσότερο από το 20 τοις εκατό των συμμετεχόντων της (Schulz και Grimes, 2002).

**Πίνακας 4.1. Φάσεις μελέτης 1-3, Χρονικές στιγμές T1-T4**



#### 4.2.6. Περιγραφή εκπαιδευτικής παρέμβασης για το ΜΘ

Η τετράωρη εκπαίδευση για το ΜΘ πραγματοποιούνταν κατά την 4 ή 5 κατά σειρά συνεδρία του συνολικού προγράμματος προγεννητικής εκπαίδευσης. Κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης, εξειδικευμένη μαία παρείχε πληροφορίες σχετικά με: τη βασική ανατομία του



μαστού και τη φυσιολογία της παραγωγής γάλακτος, τα οφέλη του μητρικού γάλακτος για το μωρό και τη μητέρα, τη σημασία της επαφής δέρμα με δέρμα κατά την πρώτη ώρα και μετά, την εγκατάσταση του θηλασμού και την κατανόηση του μηχανισμού παραγωγής και παροχής γάλακτος, την σωστή τοποθέτηση του μωρού στο στήθος και τις στάσεις θηλασμού, το ρόλο του πατέρα στο ΜΘ, τις παρερμηνείες και τους μύθους που σχετίζονται με το ΜΘ, την επίλυση συνήθων προβλημάτων και ανησυχιών. Όλες οι γυναίκες ενθαρρύνονταν να εκφράσουν τις προσωπικές τους ανησυχίες και να τις συζητήσουν με τη μαία και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Γυναίκες που είχαν ήδη θηλάσει στο παρελθόν, και παρευρίσκονταν στην ομάδα, μοιράζονταν τις εμπειρίες τους με τις νέες μητέρες και ανατροφοδοτούσαν τη συζήτηση, δημιουργώντας ένα πλαίσιο στήριξης. Οι μέθοδοι διδασκαλίας περιελάμβαναν διδακτική παρουσίαση, βίντεο - προβολή επιτυχών θηλασμών, ομαδικές συζητήσεις και χρήση κούκλων και μοντέλων στήθους για αναπαράσταση των στάσεων θηλασμού. Το περιεχόμενο και η φιλοσοφία του μαθήματος ήταν προσαρμοσμένο στα "10 Βήματα" και τις θεμελιώδεις αρχές της Πρωτοβουλίας για τα Φιλικά προς τα Βρέφη Νοσοκομεία του ΠΟΥ, καθώς το νοσοκομείο βρίσκεται στη διαδικασία πιστοποίησης ως Φιλικό προς τα Βρέφη.

#### 4.2.7 Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Α "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" ενέκρινε το πρωτόκολλο διεξαγωγής της έρευνας στα Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία, στο Τμήμα Ψυχοπροφυλακτικής και στα τμήματα Λεχωίδων του Νοσοκομείου στην 6η/ 20.04.2016 Συνεδρίαση (Παράρτημα 1).

Για την χρήση των ερωτηματολογίων που ήταν ήδη μεταφρασμένα (BSES-SF, η μεταφρασμένη έκδοση του στην ελληνική γλώσσα δόθηκε από την κατασκευάστριά του) ή μεταφρασμένα και σταθμισμένα (EPDS, η ελληνική μεταφρασμένη έκδοση της κλίμακας δόθηκε από τους Vivilaki και συν.) στον Ελληνικό πληθυσμό ζητήθηκε άδεια χρήσης από τους ερευνητές που έκαναν την μετάφραση ή/και στάθμιση των ερωτηματολογίων (Παράρτημα 1). Όσον αφορά τη μετάφραση και στάθμιση των ερωτηματολογίων που δεν είχαν μεταφραστεί και σταθμιστεί στα Ελληνικά (IFAS, The Breast Feeding Knowledge Questionnaire, The Perceived Breast Feeding Barriers Questionnaire, SEPS) δόθηκε σχετική γραπτή άδεια από τους δημιουργούς τους (Παράρτημα 1).

Η ενημέρωση σχετικά με τους σκοπούς και την διαδικασία της έρευνας δινόταν από την ίδια την ερευνήτρια προφορικά και γραπτά, με τη χορήγηση εντύπου ενημέρωσης και συναίνεσης κατά την παραμονή των εγκύων στα ΕΜΙ (Παράρτημα 3). Συγκεκριμένα, η περιγραφή της

διαδικασίας αφορούσε την λεπτομερή καταγραφή των φάσεων της έρευνας και της συμμετοχής των εγκύων με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων, την συνοπτική περιγραφή του περιεχομένου των ερευνητικών εργαλείων καθώς και τη διαβεβαίωση σχετικά με τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, το απόρρητο της διαδικασίας και την δυνατότητα αποχώρησης από την έρευνα σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή.

#### 4.2.8 Στατιστική ανάλυση

Οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών.

Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test ή το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσοτέρων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni σύμφωνα με την οποία το επίπεδο σημαντικότητας είναι  $0,05/k$  ( $k$ = αριθμός των συγκρίσεων). Η ανάλυση διασποράς για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις (ANOVA) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να ελεγχθούν διαφορές στις μετρήσεις μεταξύ των ομάδων αλλά και χρονικά. Επίσης, με την ανωτέρω μέθοδο εκτιμήθηκε εάν ο βαθμός μεταβολής στο χρόνο των υπό μελέτη παραμέτρων ήταν διαφορετικός μεταξύ των δυο ομάδων.

Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ), με συσχέτιση χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης ( $\beta$ ) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE).

Για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τον αποκλειστικό θηλασμό έγινε ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης (logistic regression analysis) με τη

διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) και προέκυψαν σχετικοί λόγοι (Odds ratio) με τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης τους (95% ΔΕ).

Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's-α. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το δείγμα αποτελείται από 203 γυναίκες, οι 100 από τις οποίες (49,3%) αποτελούν την ομάδα ελέγχου και οι υπόλοιπες 103 την ομάδα παρέμβασης (50,7%). Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.1.) δίνονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.1.** Κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα

	Ομάδα		P
	Ελέγχου (N=100)	Παρέμβασης (N=103)	
	N (%)	N (%)	
<b>Ηλικία, μέση τιμή (SD)</b>	32,3 (5,4)	33,4 (3,8)	0,094 <sup>+</sup>
<b>BMI (πριν την κήση), μέση τιμή (SD)</b>	23,2 (4,7)	23 (3,1)	0,720 <sup>+</sup>
<b>BMI (τώρα), μέση τιμή (SD)</b>	27,0 (5,1)	26,0 (3,6)	0,107 <sup>+</sup>
<b>Τόπος μόνιμης κατοικίας</b>			
Αστική περιοχή	80 (84,2)	95 (93,1)	0,120*
Ημιαστική περιοχή	8 (8,4)	5 (4,9)	
Αγροτική περιοχή	7 (7,4)	2 (2,0)	
<b>Εθνικότητα</b>			
Ελληνική	94 (94,0)	100 (97,1)	0,234**
Άλλη	6 (6,0)	3 (2,9)	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>			
Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	46 (46,0)	40 (38,8)	0,557*
ΑΕΙ	35 (35,0)	39 (37,9)	
Μεταπτυχιακό	19 (19,0)	24 (23,3)	
<b>Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>			
<800ευρώ	29 (29,9)	28 (30,1)	0,230*
800-1500ευρώ	24 (24,7)	26 (28,0)	
>1500ευρώ	22 (29,3)	39 (41,9)	
<b>Εργασία μητέρας</b>	48 (49,5)	54 (65,1)	<b>0,036*</b>
<b>Διάστημα άδειας μετά τον τοκετό, μέση τιμή (SD)</b>	5,2 (3)	7,8 (4,2)	<b>0,001<sup>+</sup></b>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			
Έγγαμη/ Συμβίωση	89 (89,0)	93 (90,3)	0,589**
Άγαμη/ Διαζευγμένη	11 (11,0)	10 (9,7)	
<b>Ηλικία πατέρα</b>	35,6 (6,0)	36,8 (4,5)	0,090 <sup>+</sup>
<b>Σχέση με τον πατέρα</b>			
Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	8 (8,2)	7 (6,9)	0,235**
Καλή	5 (5,2)	12 (11,9)	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test †Student's t-test

Η μέση ηλικία των γυναικών της ομάδας ελέγχου ήταν τα 32,3 έτη (SD=5,4 έτη) και των γυναικών της ομάδας παρέμβασης ήταν τα 33,4 έτη (SD=3,8 έτη). Το μέσο BMI (ΔΜΣ) πριν την εγκυμοσύνη ήταν 23,2 μονάδες (SD=4,7 μονάδες) για τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου και 23,0 μονάδες (SD=3,1 μονάδες) για την ομάδα παρέμβασης. Το μέσο τωρινό BMI ήταν 27,0 μονάδες (SD=5,1 μονάδες) για τις γυναίκες της ομάδας ελέγχου και 26,0 μονάδες (SD=3,6 μονάδες) για την ομάδα παρέμβασης. Η πλειοψηφία των γυναικών και των δύο ομάδων έμενε σε αστική περιοχή και ήταν ελληνίδες. Ακόμα, το 46,0% των γυναικών της ομάδας ελέγχου και το 38,8% της ομάδας παρέμβασης ήταν απόφοιτες λυκείου. Επίσης, οι περισσότερες από τις γυναίκες και των δύο ομάδων ήταν παντρεμένες και είχαν πολύ καλή σχέση με τον σύζυγό τους. Οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης εργάζονταν σε μεγαλύτερο ποσοστό και είχαν σημαντικά περισσότερο χρονικό διάστημα άδειας μετά τον τοκετό σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Οι δύο ομάδες της μελέτης είχαν παρόμοια δημογραφικά χαρακτηριστικά ( $p>0,05$ ).

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.2.) δίνονται στοιχεία που αφορούν σε θέματα θηλασμού, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.2.** Στοιχεία που αφορούν σε θέματα θηλασμού, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου	Παρέμβασης	
	(N=100)	(N=103)	
	N (%)	N (%)	
<b>Έχετε θηλάσει εσείς η ίδια;</b>			
Όχι	23 (26,7)	36 (38,7)	0,149*
Ναι	58 (67,4)	55 (59,1)	
Δεν γνωρίζω	5 (5,8)	2 (2,2)	
<b>Στο ευρύτερο περιβάλλον σας αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική;</b>			
Όχι	8 (8,2)	8 (7,8)	<b>0,020**</b>
Ναι	74 (76,3)	90 (88,2)	
Δεν γνωρίζω	15 (15,5)	4 (3,9)	
<b>Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;</b>			
Όχι	2 (2,0)	0 (0,0)	0,058*
Ναι	92 (92,9)	102 (99,0)	
Δεν έχω αποφασίσει ακόμα	5 (5,1)	1 (1,0)	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test

Τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν θηλάσει οι ίδιες ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες και ίσα με 67,4% για την ομάδα ελέγχου και 59,1% για την ομάδα παρέμβασης. Ακόμα, το 88,2% των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης είχαν σαν συνήθη πρακτική το θηλασμό στο περιβάλλον τους ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της ομάδας ελέγχου ήταν σημαντικά χαμηλότερο και ίσο με 76,3%. Ακόμα, σχεδόν όλες οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν σκοπό να θηλάσουν το μωρό τους (99,0%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό της ομάδας ελέγχου ήταν ίσο με 92,9%.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.3.) δίνονται στοιχεία της κήσης των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.3.** Στοιχεία της κήσης των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου (N=100) N (%)	Παρέμβασης (N=103) N (%)	
<b>Εβδομάδα κήσης</b>	36 (3,5)	35,5 (2,3)	0,229 <sup>+</sup>
<b>Αριθμός εμβρύων</b>			
1	91 (98,9)	98 (99,0)	1,000**
2	1 (1,1)	1 (1,0)	
<b>Τρόπος σύλληψης</b>			
Φυσιολογικά	97 (98)	97 (94,2)	0,280*
Εξωσωματική	2 (2,0)	6 (5,8)	
<b>Προβλήματα κατά την κήση</b>	32 (37,6)	45 (48,9)	0,131**
Περίδεση	2 (2,4)	0 (0,0)	0,229*
Αιμορραγία	1 (1,2)	4(3,9)	0,369**
Λοιμώξεις	3 (3,5)	3 (3,3)	1,000*
Συσπάσεις	8 (9,4)	5 (5,4)	0,311**
Αναιμία	3 (3,5)	6 (5,8)	0,498**
Διαβήτης κήσης	8 (9,4)	8 (8,7)	0,868**
Υπέρταση/προεκλαμψία	2 (2,4)	3 (3,3)	1,000*
Άλλο	10 (11,8)	16 (17,4)	0,291**
<b>Χρειάστηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να σας χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή;</b>	33 (34,0)	29 (28,2)	0,454**

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test <sup>+</sup>Student's t-test

Τα στοιχεία κήσης ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Η πλειοψηφία και των δύο ομάδων είχε 1 έμβρυο και η σύλληψη έγινε φυσιολογικά. Το 37,6% και το 48,9% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου και της ομάδας παρέμβασης αντίστοιχα είχε κάποιο πρόβλημα κατά την κήση. Το συχνότερο πρόβλημα στην ομάδα ελέγχου ήταν οι συσπάσεις και ο διαβήτης κήσης σε ποσοστό 9,4% ενώ στην ομάδα παρέμβασης ήταν ο διαβήτης κήσης και η αναιμία σε ποσοστά 8,7% και 5,8% αντίστοιχα. Το 34,0% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου και το 28,2% εκείνων της ομάδας παρέμβασης πήραν φαρμακευτική αγωγή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.4.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στον τρόπο ζωής των συμμετεχουσών πριν και κατά τη διάρκεια της κήσης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.4.** Στοιχεία που αφορούν στον τρόπο ζωής των συμμετεχουσών πριν και κατά τη διάρκεια της κήσης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου (N=100)	Παρέμβασης (N=103)	
	N (%)	N (%)	
<b>Κάπνισμα κατά την κήση</b>	10 (10,2)	4 (3,9)	0,078**
<b>Κάπνισμα πριν την κήση</b>	38 (38,8)	36 (35,3)	0,610**
<b>Χρήση ναρκωτικών κατά την κήση</b>	0 (0,0)	0 (0,0)	-
<b>Κατανάλωση αλκοόλ κατά την κήση</b>			
<1 φορά/μήνα	66 (91,7)	73 (80,2)	0,083*
1-3 φορές/μήνα	5 (6,9)	11 (12,1)	
1 φορά/εβδομάδα	1 (1,4)	7 (7,7)	
<b>Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κήση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα</b>	43 (44,3)	50 (49,0)	0,507**
<b>Η διατροφή σας κατά την κήση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;</b>			
Καθόλου/ Λίγο	19 (19,0)	5 (4,9)	<b>0,006**</b>
Μέτρια	35 (35,0)	37 (35,9)	
Πολύ/ Πάρα πολύ	46 (46,0)	61 (59,2)	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test

Το 10,2% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου κάπνιζε κατά την κήση και το 38,8% αυτών κάπνιζε πριν την κήση. Τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας παρέμβασης ήταν παρόμοια και ίσα με 3,9% κατά την κήση και 35,3% πριν την κήση. Καμία από τις συμμετέχουσες δεν έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών κατά την κήση. Η κατανάλωση

αλκοόλ και η σωματική άσκηση ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Η διατροφή διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, με τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης να ακολουθούν περισσότερο το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.5.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στον τοκετό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.5.** Στοιχεία που αφορούν στον τοκετό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου	Παρέμβασης	
	N (%)	N (%)	
<b>Είδος κύησης</b>			
Απλή	93 (98,9)	73 (98,6)	1,000**
Πολύδυμη	1 (1,1)	1 (1,4)	
<b>Ηλικία κύησης κατά τον τοκετό, μέση τιμή (SD)</b>	39,1 (1,1)	39 (1,1)	0,506 <sup>+</sup>
<b>Είδος τοκετού</b>			
Φυσιολογικός Τοκετός	52 (55,3)	51 (69,9)	0,055*
Καισαρική Τομή	42 (44,7)	22 (30,1)	
<b>Εάν έγινε ΦΤ:</b>			
1) Επισκληρίδιος	25 (47,2)	29 (55,8)	0,378*
2) Χρήση οπιούχων	0 (0,0)	0 (0,0)	- <sup>‡</sup>
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	21 (39,6)	25 (49)	0,335*
4) Χρήση ωκυτοκίνης	52 (89,7)	40 (75,5)	<b>0,048*</b>
5) Χρήση προσταγλανδίνης	14 (25)	9 (17,3)	0,329*
<b>Εάν έγινε ΚΤ:</b>			
1) Επισκληρίδιος	38 (88,4)	21 (91,3)	1,000**
2) Γενική νάρκωση	5 (12,8)	2 (9,5)	1,000**
<b>Λόγος ΚΤ</b>			
Επιθυμία ιδίας	3(3)	1 (1)	
Προηγηθήσα ινομυωματεκτομή	0 (0)	1 (1)	
Αποτυχία πρόκλησης τοκετού	0 (0)	1 (1)	
Κεφαλοπυελική Δυσαναλογία	1 (1)	1 (1)	
Ισχιακή προβολή	2 (2)	1 (1)	
Δίδυμος κύηση	1 (1)	1 (1)	
Λοξό σχήμα	0 (0)	1 (1)	
Ολιγάμνιο	0 (0)	1 (1)	
Ήπιες εκφυλιστικές αλλοιώσεις οφθαλμών	0 (0)	0 (0)	
Ιστορικό αρτηριοφλεβόδους δυσπλασίας εγκεφάλου	1 (1)	0 (0)	
ΣΔΚ υπό ινσουλίνη	1 (1)	0 (0)	



Μακροσωμία εμβρύου	2 (2)	0 (0)	
IUGR-μη καθησυχαστικό NST	1 (1)	1 (1)	
Μη καθησυχαστικό NST	4 (4)	1 (1)	
Μηνιγγοκήλη	0 (0)	1(1)	
Αλλοίωση εμβρυικών παλμών	8(8)	0(0)	
Καρδιοπάθεια εμβρύου	1(1)		
<b>Έναρξη τοκετού</b>			
Αυτόματη έναρξη τοκετού	50 (54,9)	12 (16,2)	0,130*
Πρόκληση τοκετού	23 (25,3)	7 (9,4)	
Προγραμματισμένη καισαρική τομή	12(13,2)	0,816 <sup>+</sup>	
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες), μέση τιμή (SD)</b>	7,1 (6,4)	7,3 (6,3)	0,926*
<b>Εμβρυολκία</b>	7 (7,5)	5 (7,1)	0,542*
<b>Περинеοτομή</b>	44 (47,3)	37 (52,1)	0,577**
<b>Αιμορραγία 3ου σταδίου &gt;500ml</b>	1 (1,1)	2 (2,9)	0,429**
<b>Ο τοκετός έγινε σε ιδιωτικό μαιευτήριο</b>	0 (0)		0,429**

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test <sup>+</sup>Student's t-test <sup>‡</sup>δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Τα στοιχεία του τοκετού ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες. Εξάιρεση αποτελεί η χρήση ωκυτοκίνων. Ωκυτοκίνες χρησιμοποιήθηκαν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό στην ομάδα παρέμβασης (στο 89,7% των γυναικών της ομάδας ελέγχου και στο 75,5% των γυναικών της ομάδας παρέμβασης). Η πλειοψηφία των γυναικών και των δύο ομάδων είχε απλή κύηση, γέννησε φυσιολογικά και είχε αυτόματη έναρξη του τοκετού. Η μέση διάρκεια τοκετού για τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου ήταν 7,1 ώρες ( $SD=6,4$  ώρες) και για εκείνες της ομάδας παρέμβασης ήταν 7,3 ώρες ( $SD=6,3$  ώρες). Καμία από τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου δεν γέννησε σε ιδιωτικό μαιευτήριο ενώ μόνο μία (1,4%) από τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης γέννησε σε ιδιωτικό.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.6.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στο νεογνό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.6.** Στοιχεία που αφορούν στο νεογνό των συμμετεχουσών, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	<b>Ομάδα</b>		<b>P</b>
	<b>Ελέγχου</b>	<b>Παρέμβασης</b>	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Βάρος γέννησης 1, μέση τιμή (SD)</b>	3193,5 (375,3)	3192,4 (355.0)	0,958 <sup>+</sup>
<b>Βάρος γέννησης 2, μέση τιμή (SD)</b>	2190 (.)	1900 (.)	- <sup>‡</sup>
<b>Φύλο 1</b>			
Άρρεν	60 (63,8)	43 (58,1)	0,450*
Θήλυ	34 (36,2)	31 (41,9)	
<b>Φύλο 2</b>			
Άρρεν	1 (100)	1 (100)	- <sup>‡</sup>
Θήλυ	0 (0)	0 (0)	
<b>Apgar 1, μέση τιμή (SD)</b>	8,7 (0,6)	8,8 (0,5)	0,140 <sup>+</sup>
<b>Apgar 2, μέση τιμή (SD)</b>	9 (.)	8 (.)	- <sup>‡</sup>
<b>Ίκτερος</b>			
1ο 24ωρο	-	-	- <sup>‡</sup>
2ο 24ωρο	-	-	- <sup>‡</sup>
3ο 24ωρο	7 (63,6)	-	- <sup>‡</sup>
4ο 24ωρο	-	-	- <sup>‡</sup>
<b>Θερμοκοιτίδα</b>	7 (50)	5 (100)	0,106**
<b>Διάρκεια παραμονής σε θερμοκοιτίδα (ημέρες), μέση τιμή (SD) διάμεσος (ενδ. εύρος)</b>	4,4 (4,8) 3 (2 - 5)	3,4 (3,7) 2 (2 - 2)	0,398 <sup>++</sup>

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test <sup>+</sup>Student's t-test <sup>++</sup>Mann-Whitney test <sup>‡</sup>δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Τα στοιχεία των νεογνών ήταν παρόμοια στις δύο ομάδες.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.7.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό στο μαιευτήριο και μετά την έξοδο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.7.** Στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό στο μαιευτήριο και μετά την έξοδο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ηλικία (συμπλ. μήνες)	Ομάδα			
		Ελέγχου (N=100)		Παρέμβασης (N=103)	
		n	%	n	%
<b>Μητρικός Θηλασμός</b>	Αμέσως μετά τον τοκετό	80	80,0	97	94,1
	21 ημέρες	94	94,0	97	94,1
	1	93	93,0	97	94,1
	1,5	86	86,0	88	85,4
	2	82	82,0	88	85,4
	3	68	68,0	78	75,7
	4	54	54,0	74	71,8
	5	48	48,0	73	70,9
<b>Μητρικός Θηλασμός χωρίς Υποκατάστατο Μητρικού Γάλακτος / Συμπληρωματικός θηλασμός</b>	3 ημέρες μετά	56	56,0	65	63,1
	1	61	61,0	69	67,0
	2	54	54,0	67	65,0
	3	44	44,0	66	64,1
	4	41	41,0	64	62,1
	5	37	37,0	61	59,2
	6	32	32,0	56	54,4
<b>Αποκλειστικός Μητρικός Θηλασμός (ΑΜΘ)</b>	3 ημέρες μετά	56	56,0	65	63,1
	1	61	61,0	69	67,0
	2	54	54,0	67	65,0
	3	44	44,0	66	64,1
	4	39	39,0	64	62,1
	5	25	25,0	40	38,8
<b>Μεικτός Θηλασμός</b>	3 ημέρες μετά	39	39,0	20	19,4

Το ποσοστό των συμμετεχουσών που ξεκίνησαν το θηλασμό αμέσως μετά τον τοκετό ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης και ίσο με 94,10%, ενώ το αντίστοιχο της ομάδας ελέγχου ήταν 80,00%. Επιπλέον, κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης θήλασαν αποκλειστικά σε ποσοστό 63,10%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου ήταν 56,00%. Ακόμη, το ποσοστό των γυναικών που θήλασαν χωρίς υποκατάστατο μητρικού γάλακτος ήταν σημαντικά υψηλότερο στους 6

μήνες στην ομάδα παρέμβασης και ίσο με 54,40%, ενώ το αντίστοιχο της ομάδας ελέγχου ήταν 32,00%.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.8.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.8.** Στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	<b>Ομάδα</b>		<b>P</b>
	<b>Ελέγχου</b>	<b>Παρέμβασης</b>	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, για ποιούς λόγους δε θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;</b>			
Ασθένεια μητέρας	3 (3,1)	0 (0,0)	0,250**
Κούραση μητέρας	4 (4,1)	1 (1,2)	0,376**
Επιστροφή στην εργασία	1 (1,0)	0 (0,0)	1,000**
Προσωπική επιλογή	5 (5,2)	0 (0,0)	0,063**
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	30 (30,9)	10 (12,0)	<b>0,002*</b>
Ερεθισμένες θηλές	7 (7,2)	1 (1,2)	0,071**
Μαστίτιδα	0 (0,0)	0 (0,0)	–‡
Ηλικία μωρού	1 (1,0)	0 (0,0)	1,000**
Ασθένεια μωρού	2 (2,1)	1 (1,2)	1,000**
<b>Άλλο</b>	<b>7 (7,3)</b>	<b>3 (3,7)</b>	<b>0,345**</b>
Ηλικία μητέρας	1 (1,0)	0 (0,0)	
Λήψη φαρμάκου μητέρας	1 (1,0)	0 (0,0)	
Έλλειψη χρόνου μητέρας	1 (1,0)	0 (0,0)	
Μείωση βάρους νεογνού	1 (1,0)	0 (0,0)	
Ίκτερος	0 (0,0)	2 (1,9)	
Θερμοκοιτίδα	1 (1,0)	0 (0,0)	
Μικρές θηλές	1 (1,0)	0 (0,0)	
Οδηγίες νοσοκομείου	0 (0,0)	1 (1,0)	
<b>Εάν θηλάσατε αποκλειστικά αλλά σταματήσατε πριν τους 6 μήνες, γιατί το κάνατε;</b>			
Ασθένεια μητέρας	2 (2,1)	1 (1,2)	1,000**
Επιστροφή στην εργασία	4 (4,2)	1 (1,2)	0,376**
Κούραση μητέρας	1 (1,0)	0 (0,0)	1,000**

Προσωπική επιλογή	0 (0,0)	0 (0,0)	- <sup>‡</sup>
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	20 (20,6)	10 (12)	0,124*
Ερεθισμένες θηλές	5 (5,2)	0 (0,0)	0,063**
Μαστίτιδα	1 (1,0)	0 (0,0)	1,000**
Ασθένεια μωρού	1 (1,0)	1 (1,2)	1,000**
Ηλικία μωρού	0 (0,0)	0 (0,0)	- <sup>‡</sup>
<b>Άλλο</b>			
<b>Αν άλλο, τι:</b>	3 (3,1)	0 (0,0)	0,250**
Άγχος μητέρας	2 (2,0)	0 (0,0)	
Γοερό κλάμα μωρού	1 (1,0)	0 (0,0)	

\*Pearson's  $\chi^2$  test \*\*Fisher's exact test <sup>‡</sup>Student's t-test <sup>‡</sup>δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Η διακοπή του αποκλειστικού θηλασμού λόγω ανεπαρκούς ποσότητας γάλακτος συνέβη σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.9.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του ΜΘ των συμμετεχουσών μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.9.** Στοιχεία που αφορούν στους αναφερόμενους λόγους διακοπής του ΜΘ των συμμετεχουσών μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου	Παρέμβασης	
	N (%)	N (%)	
<b>Εάν δε θηλάζετε ακόμη, ποιός ήταν, κατά την εκτίμησή σας, ο λόγος διακοπής του ΜΘ,</b>			
Ασθένεια μητέρας	5 (5,3)	1 (1,2)	0,217**
Επιστροφή στην εργασία	6 (6,3)	1 (1,2)	0,124**
Κούραση μητέρας	8 (8,4)	1 (1,2)	<b>0,039**</b>
Προσωπική επιλογή	6 (6,3)	0 (0,0)	0,062**
Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος	48 (50,5)	10 (12,0)	<b>&lt;0,001*</b>
Ερεθισμένες θηλές	12 (12,6)	2 (2,4)	<b>0,019*</b>
Μαστίτιδα	1 (1,1)	0 (0,0)	1,000**
Ασθένεια μωρού	2 (2,1)	1 (1,2)	1,000**
Ηλικία μωρού	0 (0,0)	0 (0,0)	- <sup>‡</sup>
<b>Άλλο</b>	11 (11,8)	0 (0,0)	<b>0,001*</b>

Αν άλλο, τι;		
Άγχος μητέρας	1 (1,0)	0 (0,0)
Ανήσυχο μωρό	3 (3,0)	0 (0,0)
Έλλειψη βοήθειας	1 (1,0)	0 (0,0)
Έλλειψη χρόνου	1 (1,0)	0 (0,0)
Μείωση βάρους μωρού	2 (2,0)	0 (0,0)
Ηλικία μητέρας	1 (1, 0)	0 (0,0)

\*Pearson's x2 test \*\*Fisher's exact test +Student's t-test ‡δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Η διακοπή του ΜΘ λόγω ανεπαρκούς ποσότητας γάλατος, λόγω ερεθισμένων θηλών, λόγω κούρασης της μητέρας ή για «άλλο» λόγο συνέβη σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.10.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στην υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες σχετικά με το θηλασμό, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.10.** Στοιχεία που αφορούν στην υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες σχετικά με το θηλασμό, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα Ελέγχου N (%)	Ομάδα Παρέμβασης N (%)	P Pearson's x2 test
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαιέες;	Καθόλου/ Λίγο / Μέτρια	18 (18,6)	23 (27,7)	0,144
	Πολύ/ Πάρα πολύ	79 (81,4)	60 (72,3)	
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;	Καθόλου/ Λίγο / Μέτρια	39 (40,2)	41 (49,4)	0,216
	Πολύ/ Πάρα πολύ	58 (59,8)	42 (50,6)	
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;	Καθόλου/ Λίγο / Μέτρια	41 (42,3)	43 (51,8)	0,201
	Πολύ/ Πάρα πολύ	56 (57,7)	40 (48,2)	
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	Καθόλου/ Λίγο / Μέτρια	12 (12,5)	18 (21,7)	0,101
	Πολύ/ Πάρα πολύ	84 (87,5)	65 (78,3)	
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;	Καθόλου/ Λίγο / Μέτρια	7 (7,4)	4 (4,8)	0,481
	Πολύ/ Πάρα πολύ	88 (92,6)	79 (95,2)	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ;		3 (3,1)	17 (20,5)	<0,001

Η υποστήριξη που είχαν οι συμμετέχουσες για το θηλασμό δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου είχαν παρόμοια υποστήριξη από τις μαίες, τον παιδίατρο, το γυναικολόγο, το οικογενειακό τους περιβάλλον και το σύντροφό τους σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης. Το ποσοστό των συμμετεχουσών που τους δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορούν να απευθυνθούν μετά την έξοδό τους για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα παρέμβασης.

Στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 5.11.) δίνονται τα ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν δώσει πιπίλα στο παιδί τους και εκείνων που καπνίζουν 6 μήνες μετά τον τοκετό τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.11.** Ποσοστά των συμμετεχουσών που είχαν δώσει πιπίλα στο παιδί τους και εκείνων που καπνίζουν 6 μήνες μετά τον τοκετό τους, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

	Ομάδα		P
	Ελέγχου	Παρέμβασης	
	N (%)	N (%)	
Έχετε δώσει ποτέ πιπίλα στο μωρό σας;	69 (71,1)	52 (62,7)	0,227*
Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;	25 (25,8)	6 (7,2)	<b>0,001*</b>

\*Pearson's  $\chi^2$  test

Το ποσοστό των συμμετεχουσών που κάπνιζαν 6 μήνες μετά τον τοκετό ήταν σημαντικά υψηλότερο στην ομάδα ελέγχου.

## Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των εγκύων της ομάδας παρέμβασης από το πρόγραμμα προετοιμασίας γονεϊκότητας

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.12.) δίνονται στοιχεία που αφορούν στην αξιολόγηση του προγράμματος παρέμβασης από τις έγκυες της ομάδας παρέμβασης.

**Πίνακας 5.12.** Στοιχεία που αφορούν στην αξιολόγηση του προγράμματος παρέμβασης από τις μητέρες της ομάδας παρέμβασης.

	Μέση τιμή (SD)
Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη γνώση που αποκομίσατε από τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού στο μαιευτήριο, μέση τιμή (SD)	6,3 (1,1)
Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη βοήθεια που πήρατε από τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού, μέση τιμή (SD)	6,4 (1,0)
Πόσο ικανοποιημένη είστε από το περιεχόμενο των θεματικών των μαθημάτων ανώδυνου τοκετού, μέση τιμή (SD)	6,4 (0,9)
Πόσο ικανοποιημένη είστε από τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού των μαθημάτων ανώδυνου τοκετού, μέση τιμή (SD)	6 (1,2)
Πόσο ικανοποιημένη είστε από την εκπαιδευτρια-μαία, μέση τιμή (SD)	6,7 (0,7)
Είστε ικανοποιημένη από το ωράριο διενέργειας των μαθημάτων, μέση τιμή (SD)	6,1 (1,2)
Είστε ικανοποιημένη από τη συνολική χρονική διάρκεια των μαθημάτων, μέση τιμή (SD)	6,2 (1,1)
	N (%)
Έχετε διατηρήσει κάποια μορφή επικοινωνίας με άλλες μητέρες που γνωρίζετε στα μαθήματα;	20 (24,1)
Εάν ναι, πιστεύετε ότι αυτό σας βοήθησε να αντιμετωπίσετε καλύτερα τις πρώτες δυσκολίες κατά την εγκυμοσύνη ή μετά τον τοκετό;	17 (85,0)
Εάν επιθυμείτε μπορείτε να κάνετε κάποιες προτάσεις σχετικά με τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού.	
<i>'Δημιουργία online μαθημάτων...'</i>	2 (2,0)
<i>'Αισθάνθηκα ότι με άγχωσαν αντί να με βοηθήσουν κυρίως για το σκέλος του τοκετού για το οποίο ήμουν πολύ αγχωμένη.....'</i>	1 (1,0)
<i>'Ευχαριστώ πολύ για όσα έμαθα στα μαθήματα και για την υποστήριξή σας. Να συνεχίσετε να βοηθάτε τις μέλλουσες νέες μαμάδες....'</i>	1 (1,0)



---

'Θα επιθυμούσα να δοθεί ακόμα περισσότερος χρόνος στο θέμα ΜΘ και να προετοιμαστούν οι μαμάδες για όλο τον αρνητισμό που επικρατεί γύρω από αυτό το θέμα.....'	1 (1,0)
'Θα ήταν χρήσιμο να μοιράζονταν σημειώσεις.....'	1 (1,0)
'Θεωρώ ότι τόσο αξιόλογα μαθήματα και μάλιστα άνευ κόστους, θα έπρεπε να έχουν μεγαλύτερη προβολή για να προσελκύσουν κι άλλες νέες μαμάδες!Συγχαρητήρια για την δουλειά σας....!'	1 (1,0)
'Και εγώ σας ευχαριστώ, συγνώμη για την καθυστέρηση. Θα θελα να συμπληρώσω ότι τα μαθήματα ήταν το μόνο εφόδιο για να θηλάσω τον γιο μου.....'	1 (1,0)
'Καλό είναι να περνευρίσκεται και ο πατέρας σε όσα μαθήματα επιθυμεί.... '	1 (1,0)
'Κατά την συνάντηση που είναι παρόντες και οι μπαμπάδες θα ήταν καλό να μην γίνεται λεπτομερής ανάλυση/ αναπαράσταση των στάσεων τοκετού και του τι συμβαίνει εκείνη την στιγμή σε πύελο, τράχηλο κλπ. Δεν είναι από τις εικόνες/συζητήσεις που θέλουν να ενημερωθούν ιδιαίτερα.....'	1 (1,0)
'Να γίνονται περισσότερες συναντήσεις'	1 (1,0)
'Να μιλάτε περισσότερο για τη λοχεία.....'	1 (1,0)
'Να μπορεί να έρχεται ο μπαμπάς κάθε φορά.....'	1 (1,0)
'Να μπορεί να συμμετέχει και ο πατέρας....'	1 (1,0)
'Όλα είναι τέλεια!...'	1 (1,0)
'Περισσότερα μαθήματα.....'	1 (1,0)
'Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ψυχολογία της μητέρας κατά τη διάρκεια του θηλασμού, ίσως και η γνώμη ψυχολόγου, καθώς και για την περίοδο αποθλασμού'... .	1 (1,0)
'Προβλήματα στο θηλασμό όπως ίκτερος, κοντός χαλινός, μαστίτιδα.....'	1 (1,0)
'Στη διάθεση σας για οποιαδήποτε περαιτέρω πληροφορία!.....'	1 (1,0)
'Το μόνο που έλειπε ήταν ένα σεμινάριο πρώτων βοηθειών.....!'	1 (1,0)

---

Στην 7-βάθμια κλίμακα ικανοποίησης, η μέση βαθμολογία για την ικανοποίηση από τη γνώση που αποκόμισαν από τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού στο μαιευτήριο ήταν 6,3 ( $SD=1,1$ ), από τη βοήθεια που πήραν από τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού ήταν 6,4 ( $SD=1,0$ ), από το περιεχόμενο των θεματικών των μαθημάτων ανώδυνου τοκετού ήταν 6,4 ( $SD=0,9$ ), από τη χρήση εκπαιδευτικού υλικού των μαθημάτων ανώδυνου τοκετού ήταν 6,0 ( $SD=1,2$ ), από την εκπαιδύτρια-μαία ήταν 6,7 ( $SD=0,7$ ), από το ωράριο διενέργειας των μαθημάτων ήταν 6,1 ( $SD=1,2$ ) και από τη συνολική χρονική διάρκεια των μαθημάτων ήταν

6,2 ( $SD=1,1$ ). Ακόμα, το 24,1% των συμμετεχουσών είχε διατηρήσει κάποια μορφή επικοινωνίας με άλλες μητέρες που γνώρισε στα μαθήματα.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.13.) δίνονται οι απόψεις των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου σχετικά με τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού.

**Πίνακας 5.13.** Απόψεις των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου σχετικά με τα μαθήματα ανώδυνου τοκετού.

	N (%)
<b>Πιστεύετε ότι θα σας βοηθούσε να λύσετε απορίες σχετικά με το θηλασμό εάν είχατε παρακολουθήσει μαθήματα ανώδυνου τοκετού;</b>	
Καθόλου	5 (5,2)
Λίγο	7 (7,2)
Μέτρια	42 (43,3)
Πολύ	39 (40,2)
Πάρα Πολύ	4 (4,1)
<b>Για ποιά λόγο δεν παρακολουθήσατε μαθήματα ανώδυνου τοκετού;</b>	
'Δεν νομίζω ότι βοηθούν'	8 (8,2)
'Δεν είχα χρόνο να τα παρακολουθήσω'	39 (40,2)
'Δεν είχα ενημερωθεί σχετικά'	19 (19,6)
<b>Άλλο</b>	31 (32,0)
<b>Αν άλλο, τι;</b>	
'Δεν επιθυμώ να είμαι μέλος ομάδας'	1 (1,0)
'Δεν ήθελα'	4 (4,0)
'Δεν το σκέφτηκα'	1 (1,0)
'Γνώριζα ήδη'	14 (14,0)
'Λόγω περιόδου τραχήλου θα προτιμούσα online'	1 (1,0)
'Μέλος ομάδας θηλασμού στο fb'	1 (1,0)
'Οικονομικοί λόγοι'	3 (3,0)
Προγραμματισμένη . Κ.Τ	2 (2,0)
'Προτιμώ online'	3 (3,0)

Το 44,3% των συμμετεχουσών της ομάδας ελέγχου πίστευε ότι αν είχαν παρακολουθήσει μαθήματα ανώδυνου τοκετού θα τους είχαν λυθεί πολύ/πάρα πολύ οι απορίες τους για το θηλασμό. Ο κυριότερος λόγος που δεν είχαν παρακολουθήσει τέτοια μαθήματα ήταν η έλλειψη χρόνου, με ποσοστό 40,2%.

## Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή της κλίμακας της γνώσης των γυναικών σχετικά με το ΜΘ

Η κλίμακα γνώσεων για το θηλασμό μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 15, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη γνώση. Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,71, ο οποίος ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.14.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.14.** Μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

<i>Knowledge</i>		Πριν την παρέμβαση		Μετά την παρέμβαση		Μεταβολή		P**	P‡
		Μέση (SD)	τιμή	Μέση (SD)	τιμή	Μέση (SD)	τιμή		
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	13,05 (2,20)		13,11 (2,24)		0,06 (0,32)		0,729	<0,001
	Παρέμβασης	12,94 (2,17)		14,65 (0,74)		1,71 (1,91)		<0,001	
<b>P*</b>		0,668		<0,001					

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. † Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

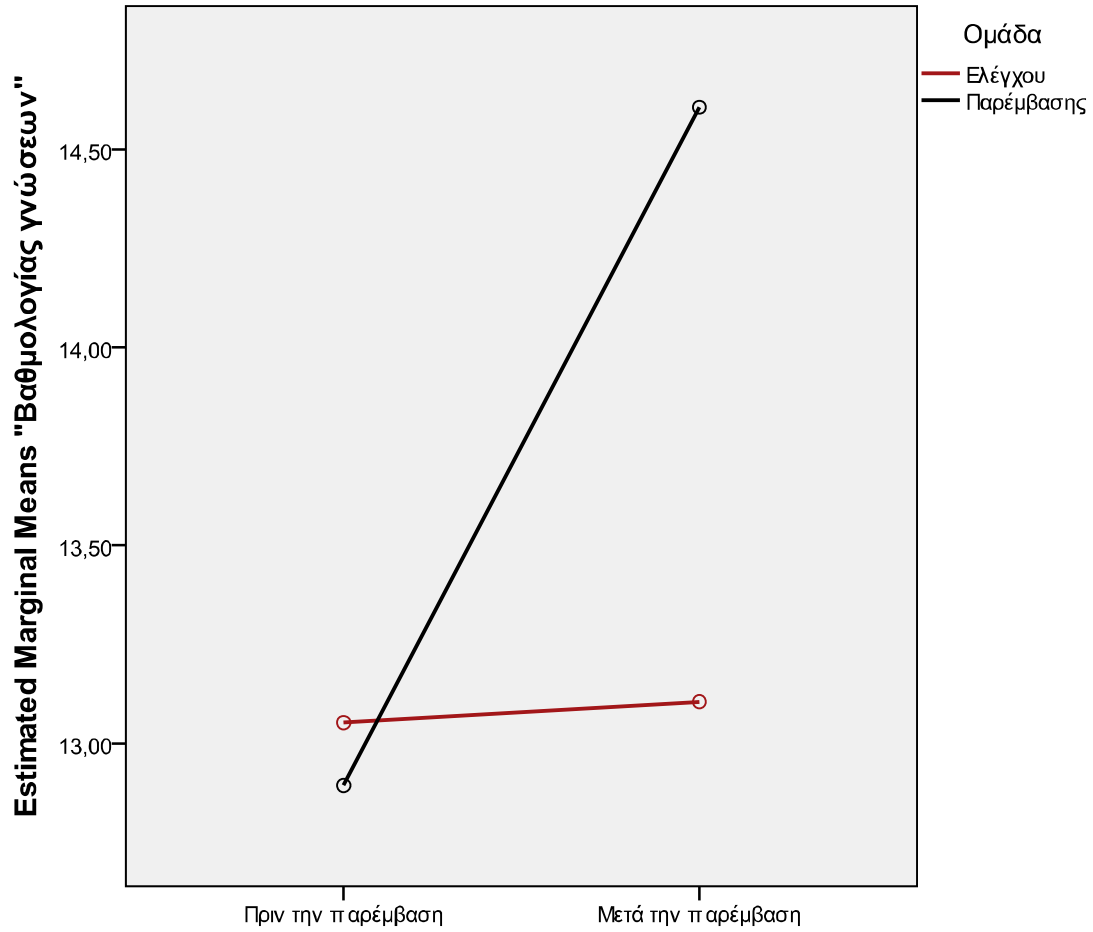
Πριν την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες των δύο ομάδων είχαν παρόμοιες γνώσεις για τον θηλασμό. Μετά την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη γνώση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση, υποδηλώνοντας αύξηση της γνώσης.

Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας γνώσεων διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.1.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.1.** Μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



## Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή της κλίμακας στάσης των γυναικών σχετικά με το ΜΘ.

Η κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ μπορεί να πάρει τιμές από 17 έως 85, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν πιο θετική στάση. Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,71, ο οποίος ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.15.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.15.** Μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Πριν την παρέμβαση <sup>A</sup>	Μετά την παρέμβαση <sup>A1</sup>	3 μέρες μετά τον τοκετό <sup>B</sup>	Μεταβολή από A σε B				
<i>Attitude</i>		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs A1	P** A1 vs B	P** A vs B	P <sup>‡</sup>
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	66,11 (7,87)	66,14 (7,82)	66,71 (8,18)	0,60 (4,50)	1,000	0,345	0,493	<0,001
	Παρέμβασης	68,62 (5,85)	73,59 (5,43)	72,66 (7,26)	4,04 (7,85)	<0,001	1,000	<0,001	
<b>P*</b>		0,062	<0,001	<0,001					

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. † Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

Πριν την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες των δύο ομάδων είχαν παρόμοιες στάσεις απέναντι στον ΜΘ. Μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά πιο θετική στάση σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

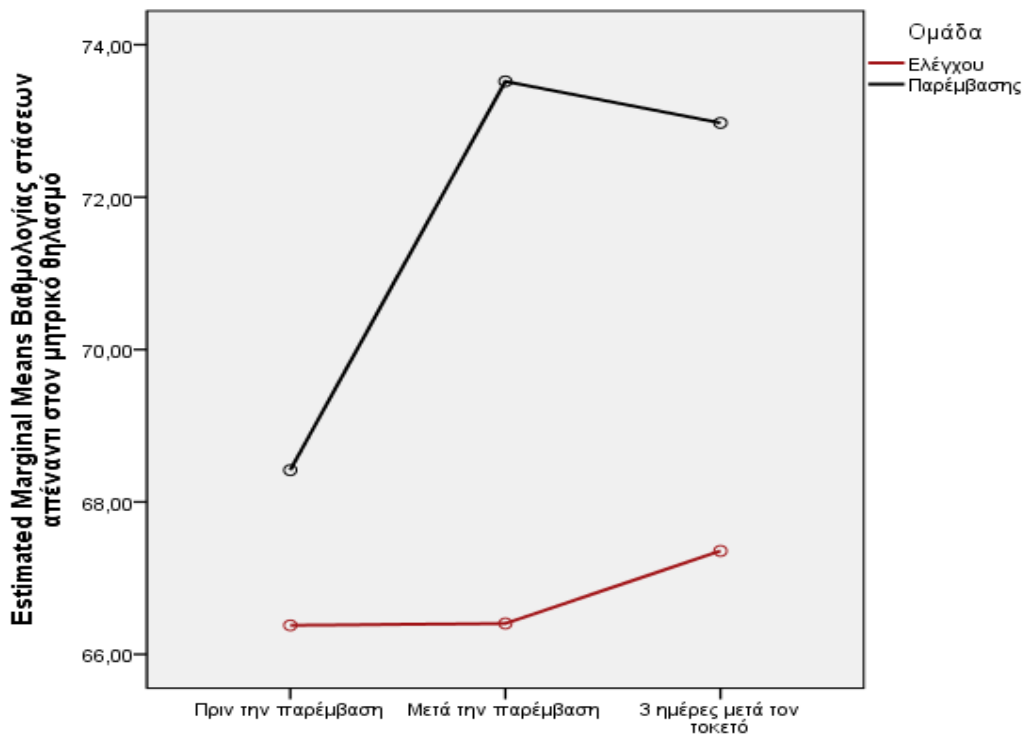
Η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση,

υποδηλώνοντας τη βελτίωση της στάσης απέναντι στον ΜΘ, και στις 3 μέρες διατήρησε τη διαφορά αυτή σε σύγκριση με τη βαθμολογία πριν την παρέμβαση.

Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας στάσεων διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.2.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.2.** Μεταβολή στη βαθμολογία στάσεων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα



## Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας των μητέρων στο ΜΘ.

Η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να πάρει τιμές από 14 έως 70, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα. Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,93, ο οποίος ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.16.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.16.** Μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Πριν την παρέμβαση <sup>A</sup> / Μετά την παρέμβαση <sup>A1</sup>				3 μέρες μετά τον τοκετό <sup>B</sup>		Μεταβολή από A σε B		P** A vs A1	P** A1 vs B	P** A vs B	P <sup>‡</sup>
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)						
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	45,62 (12,36)	45,65 (12,29)	42,06 (12,69)	-3,56 (10,00)	1,000	0,051	0,068	<b>0,012</b>				
	Παρέμβασης	43,32 (9,54)	51,40 (8,89)	52,56 (9,80)	9,24 (9,64)	<b>&lt;0,001</b>	0,558	<b>&lt;0,001</b>					
<b>P*</b>		0,155	<b>0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>									

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

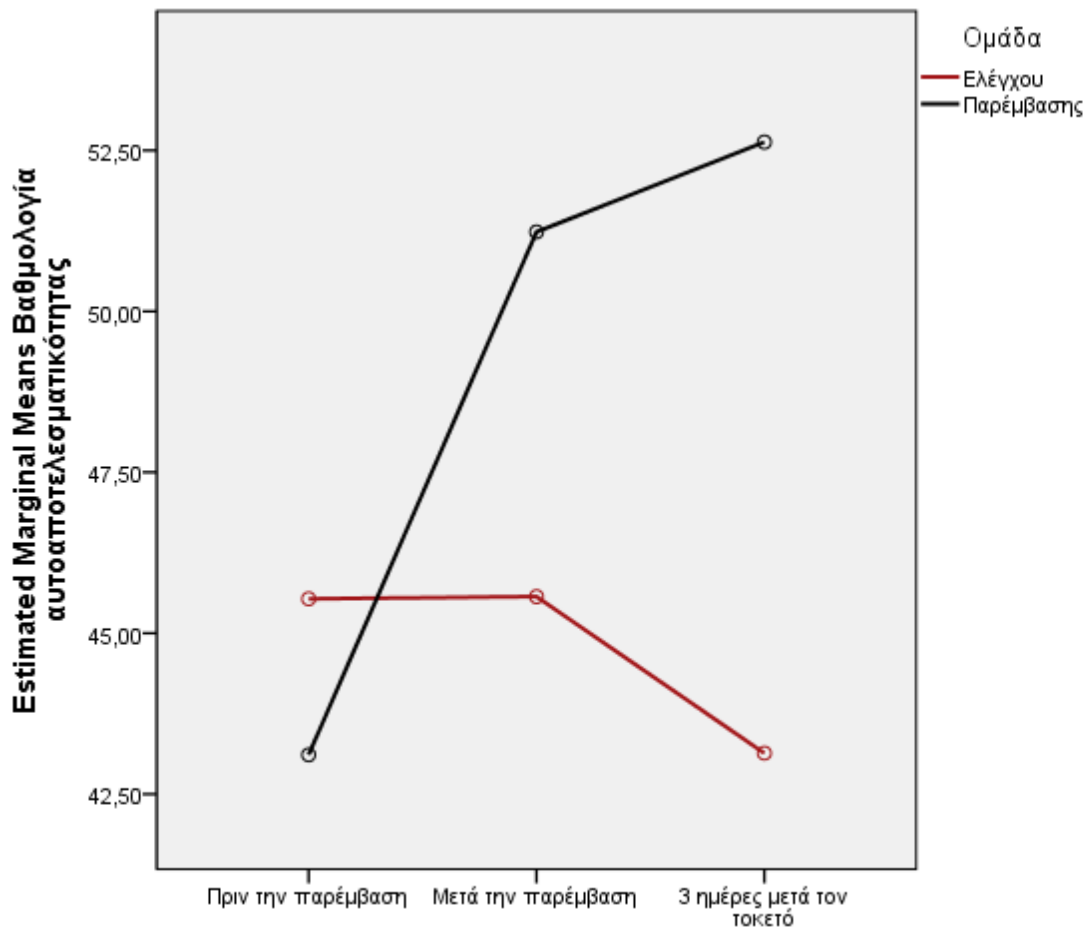
Πριν την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες των δύο ομάδων είχαν παρόμοια αυτοαποτελεσματικότητα. Μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης αυξήθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση, υποδηλώνοντας τη αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας, και στους 3 μέρες διατήρησε τη διαφορά αυτή σε σύγκριση με τη βαθμολογία πριν την παρέμβαση.

Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αυτοαποτελεσματικότητας διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική αύξηση.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.3.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητα στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.3.** Μεταβολή στη βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητα στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.





## Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή της κλίμακας των αντιλαμβανόμενων εμποδίων των μητέρων που σχετίζονται με το ΜΘ

Η κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων μπορεί να πάρει τιμές από 17 έως 51, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερα εμπόδια. Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,73, ο οποίος ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7), οπότε υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.17.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.17.** Μεταβολή στη βαθμολογία εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά

		Πριν την παρέμβαση <sup>A</sup>	Μετά την παρέμβαση <sup>A1</sup>	3 μέρες μετά τον τοκετό <sup>B</sup>	Μεταβολή από A σε B	P**	P**	P**	P <sup>‡</sup>
<i>Perceived Barriers</i>		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	A vs A1	A1 vs B	A vs B	
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	31,09 (5,45)	31,05 (5,45)	31,14 (6,23)	0,05 (4,60)	1,000	1,000	1,000	<0,001
	Παρέμβασης	31,68 (5,53)	27,41 (5,95)	27,82 (6,59)	-3,86 (5,88)	<0,001	0,515	<0,001	
<b>P*</b>		0,418	<0,001	<b>0,001</b>					

για κάθε ομάδα.

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. † Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

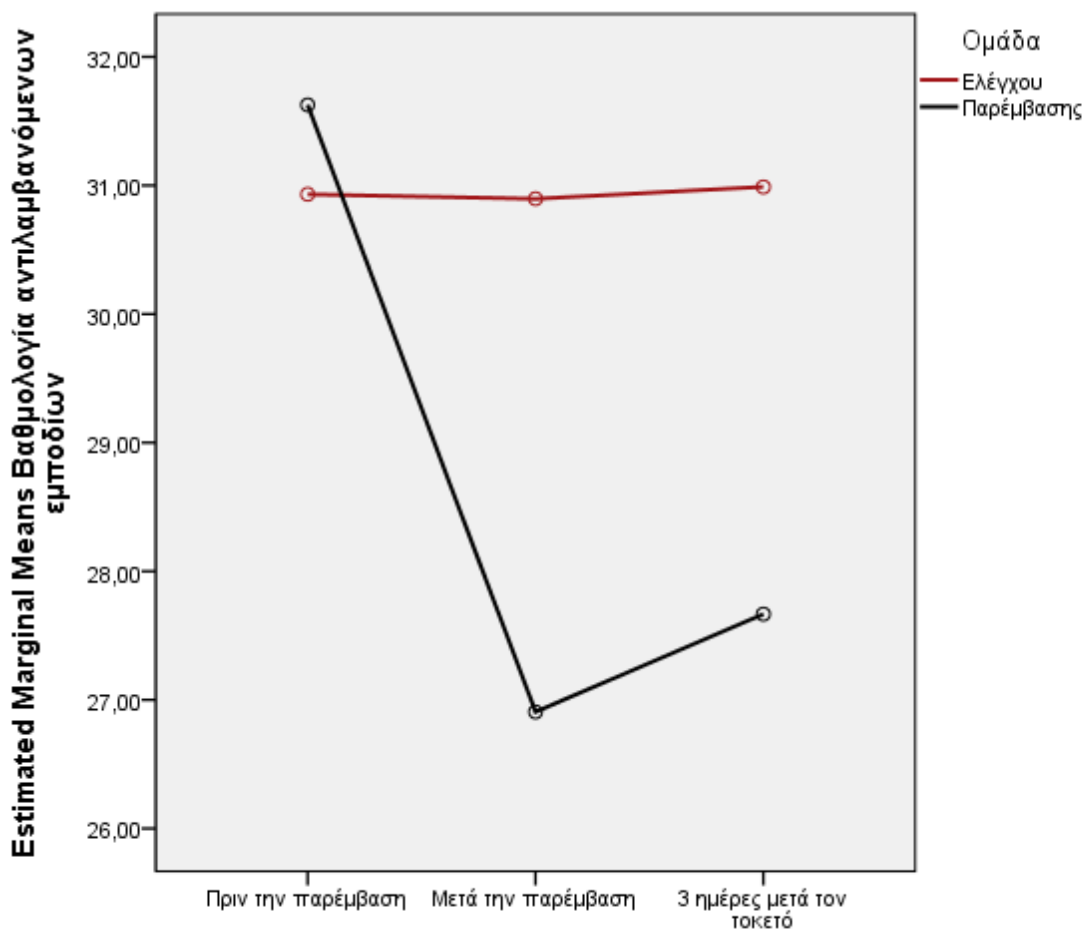
Πριν την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες των δύο ομάδων αντιλαμβάνονταν παρόμοια εμπόδια για το θηλασμό. Μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης αντιλαμβάνονταν σημαντικά λιγότερα εμπόδια σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση, υποδηλώνοντας τη μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων, και στις 3 μέρες διατήρησε τη διαφορά αυτή σε σύγκριση με τη βαθμολογία πριν την παρέμβαση.

Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας αντιλαμβανόμενων εμποδίων διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων, καθώς στην ομάδα ελέγχου δεν υπήρξε σημαντική διαφορά ενώ στην ομάδα παρέμβασης σημειώθηκε σημαντική μείωση.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.4.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία αντιλαμβανόμενων εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.4.** Μεταβολή στη βαθμολογία αντιλαμβανόμενων εμποδίων στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.18.) παρουσιάζονται αναλυτικά ποια αντιληπτά εμπόδια υπήρξαν πριν την παρέμβαση και στις δύο ομάδες και ποια τροποποιήθηκαν 3 ημέρες μετά τον τοκετό.

**Πίνακας 5.18.** Αντιληπτά εμπόδια που προϋπήρχαν της παρέμβασης και αντιληπτά εμπόδια που τροποποιήθηκαν 3 ημέρες μετά τον τοκετό και στις δύο ομάδες.

Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε εμπόδιο για το θηλασμό:	Ομάδα Ελέγχου		P McNemar test	Ομάδα Παρέμβασης		P McNemar test
	Πριν την παρέμβαση	3 μέρες μετά τον τοκετό		Πριν την παρέμβαση	3 μέρες μετά τον τοκετό	
	N (%)	N (%)		N (%)	N (%)	
1. Πόνος	50 (50)	53 (53,5)	0,556	49 (47,6)	35 (36,5)	0,165
2. Φόβος για παραμόρφωση του σχήματος του στήθους με το ΜΘ	11 (11)	8 (8)	0,453	10 (9,7)	3 (3,1)	0,063
3. Περιορισμένη υποστήριξη πριν και μετά τον τοκετό	22 (22,2)	36 (36,4)	<b>0,014</b>	27 (27)	40 (41,7)	<b>0,004</b>
4. Αντίληψη ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος	33 (33,3)	53 (53)	<b>0,001</b>	38 (37,6)	25 (25,8)	<b>0,043</b>
5. Μη ενθάρρυνση για ΜΘ από τον πατέρα	14 (14)	19 (19,2)	0,227	15 (14,9)	26 (26,8)	<b>0,027</b>
6. Αμηχανία για θηλασμό σε δημόσιους χώρους	26 (26,5)	29 (29)	0,727	35 (35)	21 (21,6)	<b>0,003</b>
7. Αμηχανία για θηλασμό μπροστά σε μέλη της οικογένειας	21 (21)	18 (18,2)	0,774	26 (25,7)	11 (11,3)	<b>0,004</b>
8. Ιδιαίτερα πολυάσχολη για να ασχοληθείς με τον θηλασμό του μωρού	11 (11)	9 (9)	0,727	7 (6,9)	6 (6,2)	1,000
9. Ασθένεια μητέρας	42 (42,9)	39 (39,8)	0,581	52 (51,5)	17 (17,7)	<b>&lt;0,001</b>
10. Η μη ύπαρξη οικιακής βοηθού ενθαρρύνει τη σίτιση με ξένο γάλα	6 (6,1)	4 (4)	0,687	3 (2,9)	7 (7,2)	0,289
11. Λήψη αντισυλληπτικών	22 (22,4)	23 (23,2)	1,000	17 (17,2)	5 (5,2)	<b>0,003</b>
12. Εργασία	32 (32)	29 (29)	0,549	35 (34,3)	21 (21,6)	<b>0,014</b>

13. Κούραση	35 (35)	39 (39)	0,556	20 (19,8)	19 (19,8)	1,000
14. Ασθένεια που θα μπορούσε να μεταφερθεί στα παιδιά με το ΜΘ	54 (54)	52 (52)	0,727	64 (62,7)	32 (33,3)	<b>&lt;0,001</b>
15. Ασχημη μυρωδιά της θηλάζουσας μητέρας	8 (8,1)	6 (6,1)	0,625	8 (7,9)	2 (2,1)	0,125
16. Κατάθλιψη λόγω άρνησης του μωρού να θηλάσει	26 (26)	31 (31)	0,332	30 (29,7)	17 (17,9)	<b>0,017</b>
17. Έλλειψη επαρκών γνώσεων	40 (40)	55 (55)	0,007	50 (49)	38 (39,6)	0,137

Στην ομάδα ελέγχου: αυξήθηκαν σημαντικά στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό τα ποσοστά εκείνων που θεωρούσαν εμπόδια την περιορισμένη υποστήριξη πριν και μετά τον τοκετό καθώς και την αντίληψη ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος.

Στην ομάδα παρέμβασης: αυξήθηκαν σημαντικά στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό τα ποσοστά εκείνων που θεωρούσαν εμπόδια την περιορισμένη υποστήριξη πριν και μετά τον τοκετό καθώς και την μη ενθάρρυνση για ΜΘ από τον πατέρα. Αντίθετα, μειώθηκαν σημαντικά στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό τα ποσοστά εκείνων που θεωρούσαν εμπόδια την αντίληψη ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος, την αμηχανία για θηλασμό σε δημόσιους χώρους, την αμηχανία για θηλασμό μπροστά σε μέλη της οικογένειας, την ασθένεια μητέρας, τη λήψη αντισυλληπτικών, την εργασία, την ασθένεια που θα μπορούσε να μεταφερθεί στα παιδιά με το ΜΘ καθώς και την κατάθλιψη λόγω άρνησης του μωρού να θηλάσει.

## Διερεύνηση της επίδρασης της παρέμβασης στη μεταβολή της κλίμακας κατάθλιψης των συμμετεχουσών

Η κλίμακα κατάθλιψης μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 30, με τις υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.19.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.19.** Μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα

		Πριν την παρέμβαση <sup>A</sup>	Μετά την παρέμβαση <sup>A1</sup>	3 μέρες μετά τον τοκετό <sup>B</sup>	Μεταβολή από A σε B				
		Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	Μέση τιμή (SD)	P** A vs A1	P** A1 vs B	P** A vs B	P‡
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	7,18 (5,64)	7,19 (5,64)	7,36 (5,66)	0,18 (3,06)	1,000	1,000	1,000	0,163
	Παρέμβασης	6,26 (3,95)	5,75 (4,57)	5,53 (3,52)	-0,73 (2,75)	<0,001	1,000	0,277	
<b>P*</b>		0,116	<b>0,022</b>	<b>0,015</b>					

\*Διαφορά μεταξύ των ομάδων \*\*Διαφορά μεταξύ των μετρήσεων. ‡ Επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ANOVA. Διαφορές στη μεταβολή από τη μια μέτρηση στην άλλη μεταξύ των ομάδων.

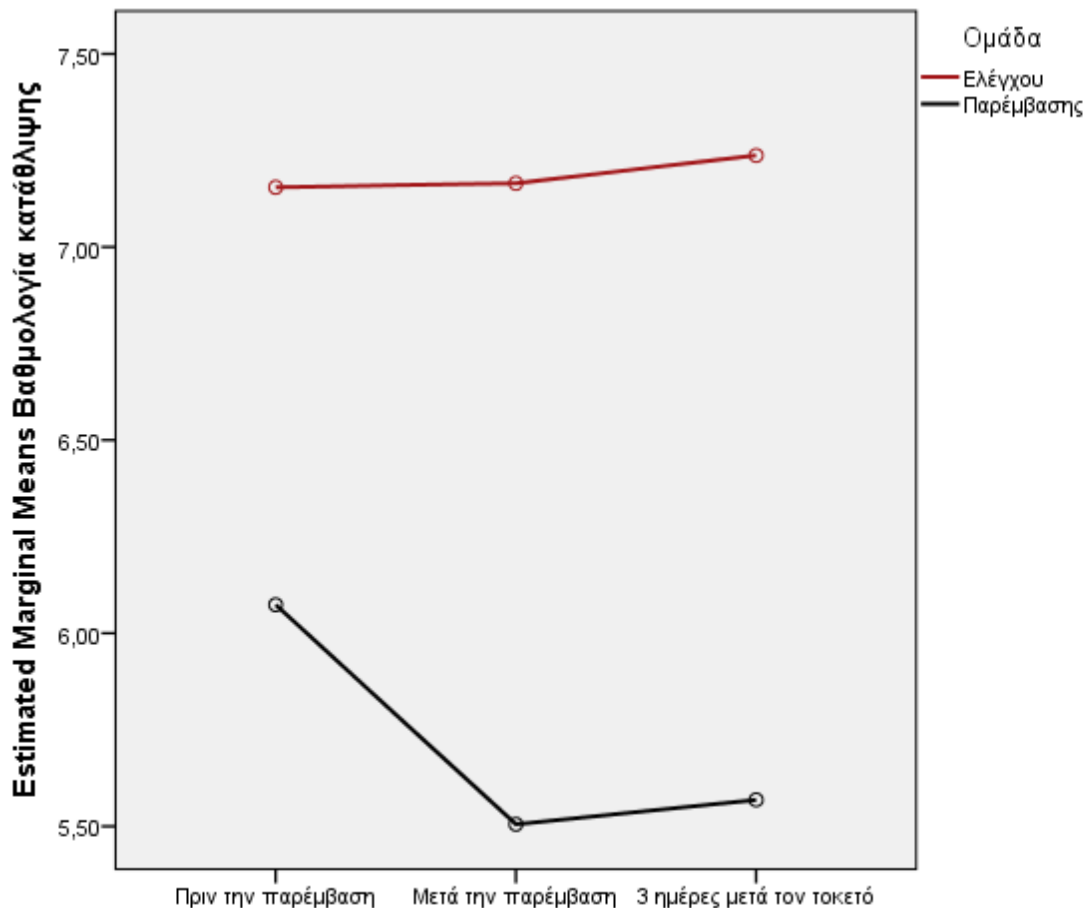
Πριν την παρέμβαση, οι συμμετέχουσες των δύο ομάδων είχαν παρόμοια συμπτώματα κατάθλιψης. Μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν σημαντικά λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Η βαθμολογία της ομάδας ελέγχου δεν μεταβλήθηκε σημαντικά στην πορεία του χρόνου. Αντίθετα, η βαθμολογία της ομάδας παρέμβασης μειώθηκε σημαντικά μετά την παρέμβαση, υποδηλώνοντας τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, και στις 3 μέρες διατηρήθηκε η διαφορά αυτή σε σύγκριση με τη βαθμολογία πριν την παρέμβαση.

Ο βαθμός μεταβολής της βαθμολογίας κατάθλιψης δε διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.5.) δίνεται η μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.5.** Μεταβολή στη βαθμολογία κατάθλιψης στο χρόνο παρακολούθησης, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.20.) δίνονται τα επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων σε κάθε μέτρηση, χωριστά για κάθε ομάδα.

**Πίνακας 5.20.** Επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων σε κάθε μέτρηση, χωριστά για κάθε ομάδα.

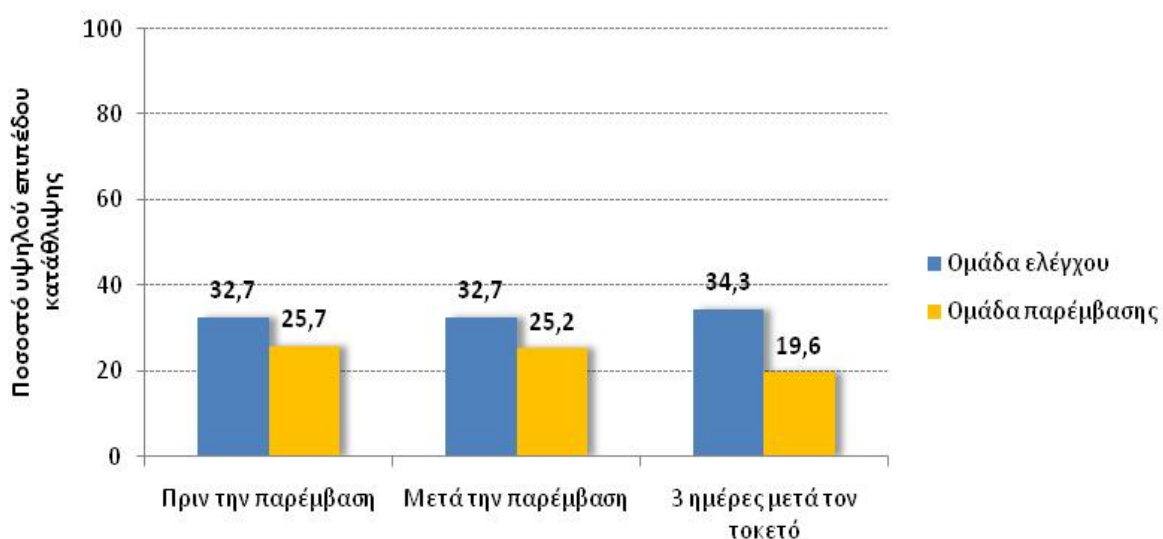
Επίπεδα κατάθλιψης		Ομάδα			
		Ελέγχου		Παρέμβασης	
		N	%	N	%
<i>Πριν την παρέμβαση</i>	Χαμηλά/ Μέτρια	66	67,3	75	74,3
	Υψηλά	32	32,7	26	25,7
<i>Μετά την παρέμβαση</i>	Χαμηλά/ Μέτρια	66	67,3	77	74,8

	Υψηλά	32	32,7	26	25,2
3 μέρες μετά τον τοκετό	Χαμηλά/ Μέτρια	65	65,7	78	80,4
	Υψηλά	34	34,3	19	19,6

Το 32,7% των μητέρων της ομάδας ελέγχου και το 25,7% των μητέρων της ομάδας παρέμβασης είχε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης πριν την παρέμβαση, χωρίς να διαφέρουν σημαντικά τα ποσοστά αυτά ( $p=0,284$ ). Επίσης, το 32,7% των μητέρων της ομάδας ελέγχου και το 25,2% των μητέρων της ομάδας παρέμβασης είχε υψηλό επίπεδο κατάθλιψης μετά την παρέμβαση, χωρίς να διαφέρουν σημαντικά τα ποσοστά αυτά ( $p=0,246$ ). Τρεις μέρες μετά τον τοκετό τα ποσοστά των μητέρων με υψηλό επίπεδο κατάθλιψης διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων ( $p=0,030$ ), με τις μητέρες της ομάδας παρέμβασης να έχουν χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με το αντίστοιχο των μητέρων της ομάδας ελέγχου.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.6.) δίνονται τα ποσοστά υψηλού επιπέδου κατάθλιψης σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

**Γράφημα 5.6.** Ποσοστά υψηλού επιπέδου κατάθλιψης σε κάθε μέτρηση, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



## Συσχετίσεις μεταξύ των βαθμολογιών της μελέτης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.21.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών της μελέτης πριν την παρέμβαση. (Στην ανάλυση αυτή συμπεριλαμβάνονται όλες οι γυναίκες του δείγματος)

**Πίνακας 5.21.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των βαθμολογιών της μελέτης πριν την παρέμβαση.

		Knowledge	Self efficacy	Perceived Barriers	Depression
Attitude	r	0,42	0,41	-0,24	-0,02
	P	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>	0,758
Knowledge	r	1,00	0,30	-0,18	-0,06
	P		<b>&lt;0,001</b>	<b>0,032</b>	0,474
Self efficacy	r		1,00	-0,46	-0,23
	P			<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
Perceived Barriers	r			1,00	0,20
	P				<b>0,008</b>

Υπήρξαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων της μελέτης. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη γνώση είχαν οι συμμετέχουσες τόσο υψηλότερη ήταν η αυτοαποτελεσματικότητά τους και τόσο λιγότερα τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια. Επίσης, όσο υψηλότερη ήταν η αυτοαποτελεσματικότητά τους τόσο πιο θετική ήταν η στάση τους απέναντι στον ΜΘ και τόσο λιγότερα ήταν τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια και τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ακόμα, όσο περισσότερα ήταν τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια τόσο λιγότερο θετική ήταν η στάση τους απέναντι στον ΜΘ και τόσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψής τους.



## Συσχετίσεις μεταξύ των μεταβολών των βαθμολογιών της μελέτης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.22.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των βαθμολογιών της μελέτης. (Στην ανάλυση αυτή συμπεριλαμβάνεται μόνο η ομάδα παρέμβασης)

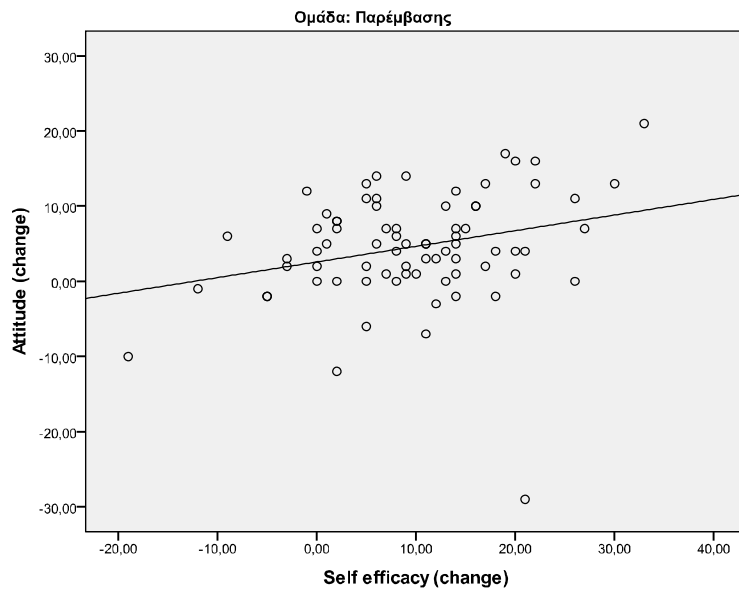
**Πίνακας 5.22.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson μεταξύ των μεταβολών των βαθμολογιών της μελέτης, μόνο για την ομάδα παρέμβασης

Μεταβολές:		Knowledge	Self efficacy	Perceived Barriers	Depression
Attitude	R	0,26	0,27	-0,21	-0,16
	P	<b>0,048</b>	<b>0,018</b>	0,077	0,159
Knowledge	R	1,00	0,25	-0,08	-0,16
	P		0,068	0,580	0,229
Self efficacy	R		1,00	-0,38	-0,14
	P			<b>0,001</b>	0,218
Perceived Barriers	R			1,00	0,16
	P				0,174

Η μεταβολή στην κλίμακα γνώσεων βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά θετικά με τη μεταβολή στην κλίμακα στάσεων. Η μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά θετικά με τη μεταβολή στην κλίμακα στάσεων και σημαντικά αρνητικά με τη μεταβολή στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων. Οπότε, όσο περισσότερο αυξάνεται η αυτοαποτελεσματικότητα των συμμετεχουσών τόσο περισσότερο βελτιώνεται η στάση τους απέναντι στον ΜΘ και τόσο περισσότερο μειώνονται τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια.

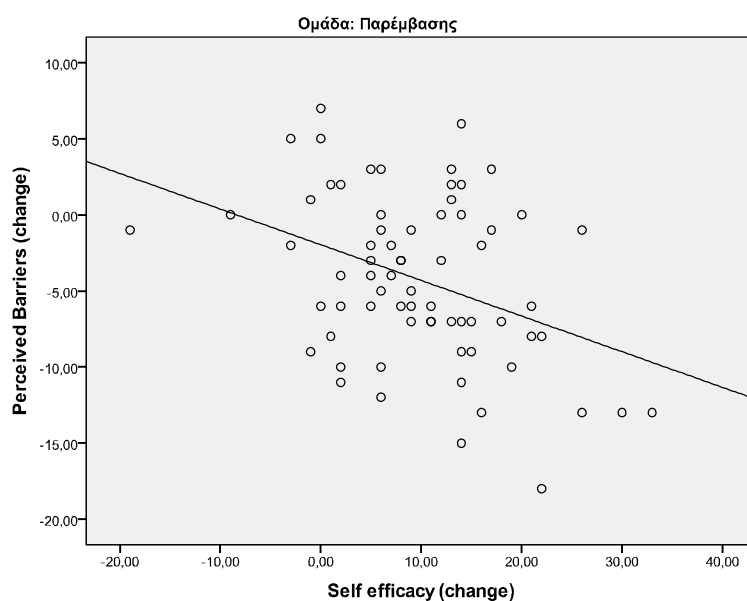
Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.7.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την μεταβολή στην κλίμακα στάσεων.

**Γράφημα 5.7.** Συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την μεταβολή στην κλίμακα στάσεων.



Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.8.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την μεταβολή στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων.

**Γράφημα 5.8.** Συσχέτιση της μεταβολής στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την μεταβολή στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων.



## Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της γνώσης των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.23.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

**Πίνακας 5.23.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

		Μεταβολή σε "Knowledge"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	1,88	2,30	0,799
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό	1,69	1,88	
<b>Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>	<800ευρώ	1,67	2,42	0,780*
	800-1500ευρώ	1,73	1,76	
	>1500ευρώ	2,08	2,06	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμη/ Συμβίωση	1,67	1,94	0,557
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	2,20	1,64	
<b>Σχέση με τον πατέρα</b>	Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	1,00	1,41	0,554*
	Καλή	1,25	1,04	
	Πολύ καλή	1,83	2,05	
<b>Πρόβλημα κατά την κύηση</b>	Ναι	1,92	2,26	0,456
	Όχι	1,55	1,60	
<b>Κάπνισμα πριν την κύηση</b>	Όχι	1,80	2,02	0,647
	Ναι	1,58	1,77	
<b>Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κύηση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα</b>	Όχι	2,19	2,07	<b>0,053</b>
	Ναι	1,29	1,67	
<b>Η διατροφή σας κατά την κύηση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;</b>	Καθόλου/ Λίγο	2,25	1,26	0,472*
	Μέτρια	2,00	1,91	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	1,46	1,97	
<b>Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;</b>	Όχι	1,51	1,82	0,652
	Ναι	2,00	1,73	

\*ANOVA

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.24.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.24.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Knowledge"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός Τοκετός	1,26	1,42	0,527
	Καισαρική Τομή	1,64	2,34	
1) Επισκληρίδιος	Όχι	1,27	1,58	0,973
	Ναι	1,25	1,29	
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	Όχι	1,56	1,20	0,079
	Ναι	0,75	1,39	
4) Χρήση ωκυτοκίνης	Όχι	1,57	1,51	0,790
	Ναι	1,38	1,74	
5) Χρήση προσταγλανδίνης	Όχι	1,48	1,42	0,644
	Ναι	1,14	2,61	
1)Επισκληρίδιος (KT)	Όχι	4,00	.	..**
	Ναι	1,73	2,45	
2) Γενική νάρκωση (KT)	Όχι	1,90	2,51	..**
	Ναι	4,00	.	
Έναρξη τοκετού	Αυτόματη έναρξη τοκετού	1,47	1,48	0,669*
	Πρόκληση τοκετού	1,00	2,45	
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	1,83	2,14	
Εμβρυουλκία	Όχι	1,60	1,74	0,148
	Ναι	0,40	1,52	
Περινεοτομή	Όχι	1,53	2,21	0,853
	Ναι	1,43	1,43	
Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)	Όχι	2,33	1,53	0,436
	Ναι	1,49	1,82	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ;	Όχι	1,57	1,86	0,783
	Ναι	1,38	1,51	
Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;	Όχι	1,90	2,33	0,485
	Ναι	1,45	1,67	

\*ANOVA \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα γνώσεων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.25.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

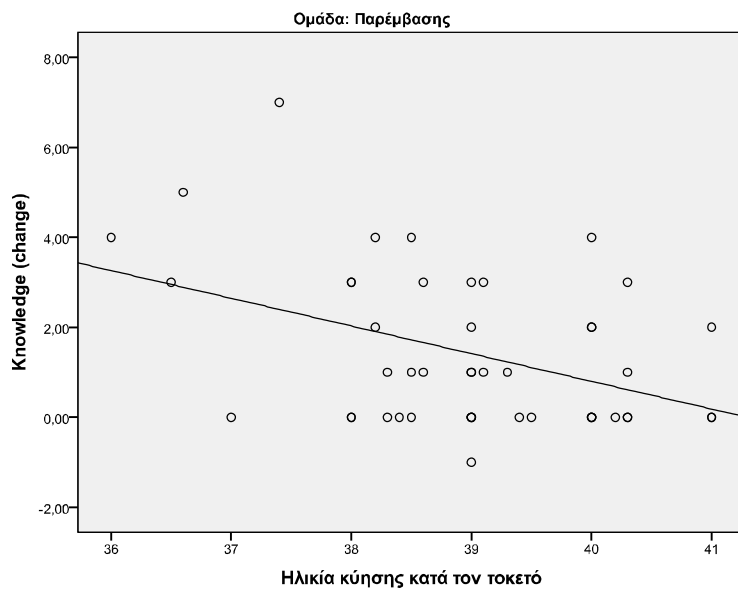
**Πίνακας 5.25.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

		Μεταβολή σε "Knowledge"
<b>Ηλικία</b>	r	-0,07
	P	0,587
<b>BMI (πριν την κύηση)</b>	r	0,00
	P	0,998
<b>BMI (τόρα)</b>	r	0,25
	P	<b>0,046</b>
<b>Ηλικία κύησης</b>	r	-0,42
	P	<b>0,004</b>
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	r	-0,05
	P	0,751
<b>Εάν θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας, για πόσο χρονικό διάστημα;</b>	r	-0,31
	P	<b>0,047</b>
<b>Άδεια μετά τον τοκετό (μήνες)</b>	r	0,03
	P	0,879

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με το τωρινό BMI. Οπότε, όσο υψηλότερο ήταν το τωρινό BMI τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση των γνώσεων. Αντίθετα, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία κύησης και όσο περισσότερο χρόνο θήλασαν αποκλειστικά το μωρό τους, τόσο μικρότερη ήταν η αύξηση των γνώσεων.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.9.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.

**Γράφημα 5.9.** Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.26.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.26.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Knowledge"
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαίες;	r	0,28
	P	<b>0,048</b>
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;	r	0,11
	P	0,449
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;	r	0,08
	P	0,555
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	r	0,11
	P	0,426
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;	r	0,09
	P	0,535

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα γνώσεων με την υποστήριξη που είχαν από τη μαία κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Οπότε, όσο

περισσότερη ήταν η υποστήριξη που είχαν από τη μαία τόσο μεγαλύτερη ήταν η αύξηση των γνώσεών τους.

## Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της στάσης των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.27.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

**Πίνακας 5.27.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής, πριν και κατά την κύηση.

		Μεταβολή σε "Attitude"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	5,58	8,85	0,624
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό	4,38	7,73	
<b>Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>	<800ευρώ	4,14	5,84	0,478*
	800-1500ευρώ	5,56	5,39	
	>1500ευρώ	3,24	10,19	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμη/ Συμβίωση	4,14	7,79	0,118
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	9,00	7,62	
<b>Σχέση με τον πατέρα</b>	Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	6,60	9,96	0,370*
	Καλή	1,22	9,74	
	Πολύ καλή	4,81	7,51	
<b>Πρόβλημα κατά την κύηση</b>	Ναι	3,97	8,74	0,704
	Όχι	4,69	7,50	
<b>Κάπνισμα πριν την κύηση</b>	Όχι	4,78	8,39	0,602
	Ναι	3,83	6,79	
<b>Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κύηση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα</b>	Όχι	4,23	9,18	0,697
	Ναι	4,90	6,16	
<b>Η διατροφή σας κατά την κύηση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;</b>	Καθόλου/ Λίγο	4,40	3,65	0,998*
	Μέτρια	4,52	8,60	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	4,59	7,74	
<b>Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;</b>	Όχι	4,94	8,05	0,122
	Ναι	-1,50	5,97	

\*ANOVA

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.28.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.28.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα στάσεων απέναντι στον ΜΘ ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

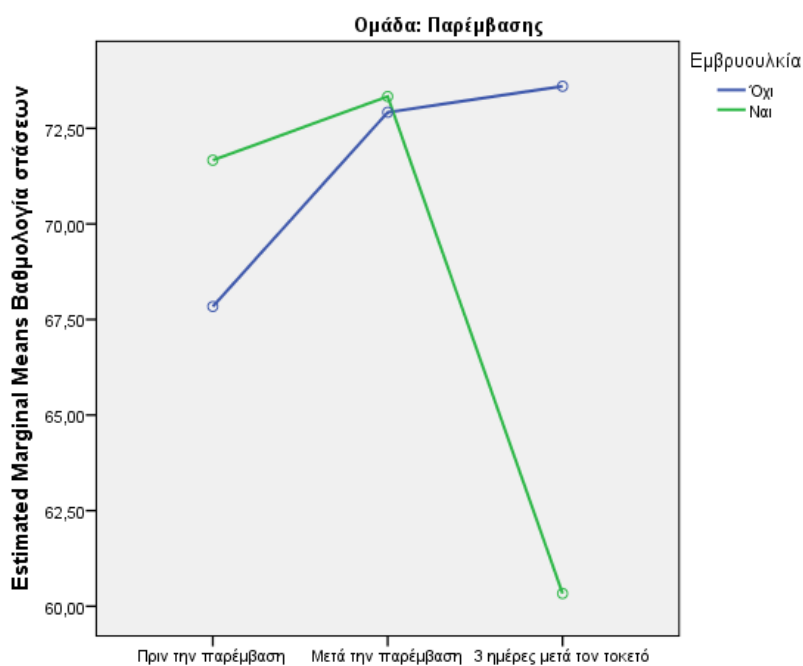
		Μεταβολή σε "Attitude"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός Τοκετός	4,21	8,34	0,625
	Καισαρική Τομή	5,26	6,06	
1) Επισκληρίδιος	Όχι	6,53	6,20	0,132
	Ναι	2,52	9,66	
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	Όχι	3,14	9,52	0,378
	Ναι	5,56	6,89	
4) Χρήση ωκυτοκίνης	Όχι	8,20	7,58	0,088
	Ναι	3,06	8,21	
5) Χρήση προσταγλανδίνης	Όχι	4,26	8,96	0,909
	Ναι	3,83	4,36	
1)Επισκληρίδιος	Όχι	3,00	4,24	0,525
	Ναι	6,17	6,67	
2) Γενική νάρκωση	Όχι	5,94	6,81	0,564
	Ναι	3,00	4,24	
Έναρξη τοκετού	Αυτόματη έναρξη τοκετού	4,48	8,38	0,843*
	Πρόκληση τοκετού	4,78	4,02	
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	6,25	7,94	
Εμβρυουλκία	Όχι	5,51	6,18	<0,001
	Ναι	-11,33	18,01	
Περινεοτομή	Όχι	4,89	6,03	0,829
	Ναι	4,43	9,27	
Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα τοκετών ή χειρουργείο)	Όχι	9,00	7,65	0,203
	Ναι	4,21	8,04	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ;	Όχι	4,23	8,43	0,474
	Ναι	6,08	6,10	
Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;	Όχι	3,62	7,27	0,642
	Ναι	4,78	8,27	

\*ANOVA

Οι συμμετέχουσες στις οποίες έγινε εμβρυουλκία είχαν σημαντική μείωση της βαθμολογίας στάσεων, υποδηλώνοντας σημαντική επιδείνωση των στάσεων για τον ΜΘ, σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες στις οποίες δεν έγινε εμβρυουλκία και είχαν αύξηση της βαθμολογίας αυτής.

Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από το ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.10.), τόσο πριν την παρέμβαση όσο και αμέσως μετά οι γυναίκες στις οποίες έγινε εμβρυουλκία και εκείνες που δεν έγινε είχαν παρόμοιες βαθμολογίες στην κλίμακα στάσεων ( $p>0.05$ ). Τρεις μέρες όμως μετά την παρέμβαση οι στάσεις των συμμετεχουσών στις οποίες έγινε εμβρυουλκία είχαν μειωθεί σημαντικά ( $p=0,001$ ) ενώ σε εκείνες που δεν έγινε εμβρυουλκία οι στάσεις παρέμειναν σε παρόμοια επίπεδα με αυτά μετά την παρέμβαση.

**Γράφημα 5.10.** Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με τη διενέργεια ή μη, εμβρυουλκίας



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.29.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

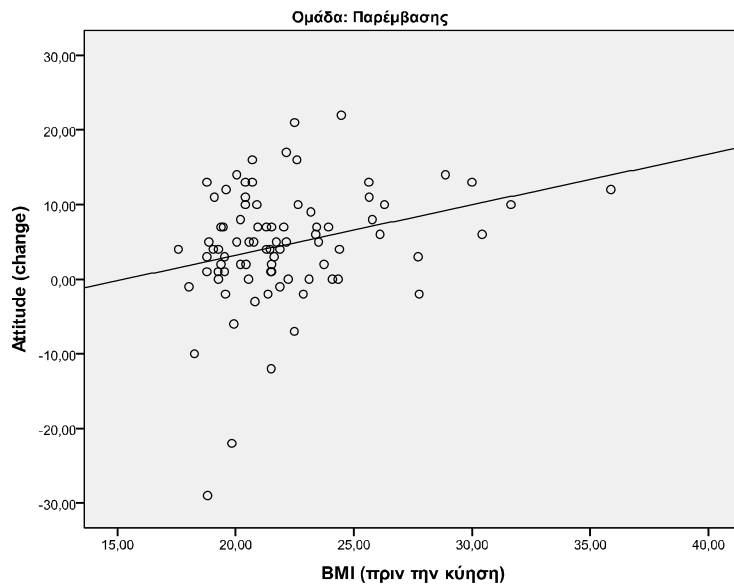
**Πίνακας 5.29.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

		Μεταβολή σε "Attitude"
<b>Ηλικία</b>	r	-0,12
	P	0,261
<b>BMI (πριν την κύηση)</b>	r	0,28
	P	<b>0,010</b>
<b>BMI (τώρα)</b>	r	0,14
	P	0,194
<b>Ηλικία κύησης</b>	r	-0,10
	P	0,454
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	r	-0,09
	P	0,532
<b>Εάν θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας, για πόσο χρονικό διάστημα;</b>	r	-0,02
	P	0,867
<b>Άδεια μετά τον τοκετό (μήνες)</b>	r	-0,12
	P	0,453

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με το BMI πριν την κύηση. Οπότε, όσο υψηλότερο ήταν το BMI πριν την κύηση τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση στην στάση απέναντι στον θηλασμό.

Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.11.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με το BMI πριν την κύηση.

**Γράφημα 5.11.** Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με το BMI πριν την κύηση.



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.30.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.30.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Attitude"
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαίες;	r	0,23
	P	<b>0,050</b>
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;	r	0,17
	P	0,171
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;	r	0,10
	P	0,439
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	r	0,09
	P	0,484
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;	r	0,05
	P	0,696

Υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα στάσεων με την υποστήριξη που είχαν από τη μαία κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο. Οπότε, όσο

περισσότερη ήταν η υποστήριξη που είχαν από τη μαία τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση στην στάση απέναντι στον θηλασμό.

## Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της αυτοαποτελεσματικότητας των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.31.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

**Πίνακας 5.31.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

		Μεταβολή σε "Self efficacy"		P Student 's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	7,69	9,29	0,416
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό	10,07	9,72	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	<800ευρώ	9,43	8,04	0,997*
	800-1500ευρώ	9,37	9,21	
	>1500ευρώ	9,56	10,91	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη/ Συμβίωση	9,82	10,03	0,717
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	8,43	2,94	
Σχέση με τον πατέρα	Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	17,17	11,89	0,090*
	Καλή	12,33	13,57	
	Πολύ καλή	8,93	8,49	
Πρόβλημα κατά την κύηση	Ναι	8,86	12,04	0,519
	Όχι	10,33	7,82	
Κάπνισμα πριν την κύηση	Όχι	10,36	8,82	0,231
	Ναι	7,76	10,45	
Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κύηση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα	Όχι	10,51	8,81	0,416
	Ναι	8,78	10,57	
Η διατροφή σας κατά την κύηση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;	Καθόλου/ Λίγο	16,40	5,94	<b>0,040*</b>
	Μέτρια	6,65	9,91	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	10,96	9,27	
Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;	Όχι	9,89	9,66	0,556
	Ναι	7,00	19,51	

\*ANOVA

Μετά τη διόρθωση κατά Bonferroni δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το κατά πόσο η διατροφή τους βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής.

Σε καμία ομάδα, η αυτοαποτελεσματικότητα δεν διέφερε ανάλογα με το αν αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον των συμμετεχουσών, ούτε πριν την παρέμβαση αλλά ούτε και στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό. Μόνο στις γυναίκες της ομάδας παρέμβασης που ο ΜΘ αποτελούσε συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον καθώς και σε εκείνες που δεν γνώριζαν αν αποτελούσε συνήθη πρακτική, αυξήθηκε η αυτοαποτελεσματικότητα τους στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.32).

**Πίνακας 5.32.** Συσχέτιση της αυτοαποτελεσματικότητας με το εάν ο ΜΘ αποτελεί συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον

		Self efficacy				P Paired t-test
		Πριν την παρέμβαση		3 ημέρες μετά τον τοκετό		
		Μέση τιμή	SD	Μέση τιμή	SD	
<b>Ομάδα ελέγχου</b>						
<b>Στο ευρύτερο περιβάλλον σας αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική;</b>	Όχι	49,63	17,44	46,63	17,07	0,239
	Ναι	45,54	11,19	42,00	12,58	0,083
	Δεν γνωρίζω	47,38	13,52	42,13	9,91	0,267
<b>P ANOVA</b>		0,625		0,615		
<b>Ομάδα παρέμβασης</b>						
<b>Στο ευρύτερο περιβάλλον σας αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική;</b>	Όχι	46,14	10,19	55,71	11,84	0,285
	Ναι	43,32	9,40	52,33	9,89	<b>&lt;0,001</b>
	Δεν γνωρίζω	35,75	9,91	51,25	4,99	<b>0,011</b>
<b>P ANOVA</b>		0,211		0,664		

Η διάρκεια του θηλασμού ήταν παρόμοια ανάλογα με το αν αποτελεί συνήθη πρακτική ο θηλασμός στο περιβάλλον των συμμετεχουσών ή όχι, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.33.)

**Πίνακας 5.33.** Συσχέτιση της διάρκειας θηλασμού με το εάν ο θηλασμός αποτελεί συνήθη πρακτική στο ευρύτερο περιβάλλον

Διάρκεια θηλασμού (αποκλειστικού ή/και μεικτού)	Στο ευρύτερο περιβάλλον σας αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική,				P Mann-Whitney test
	Όχι		Ναι		
	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
<i>Ομάδα ελέγχου</i>	4,1 (2,2)	5 (2 - 6)	4,1 (2,0)	4,5 (2 - 6)	0,915
<i>Ομάδα παρέμβασης</i>	5,2 (1,3)	6 (5 - 6)	5,6 (1,2)	6 (6 - 6)	0,145

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.34.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.34.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Self efficacy"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός Τοκετός	8,93	11,01	0,505
	Καισαρική Τομή	10,94	9,81	
1) Επισκληρίδιος	Όχι	11,20	10,43	0,282
	Ναι	7,52	11,54	
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	Όχι	9,80	9,08	0,589
	Ναι	7,95	12,43	
4) Χρήση ωκυτοκίνης	Όχι	11,92	9,25	0,319
	Ναι	8,19	11,47	
5) Χρήση προσταγλανδίνης	Όχι	9,20	11,15	0,705
	Ναι	7,43	11,59	
1) Επισκληρίδιος (KT)	Όχι	20,00	8,49	0,192
	Ναι	10,35	9,55	
2) Γενική νάρκωση (KT)	Όχι	10,00	9,75	0,187
	Ναι	20,00	8,49	
Έναρξη τοκετού	Αυτόματη έναρξη τοκετού	9,19	11,12	0,646*
	Πρόκληση τοκετού	9,00	9,99	
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	12,78	9,19	

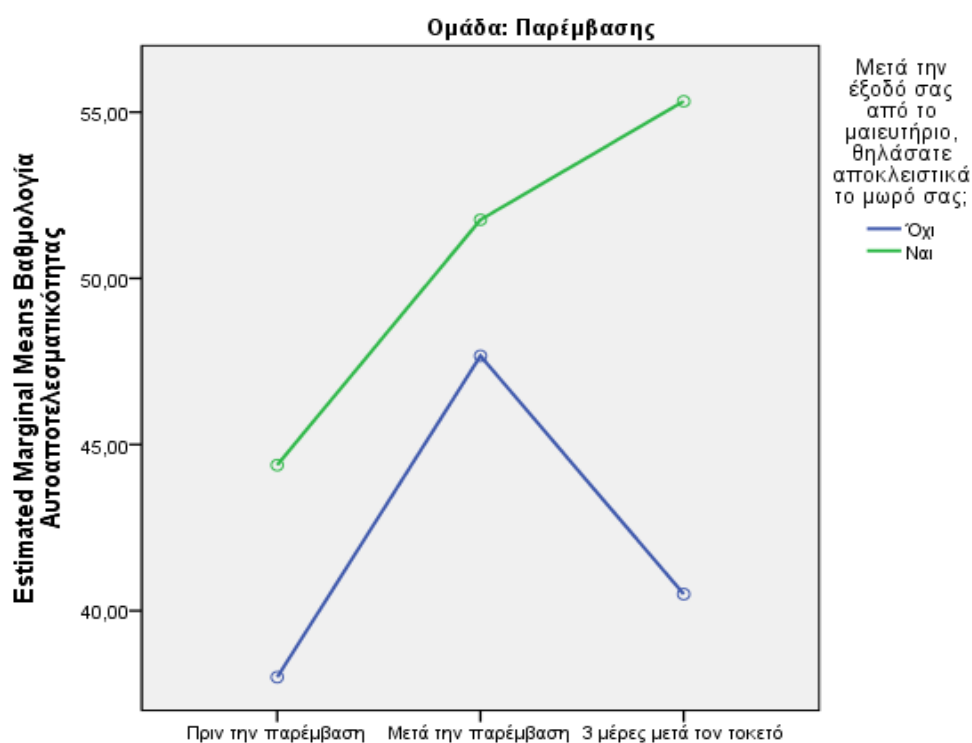


Εμβρυολκία	Όχι	9,31	10,61	0,601
	Ναι	12,25	13,84	
Περινεοτομή	Όχι	8,50	9,63	0,498
	Ναι	10,42	11,73	
Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)	Όχι	20,00	7,21	<b>0,021</b>
	Ναι	8,88	10,28	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ;	Όχι	9,38	10,98	0,684
	Ναι	10,59	8,92	
Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;	Όχι	2,77	12,63	<b>0,007</b>
	Ναι	11,29	9,30	

\*ANOVA

Οι συμμετέχουσες που θήλασαν αμέσως μετά τον τοκετό είχαν σημαντικά μικρότερη αύξηση στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με εκείνες που δεν θήλασαν αμέσως. Επίσης, οι συμμετέχουσες που θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αύξηση στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας σε σύγκριση με εκείνες που δεν θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και από το ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.12.) οι συμμετέχουσες που θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο και εκείνες που δεν θήλασαν είχαν παρόμοιες βαθμολογίες πριν την παρέμβαση ( $p > 0.05$ ) και μετά την παρέμβαση αυξήθηκαν σημαντικά με παρόμοιο τρόπο και στις δύο ομάδες ( $p < 0.001$  και για τις δύο ομάδες) φτάνοντας σε παρόμοια επίπεδα ( $p > 0.05$ ). Στις 3 μέρες όμως, σημειώθηκε σημαντική μείωση σε εκείνες που δεν θήλασαν αποκλειστικά ( $p = 0,019$ ), ενώ σε εκείνες που θήλασαν σημειώθηκε σημαντική αύξηση ( $p = 0,011$ ).

**Γράφημα 5.12.** Συσχέτιση της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας με το εάν οι συμμετέχουσες θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδο τους από το μαιευτήριο ή όχι



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.35.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

**Πίνακας 5.35.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

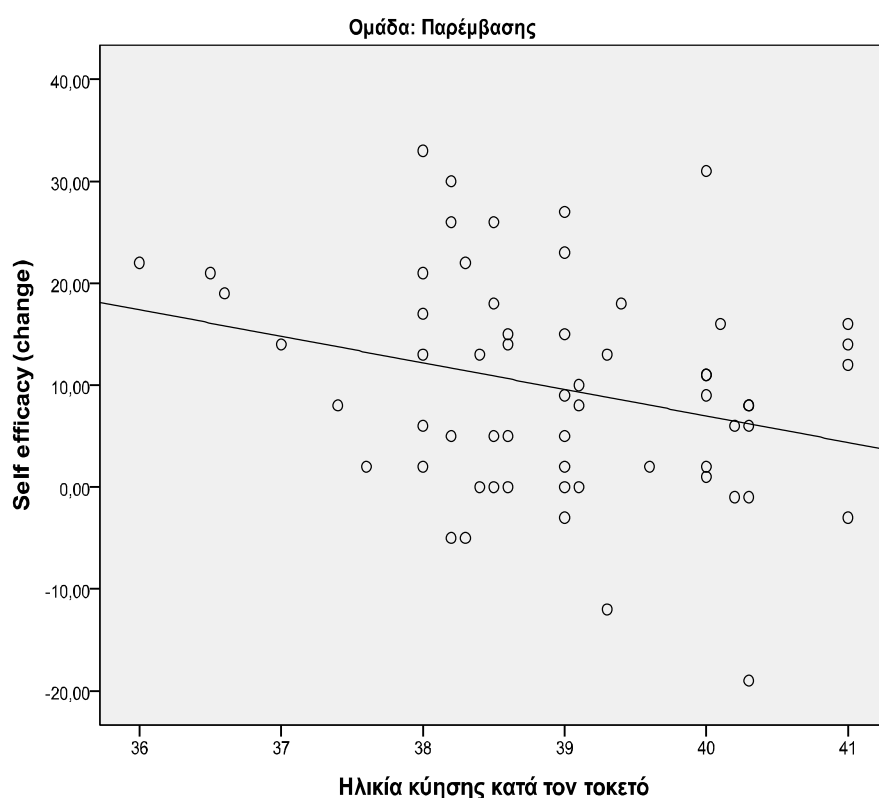
		Μεταβολή σε "Self efficacy"
<b>Ηλικία</b>	r	0,14
	P	0,206
<b>BMI (πριν την κύηση)</b>	r	-0,06
	P	0,610
<b>BMI (τώρα)</b>	r	-0,15
	P	0,177
<b>Ηλικία κύησης κατά τον τοκετό</b>	r	-0,28
	P	<b>0,031</b>
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	r	-0,28
	P	<b>0,035</b>

Εάν θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας, για πόσο χρονικό διάστημα;	r	-0,16
	P	0,244
Άδεια μετά τον τοκετό (μήνες)	r	0,13
	P	0,395

Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία κύησης και τη διάρκεια τοκετού. Οπότε, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία κύησης και όσο περισσότερο χρόνο διήρκησε ο τοκετός, τόσο μικρότερη ήταν η αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας.

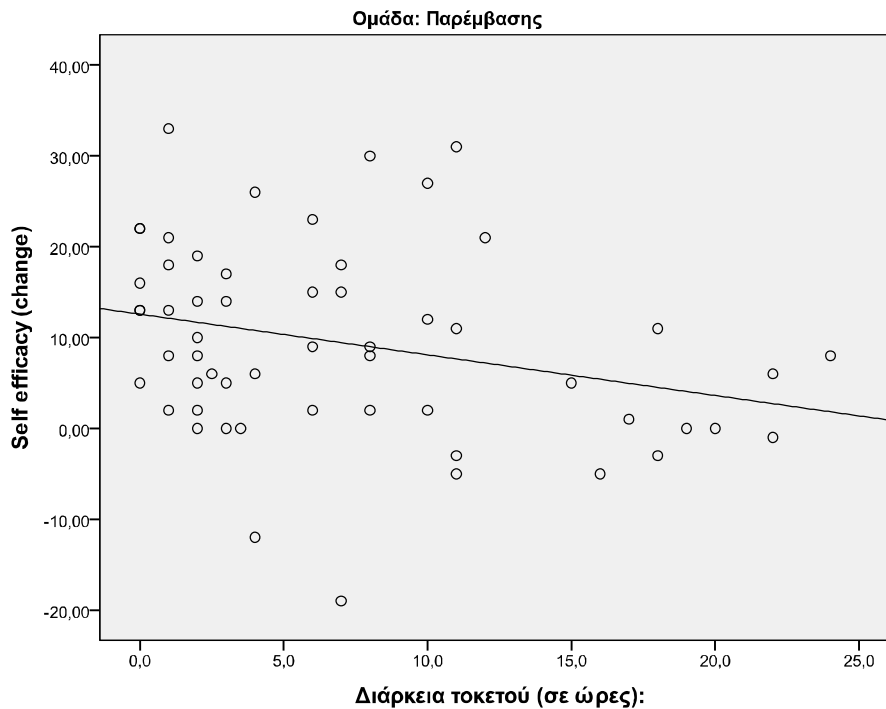
Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.13.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.

**Γράφημα 5.13.** Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την ηλικία κύησης κατά τον τοκετό.



Στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.14.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με τη διάρκεια τοκετού.

**Γράφημα 5.14.** Συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με τη διάρκεια τοκετού.



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.36.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.36.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Self efficacy"
<b>Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαιείς;</b>	r	-0,14
	P	0,262
<b>Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;</b>	r	0,03
	P	0,813
<b>Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;</b>	r	-0,09
	P	0,454
<b>Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;</b>	r	0,02
	P	0,856
<b>Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;</b>	r	-0,02
	P	0,889

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

## Επίδραση δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της κλίμακας των αντιλαμβανόμενων εμποδίων των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.37.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

**Πίνακας 5.37.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

		Μεταβολή σε "Perceived Barriers"		P
		Μέση τιμή	SD	Student's t-test
Μορφωτικό επίπεδο	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	-5,54	6,53	0,262
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό	-3,52	5,74	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	<800ευρώ	-3,00	4,30	0,943*
	800-1500ευρώ	-4,00	6,01	
	>1500ευρώ	-3,79	6,48	
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμη/ Συμβίωση	-3,83	6,06	0,894
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	-4,13	4,22	
Σχέση με τον πατέρα	Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	-4,50	6,77	0,075*
	Καλή	-8,71	3,20	
	Πολύ καλή	-3,41	5,88	
Πρόβλημα κατά την κύηση	Ναι	-3,35	6,96	0,292
	Όχι	-4,87	4,84	
Κάπνισμα πριν την κύηση	Όχι	-3,98	5,90	0,605
	Ναι	-3,24	5,75	
Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κύηση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα	Όχι	-4,98	6,29	0,089
	Ναι	-2,69	5,17	
Η διατροφή σας κατά την κύηση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;	Καθόλου/ Λίγο	-4,00	4,76	0,872*
	Μέτρια	-3,44	5,45	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	-4,17	6,37	
Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;	Όχι	-4,47	6,17	0,279
	Ναι	-1,00	5,72	

\*ANOVA

Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.38.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.38.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Perceived Barriers"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός Τοκετός	-3,92	5,43	0,617
	Καισαρική Τομή	-4,82	7,44	
1) Επισκληρίδιος	Όχι	-4,06	4,74	0,974
	Ναι	-4,00	6,03	
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	Όχι	-4,94	4,12	0,242
	Ναι	-2,85	5,95	
4) Χρήση ωκυτοκίνης	Όχι	-4,83	4,47	0,537
	Ναι	-3,64	5,84	
5) Χρήση προσταγλανδίνης	Όχι	-3,97	4,94	0,118
	Ναι	2,17	8,04	
1)Επισκληρίδιος (KT)	Όχι	-6,00	7,07	0,862
	Ναι	-5,00	7,56	
2) Γενική νάρκωση (KT)	Όχι	-5,20	7,78	0,893
	Ναι	-6,00	7,07	
Έναρξη τοκετού	Αυτόματη έναρξη τοκετού	-4,67	5,85	0,160*
	Πρόκληση τοκετού	-1,00	7,55	
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	-6,22	4,63	
Εμβρυολκία	Όχι	-4,39	6,17	0,460
	Ναι	-1,67	5,51	
Περινεοτομή	Όχι	-4,00	6,71	0,789
	Ναι	-4,46	5,59	
Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)	Όχι	-4,60	5,59	0,115
	Ναι	-4,68	5,92	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που	Όχι	-4,27	6,43	0,961
	Ναι	-4,17	5,11	

μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας σχετικά με το ΜΘ;				
Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;	Όχι	-4,30	6,29	0,976
	Ναι	-4,24	6,19	

\*ANOVA

Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.39.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

**Πίνακας 5.39.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

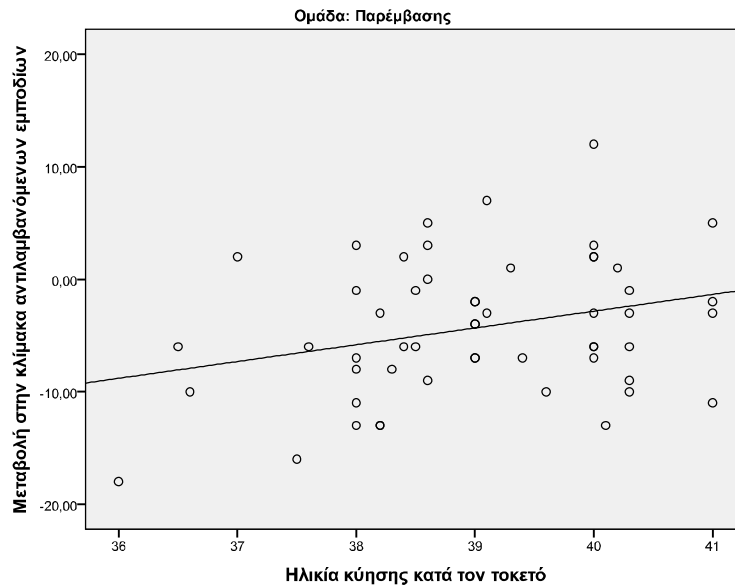
		Μεταβολή σε "Perceived Barriers"
<b>Ηλικία</b>	r	0,00
	P	0,972
<b>BMI (πριν την κύηση)</b>	r	-0,19
	P	0,097
<b>BMI (τώρα)</b>	r	-0,07
	P	0,562
<b>Ηλικία κύησης</b>	r	0,29
	P	<b>0,032</b>
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	r	0,42
	P	<b>0,003</b>
<b>Εάν θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας, για πόσο χρονικό διάστημα;</b>	r	0,13
	P	0,359
<b>Άδεια μετά τον τοκετό (μήνες)</b>	r	-0,09
	P	0,545

Υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία κύησης και τη διάρκεια τοκετού. Οπότε, όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία κύησης και όσο περισσότερο χρόνο διήρκτησε ο τοκετός, τόσο μικρότερη ήταν η μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων.



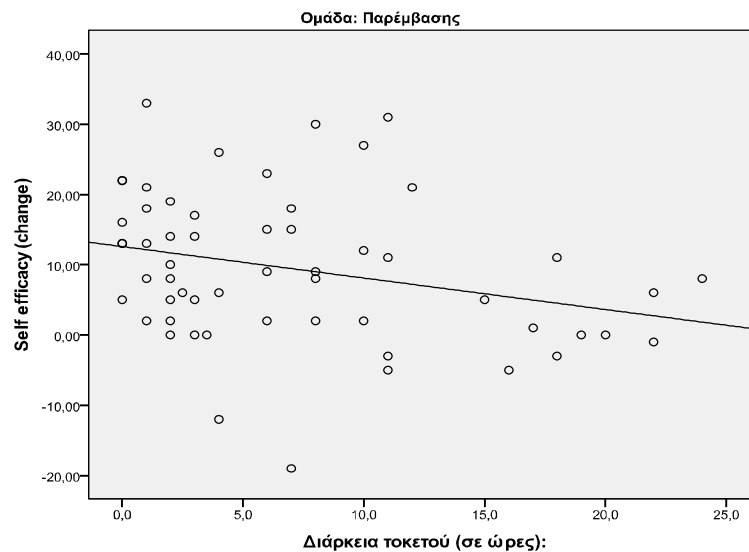
Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.15.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία κύησης.

**Γράφημα 5.15.** Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την ηλικία κύησης.



Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.16.) δίνεται η συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με τη διάρκεια τοκετού.

**Γράφημα 5.16.** Συσχέτιση της μεταβολής της κλίμακας αντιλαμβανόμενων εμποδίων με τη διάρκεια τοκετού



Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.40.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.40.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Perceived Barriers"
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαιείς;	r	0,11
	P	0,400
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;	r	-0,09
	P	0,490
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικόλογο;	r	-0,09
	P	0,508
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	r	-0,13
	P	0,303
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;	r	-0,17
	P	0,201

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

## Διερεύνηση της επίδρασης δημογραφικών και περιγεννητικών παραγόντων στη μεταβολή της κλίμακας κατάθλιψης των γυναικών που ανήκουν στην ομάδα παρέμβασης

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.41.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

**Πίνακας 5.41.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με δημογραφικά τους στοιχεία και στοιχεία του τρόπου ζωής πριν και κατά την κύηση.

		Μεταβολή σε "Depression"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Δημοτικό/ Γυμνάσιο/ Λύκειο	-0,20	2,11	0,642
	ΑΕΙ/ Μεταπτυχιακό	-0,56	2,86	
<b>Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα</b>	<800ευρώ	-1,57	2,23	0,310*
	800-1500ευρώ	-0,07	2,96	
	>1500ευρώ	-0,78	2,67	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμη/ Συμβίωση	-0,53	2,84	0,785
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	-0,25	1,39	
<b>Σχέση με τον πατέρα</b>	Πολύ κακή/ Κακή/ Μέτρια	-1,57	1,72	0,303*
	Καλή	-1,30	2,41	
	Πολύ καλή	-0,28	2,85	
<b>Πρόβλημα κατά την κύηση</b>	Ναι	-0,21	2,63	0,267
	Όχι	-0,88	2,83	
<b>Κάπνισμα πριν την κύηση</b>	Όχι	-0,66	2,73	0,465
	Ναι	-0,22	2,84	
<b>Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κύηση για τουλάχιστον 30' κάθε μέρα</b>	Όχι	-0,61	2,92	0,742
	Ναι	-0,42	2,58	
<b>Η διατροφή σας κατά την κύηση βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;</b>	Καθόλου/ Λίγο	0,80	3,03	0,201*
	Μέτρια	-1,08	3,11	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	-0,24	2,42	
<b>Καπνίζετε αυτή τη περίοδο;</b>	Όχι	-0,43	2,70	0,340
	Ναι	0,80	3,83	

\*ANOVA

Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.42.) δίνεται η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.42.** Μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Depression"		P Student's t-test
		Μέση τιμή	SD	
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός Τοκετός	-0,36	2,82	0,917
	Καισαρική Τομή	-0,29	2,65	
1) Επισκληρίδιος	Όχι	-0,86	2,73	0,268
	Ναι	0,04	2,82	
3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων	Όχι	-0,52	2,69	0,670
	Ναι	-0,17	2,96	
4) Χρήση ωκυτοκίνης	Όχι	-1,08	2,96	0,271
	Ναι	-0,08	2,69	
5) Χρήση προσταγλανδίνης	Όχι	-0,65	2,77	0,382
	Ναι	0,25	1,67	
1)Επισκληρίδιος	Όχι	1,00	2,83	0,436
	Ναι	-0,70	2,89	
2) Γενική νάρκωση	Όχι	-0,74	2,96	0,439
	Ναι	1,00	2,83	
Έναρξη τοκετού	Αυτόματη έναρξη τοκετού	-0,55	2,92	0,742*
	Πρόκληση τοκετού	0,18	1,47	
	Προγραμματισμένη καισαρική τομή	-0,44	3,54	
Εμβρυολκία	Όχι	-0,53	2,89	0,232
	Ναι	1,25	2,22	
Περινεοτομή	Όχι	-0,70	2,56	0,434
	Ναι	-0,15	3,12	
Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)	Όχι	0,00	1,73	0,772
	Ναι	-0,38	2,84	
Σας δόθηκαν οδηγίες από το προσωπικό του μαιευτηρίου για το που μπορείτε να απευθυνθείτε μετά την έξοδό σας για παροχή βοήθειας	Όχι	-0,29	2,88	0,700
	Ναι	-0,60	2,32	

σχετικά με το ΜΘ;				
Μετά την έξοδό σας από το μαιευτήριο, θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας;	Όχι	-0,64	2,82	0,666
	Ναι	-0,29	2,78	

\*ANOVA

Δεν διέφερε σημαντικά η μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.43.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

**Πίνακας 5.43.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την ηλικία, το BMI, την ηλικία κύησης, τη διάρκεια τοκετού και τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού

		Μεταβολή σε "Depression"
<b>Ηλικία</b>	r	-0,10
	P	0,339
<b>BMI (πριν την κύηση)</b>	r	-0,02
	P	0,863
<b>BMI (τόρα)</b>	r	0,04
	P	0,682
<b>Ηλικία κύησης</b>	r	0,04
	P	0,739
<b>Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	r	0,10
	P	0,406
<b>Εάν θηλάσατε αποκλειστικά το μωρό σας, για πόσο χρονικό διάστημα,</b>	r	-0,01
	P	0,934
<b>Άδεια μετά τον τοκετό (μήνες)</b>	r	0,07
	P	0,656

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.44.) δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

**Πίνακας 5.44.** Συντελεστές συσχέτισης του Pearson της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

		Μεταβολή σε "Depression"
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τις μαίες;	r	0,11
	P	0,357
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από τον παιδίατρο;	r	-0,03
	P	0,802
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;	r	-0,08
	P	0,514
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το οικογενειακό σας περιβάλλον;	r	-0,08
	P	0,495
Είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το σύντροφό σας;	r	0,08
	P	0,500

Δεν υπήρξε σημαντική συσχέτιση της μεταβολής της βαθμολογίας στην κλίμακα κατάθλιψης με την υποστήριξη που είχαν στο θηλασμό.

## Συσχέτιση του αποκλειστικού θηλασμού με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.45.) δίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) και αφορά σε όλες τις συμμετέχουσες.

**Πίνακας 5.45.** Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού.

		OR (95% ΔΕ)*	P
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου	1,00**	
	Παρέμβασης	2,72 (1,15 - 6,40)	0,022
<b>Είδος τοκετού</b>	Φυσιολογικός Τοκετός	1,00	
	Καισαρική Τομή	0,37 (0,16 - 0,85)	0,019

\*σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης) \*\*υποδηλώνει κατηγορία αναφοράς

Η ομάδα και το είδος τοκετού βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν 2,72 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά μετά την έξοδο από το μαιευτήριο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.
- Οι συμμετέχουσες που γέννησαν με καισαρική τομή είχαν κατά 63% μικρότερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά μετά την έξοδο από το μαιευτήριο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που γέννησαν φυσιολογικά.

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.46.) δίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη

διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) και αφορά μόνο στις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης.

**Πίνακας 5.46.** Πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης.

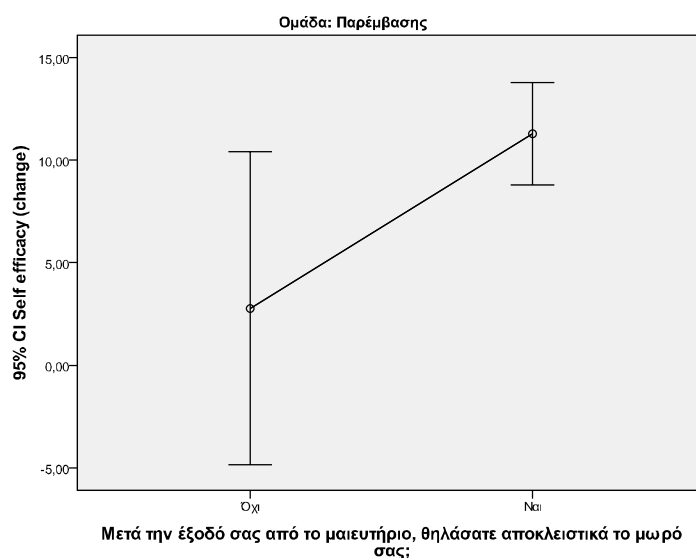
	OR (95% ΔΕ)	P
Μεταβολή σε "Self efficacy"	1,09 (1,02 - 1,17)	0,013

\*σχετικός λόγος (95% Διάστημα Εμπιστοσύνης)

Μόνο η μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας βρέθηκε να σχετίζεται με τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα, όσο περισσότερο αυξάνεται το self-efficacy τόσο αυξάνεται η πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά βγαίνοντας από το μαιευτήριο.

Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.17.) δίνεται η μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το αν θήλασαν αποκλειστικά βγαίνοντας από το μαιευτήριο.

**Γράφημα 5.17.** Μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με το αν θήλασαν αποκλειστικά βγαίνοντας από το μαιευτήριο.





## Συσχέτιση της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού με δημογραφικά και λοιπά στοιχεία των συμμετεχουσών

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.47.) δίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής εξάρτησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) και αφορά σε όλες τις συμμετέχουσες.

**Πίνακας 5.47.** Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης και τα στοιχεία τοκετού.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμη/ Συμβίωση (αναφ.)	0,00		
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	-2,56	0,77	<b>0,001</b>
<b>Ομάδα</b>	Ελέγχου (αναφ.)	0,00		
	Παρέμβασης	0,95	0,35	<b>0,009</b>

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

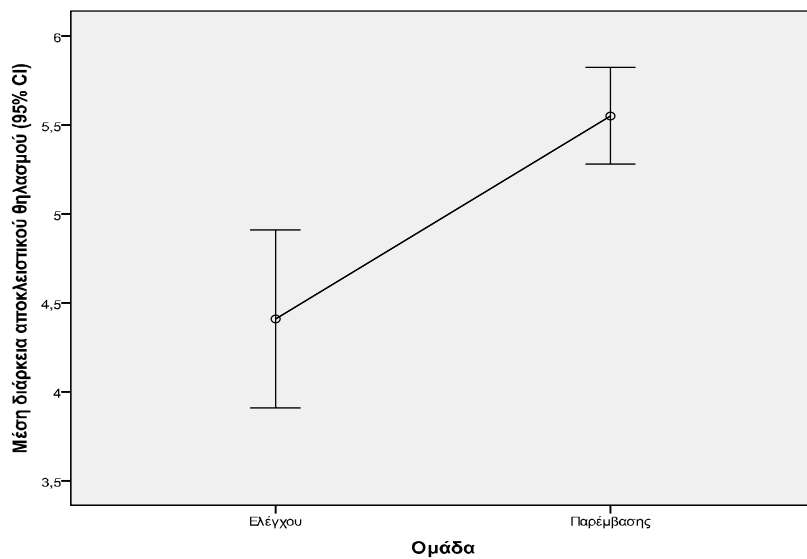
Η ομάδα και η οικογενειακή κατάσταση βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/διαζευγμένες είχαν κατά 2,56 μήνες μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση.
- Οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν κατά 0,95 μήνες μεγαλύτερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου.

Επίσης, στο σύνολο των γυναικών: Όσο αυξάνονταν τα συμπτώματα κατάθλιψης τους, πριν την παρέμβαση, τόσο λιγότερο χρόνο θήλασαν τα παιδιά τους ( $r=-0,17$ ,  $p=0,029$ ). Ενδεικτική ήταν η συσχέτιση αυτή στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό ( $r=-0,14$ ,  $p=0,074$ ).

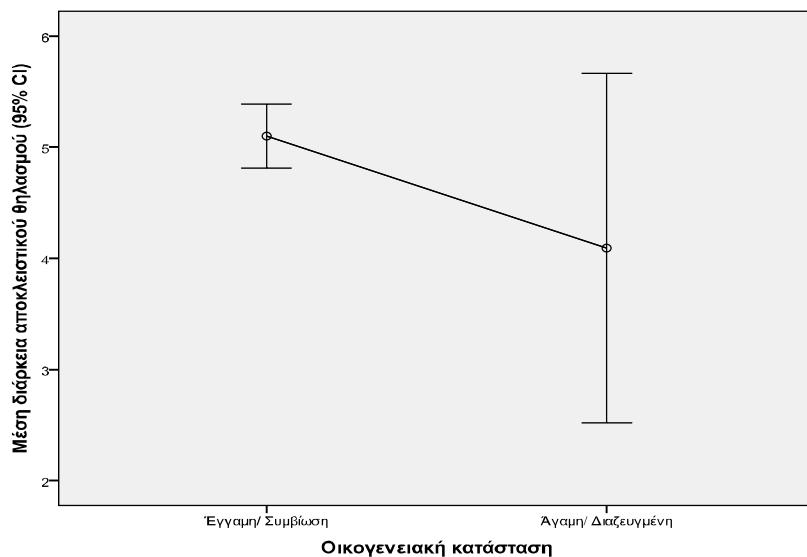
Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.18) δίνεται η διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.

**Γράφημα 5.18.** Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την ομάδα των συμμετεχουσών.



Στο γράφημα που ακολουθεί (Γράφημα 5.19.) δίνεται η διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών.

**Γράφημα 5.19.** Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχουσών.



Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.48.) δίνονται τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής γραμμικής εξάρτησης έχοντας σαν εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη

διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης. Η ανάλυση έγινε με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise method) και αφορά μόνο στις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης.

**Πίνακας 5.48.** Πολυπαραγοντική γραμμική εξάρτηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών, τα στοιχεία τρόπου ζωής πριν και κατά τη διάρκεια της κύησης, τα στοιχεία τοκετού και τις μεταβολές στις κλίμακες της μελέτης.

		$\beta^+$	SE <sup>++</sup>	P
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμη/ Συμβίωση (αναφ.)	0,00		
	Άγαμη/ Διαζευγμένη	-3,42	1,27	0,013
<b>Μεταβολή σε "Knowledge"</b>		0,49	0,18	0,013

<sup>+</sup>συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup>τυπικό σφάλμα συντελεστή

Η οικογενειακή κατάσταση και η μεταβολή στη βαθμολογία γνώσεων βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα:

- Οι συμμετέχουσες που ήταν άγαμες/διαζευγμένες είχαν κατά 3,42 μήνες μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση.
- Όσο περισσότερο αυξήθηκε η γνώση των συμμετεχουσών τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού.

## Στάθμιση ΠFAS

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.49.) δίνονται οι συντελεστές αξιοπιστίας όπως θα προέκυπταν αν αφαιρούνταν μία-μία ερώτηση από την κλίμακα ΠFAS καθώς και οι συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας.

**Πίνακας 5.49.** Συντελεστές αξιοπιστίας και συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας ΠFAS.

Ερώτηση	Μέση τιμή	SD	Διορθωμένες συσχετίσεις ερωτήσεων - κλίμακας	Cronbach's $\alpha$ αν αφαιρεθεί η ερώτηση
1	2,0	1,3	0,31	0,72
2	2,4	1,4	0,31	0,71
3	4,8	0,7	0,32	0,70
4	2,2	1,0	0,36	0,71
5	3,4	1,1	0,22	0,70
6	2,4	1,1	0,30	0,72
7	3,9	1,1	0,39	0,69
8	1,8	1,1	0,35	0,68
9	3,8	1,0	0,32	0,68
10	2,2	1,0	0,37	0,71
11	2,1	0,9	0,30	0,69
12	4,7	0,7	0,47	0,69
13	4,4	0,8	0,51	0,69
14	2,2	1,0	0,37	0,71
15	3,9	1,1	0,33	0,72
16	4,6	0,7	0,36	0,71
17	3,2	1,2	0,39	0,70

Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,71, άρα υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία αφού ο συντελεστής ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7). Η βαθμολογία της κλίμακας ΠFAS κυμαίνονταν 41 μέχρι 85 μονάδες με τη μέση τιμή να είναι 70 μονάδες ( $SD=7,6$

μονάδες). Το 74,3% των συμμετεχουσών ήταν ουδέτερες απέναντι στο θηλασμό, 11,2% ήταν θετικές απέναντι στο ξένο γάλα και 2,2% ήταν πολύ θετικές απέναντι στο ξένο γάλα. Το 12,3% των συμμετεχουσών ήταν θετικές απέναντι στο θηλασμό.

### Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για ΠFAS

Στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 5.50.) δίνονται τα αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου ΠFAS.

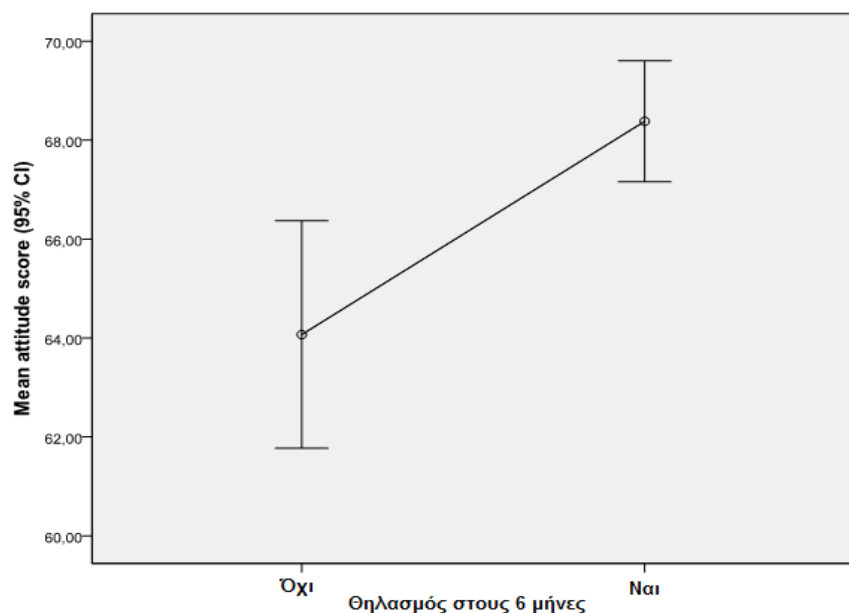
**Πίνακας 5.50.** Αποτελέσματα των επιβεβαιωτικών παραγοντικών αναλύσεων για τις διαστάσεις του Ερωτηματολογίου ΠFAS.

	GFI	CFI	RMSEA
ΠFAS	0,949	0,958	0,076

Μετά από επιδράσεις τροποποίησης, η επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση αποκάλυψε μια αποδεκτή προσαρμογή για το ΠFAS, όπου ο δείκτης GFI ήταν πάνω από 0,8 και κοντά στο 0,9 και ο δείκτης CFI ήταν πάνω από 0,9 που είναι το αποδεκτό όριο. Ο δείκτης RMSEA ήταν αποδεκτός και κάτω από 0,08.

Η προγνωστική ικανότητα του ΠFAS ήταν σημαντική για το θηλασμό στους 6 μήνες. Συγκεκριμένα, η μέση βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη ( $p=0,001$ ) στις γυναίκες που θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες (μέση τιμή (SD):68,4(6,6)) σε σύγκριση με εκείνες που δεν θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες (μέση τιμή (SD):64,0(7,5)), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.20.).

**Γράφημα 5.20.** Προγνωστική ικανότητα του IIFAS ήταν σημαντική για το θηλασμό στους 6 μήνες



Στην συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα IIFAS και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και στοιχεία που αφορούν το θηλασμό στο κοινωνικό περιβάλλον (Πίνακας 5.51.).

**Πίνακας 5.51.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα IIFAS και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και στοιχεία που αφορούν το θηλασμό στο κοινωνικό περιβάλλον.

	$\beta+$	SE++	P
Ηλικία κατά την κύηση	0,28	0,11	0,017
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Έως λύκειο (αναφορά)			
Πανεπιστήμιο/ Μεταπτυχιακές σπουδές	2,63	1,17	0,026
Υπάρχουν παιδιά που έχουν θηλάσει στο περιβάλλον σας;			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	3,23	1,16	0,006

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η ηλικία της μητέρας κατά την κύηση, το εκπαιδευτικό της επίπεδο και το αν υπήρχαν παιδιά που είχαν θηλάσει στο περιβάλλον τους βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην κλίμακα ΠΦΑΣ. Συγκεκριμένα:

- Όσο αυξάνεται η ηλικία της μητέρας τόσο αυξάνεται και η βαθμολογία στην κλίμακα ΠΦΑΣ.
- Οι γυναίκες που ήταν απόφοιτες πανεπιστημίου/ μεταπτυχιακών σπουδών είχαν κατά 2,63 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν το πολύ απόφοιτες λυκείου.
- Οι γυναίκες που είχαν στο περιβάλλον τους παιδιά που είχαν θηλάσει, είχαν κατά 3,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες.

## Στάθμιση BSES-SF

Στον πίνακα που ακολουθεί (Πίνακας 5.52.) δίνονται οι συντελεστές αξιοπιστίας όπως θα προέκυπταν αν αφαιρούνταν μία-μία ερώτηση από την κλίμακα BSES-SF καθώς και οι συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας.

**Πίνακας 5.52.** Συντελεστές αξιοπιστίας και οι συσχετίσεις ερωτήσεων – κλίμακας BSES-SF.

Ερώτηση	Μέση τιμή	SD	Διορθωμένες συσχετίσεις ερωτήσεων - κλίμακας	Cronbach's $\alpha$ αν αφαιρεθεί η ερώτηση
1	2,6	1,0	0,64	0,92
2	3,2	1,1	0,71	0,92
3	3,2	1,2	0,69	0,92
4	3,0	1,0	0,76	0,92
5	3,2	1,0	0,82	0,92
6	2,7	1,1	0,70	0,92
7	3,4	1,1	0,67	0,92
8	3,1	1,3	0,48	0,93
9	3,6	1,2	0,67	0,92
10	3,6	1,1	0,58	0,92
11	2,9	1,1	0,57	0,92
12	3,3	1,1	0,75	0,92
13	3,3	1,1	0,82	0,92
14	3,2	1,0	0,49	0,93

Βάσει της factor ανάλυσης με τη μέθοδο Principal Component (Rotation Method: varimax), οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε 1 παράγοντα. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης δίνονται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 5.53.).



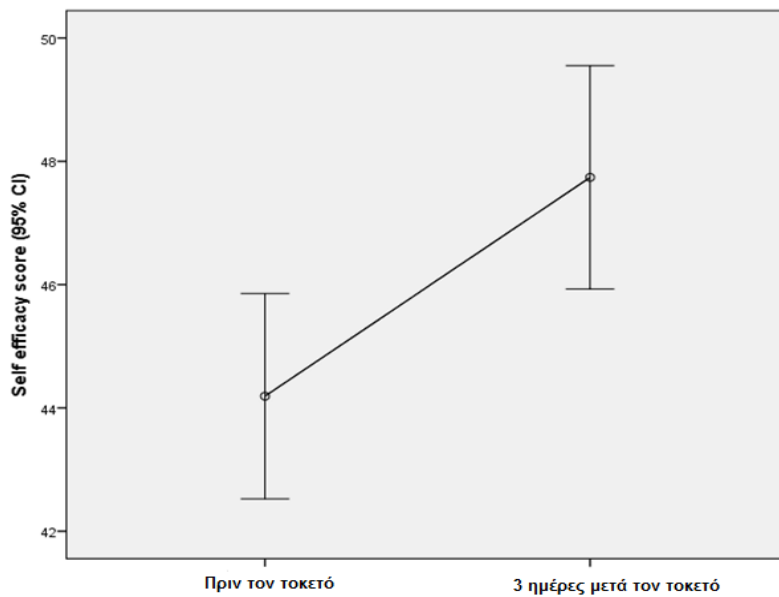
**Πίνακας 5.53.** Factor ανάλυσης με τη μέθοδο Principal Component (Rotation Method: varimax) για την κλίμακα BSES-SF

Ερώτηση	Φορτίο
1	0,70
2	0,77
3	0,74
4	0,80
5	0,85
6	0,75
7	0,72
8	0,54
9	0,71
10	0,62
11	0,63
12	0,81
13	0,86
14	0,56

Το ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγούσε ο παράγοντας αυτός ήταν 52,7%. Ο συντελεστής αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach ήταν 0,93, άρα υπήρξε αποδεκτή αξιοπιστία αφού ο συντελεστής ήταν άνω του αποδεκτού ορίου (0,7).

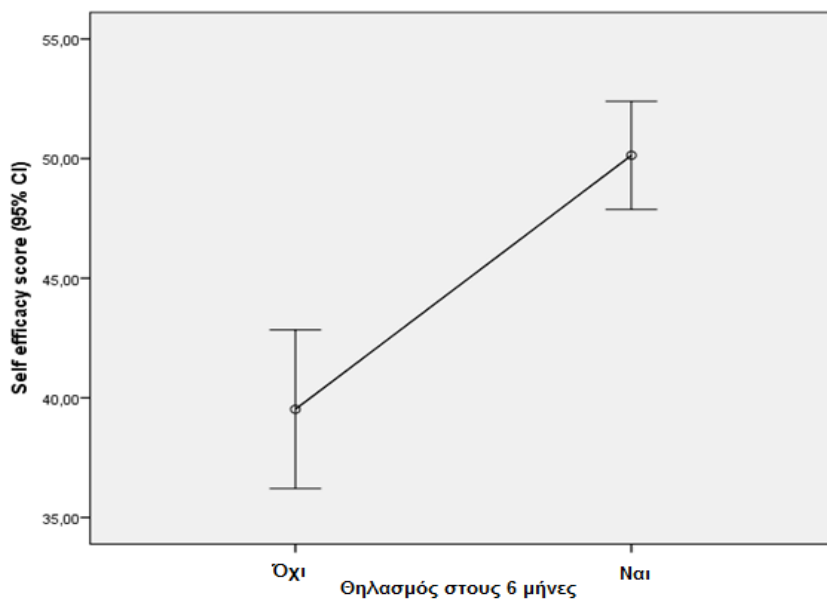
Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF πριν τον τοκετό ήταν 44,2 μονάδες ( $SD=11,1$  μονάδες) και στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό αυξήθηκε σημαντικά ( $p<0,001$ ) και έγινε ίση με 47,7 μονάδες ( $SD=12,1$  μονάδες), όπως φαίνεται στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.21.).

**Γράφημα 5.21.** Μέση βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF



Η προγνωστική ικανότητα της BSES-SF ήταν σημαντική για το θηλασμό στους 6 μήνες. Συγκεκριμένα, η μέση βαθμολογία στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό ήταν σημαντικά υψηλότερη ( $p < 0,001$ ) στις γυναίκες που θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες (μέση τιμή (SD): 50,1(11,9)) σε σύγκριση με εκείνες που δεν θήλαζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες (μέση τιμή (SD): 39,5(10,9)), όπως φαίνεται και στο ακόλουθο γράφημα (Γράφημα 5.22.).

**Γράφημα 5.22.** Προγνωστική ικανότητα της BSES-SF



Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων BSES-SF και EPDS τόσο πριν τον τοκετό ( $r = -0,23$ ,  $p = 0,002$ ) όσο και στις 3 ημέρες μετά ( $r = -0,22$ ,  $p = 0,008$ ),

υποδηλώνοντας ότι περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης σχετίζονταν με χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα.

Στην συνέχεια έγινε πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF και σαν ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και άλλα χαρακτηριστικά (Πίνακας 5.54.).

**Πίνακας 5.54.** Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF και με ανεξάρτητες τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχουσών καθώς και άλλα χαρακτηριστικά

	$\beta+$	SE++	P
Εκπαιδευτικό επίπεδο			
Έως λύκειο (αναφορά)			
Πανεπιστήμιο/ Μεταπτυχιακές σπουδές	5.79	2.10	0.007
Κατά την παραμονή σας στο μαιευτήριο είχατε υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο;			
Όχι (αναφορά)			
Ναι	5.82	1.81	0.007
Κλίμακα κατάθλιψης	-0.51	0.19	0.011

<sup>+</sup> συντελεστής εξάρτησης <sup>++</sup> τυπικό σφάλμα

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ύπαρξη υποστήριξης για το ΜΘ από το γυναικολόγο και η κλίμακα κατάθλιψης βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες που ήταν απόφοιτες πανεπιστημίου/ μεταπτυχιακών σπουδών είχαν κατά 5,79 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που ήταν το πολύ απόφοιτες λυκείου.
- Οι γυναίκες που είχαν υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο είχαν κατά 5,82 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν είχαν υποστήριξη για το ΜΘ από το γυναικολόγο.
- Όσο περισσότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των συμμετεχόντων τόσο μειώνεται η βαθμολογία στην κλίμακα BSES-SF.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει εάν η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων για τον θηλασμό, στα πλαίσια των συνεδριών προετοιμασίας γονεϊκότητας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, βελτιώνει το βαθμό της αυτοαποτελεσματικότητάς τους στο θηλασμό και, επιπλέον, σε ποιο βαθμό αυτό επιδρά στην έκβαση του. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η προγεννητική εκπαίδευση δύναται να επιδράσει θετικά τόσο στην αυτοαποτελεσματικότητα των μητέρων στο ΜΘ όσο και στην έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητά του.

Μέσω της συζήτησης που ακολουθεί, επιχειρείται η συσχέτιση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με τα ερευνητικά δεδομένα και το θεωρητικό πλαίσιο, όπως προέκυψαν μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που προηγήθηκε, καθώς και η ερμηνεία αυτών, όπου είναι δυνατό. Συγκεκριμένα, η συζήτηση αφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος, στην επίδραση της εκπαιδευτικής παρέμβασης στη μεταβολή των γνώσεων και της στάσης των γυναικών για το ΜΘ, στη μεταβολή της αυτοαποτελεσματικότητάς τους και της αντίληψής τους σχετικά με τα εμπόδια του θηλασμού, καθώς και στη μεταβολή προϋπάρχουσας καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Επίσης, θα διερευνηθεί ο ρόλος των δημογραφικών και άλλων στοιχείων που σχετίζονται με τις συμμετέχουσες στη μεταβολή των κλιμάκων της μελέτης καθώς και στην έκβαση του ΜΘ.

### 6.1. Επιμέρους χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η ομάδα παρέμβασης και η ομάδα ελέγχου είχαν ομοιογένεια ως προς τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής τους καθώς και το μαιευτικό τους ιστορικό. Συγκεκριμένα, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία, τον τόπο μόνιμης κατοικίας, την εθνικότητα, το μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, το κάπνισμα, την χρήση αλκοόλ, την εκτέλεση σωματικής άσκησης καθώς και στοιχεία της κήσης. Οι μοναδικές στατιστικώς σημαντικές διαφορές, που παρατηρήθηκαν αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειες καθώς και το ποσοστά εργασίας και άδειας από την εργασία μεταξύ των συμμετεχουσών των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα, ενώ οι έγκυες της ομάδας παρέμβασης εργάζονταν σε μεγαλύτερο ποσοστό είχαν παρόλα αυτά και μεγαλύτερη άδεια από την εργασία τους, εξισορροπώντας με αυτόν τον τρόπο τις δυσκολίες που δημιουργεί για το ΜΘ η επιστροφή στην εργασία (Steurer 2017). Επομένως, πληρούται η

προϋπόθεση της ισοδυναμίας, καθώς η ένταξη μιας ομάδας ελέγχου στην μελέτη είναι χρήσιμη μόνο εφόσον είναι ισοδύναμη με την ομάδα παρέμβασης αναφορικά με τα επιμέρους χαρακτηριστικά της (Shamma & Petosa 2014). Τυχόν διαφορές που θα προϋπήρχαν της παρέμβασης μεταξύ των συμμετεχόντων των δύο ομάδων θα οδηγούσαν σε μεροληψία, κάτι που απεφεύχθη μέσω της επιλογής δείγματος με τυχαίο τρόπο και μέσω της διενέργειας pre - test για τις μελετώμενες παραμέτρους. Ακόμη, το γεγονός ότι και στις δύο ομάδες οι περισσότερες από τις γυναίκες ήταν παντρεμένες και δήλωσαν ότι είχαν πολύ καλή σχέση με τον σύζυγό/σύντροφό τους διαμορφώνει μία θετική βάση για την επίτευξη των στόχων της παρέμβασης (Gibson-Davis & Brooks-Gunn 2007, Ertem, Votto, & Leventhal 2001, Li και συν. 2005).

Όσον αφορά το εάν οι συμμετέχουσες στην μελέτη είχαν θηλάσει και οι ίδιες ως παιδιά φάνηκε ότι τα ποσοστά ήταν 59,1% για την ομάδα παρέμβασης και 67,4% για την ομάδα ελέγχου, ενώ τα ποσοστά σχετικά με το εάν ο ΜΘ αποτελούσε συνήθη πρακτική στο περιβάλλον τους ήταν 88,2% για την ομάδα παρέμβασης και 76,3% για την ομάδα ελέγχου. Ενώ λοιπόν το ποσοστό για την ομάδα παρέμβασης ήταν χαμηλότερο αναφορικά με το εάν είχαν θηλάσει και οι ίδιες από την άλλη ήταν υψηλότερο για το εάν ο θηλασμός αποτελούσε συνήθη πρακτική στο περιβάλλον τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι σημαντικά για τον προσδιορισμό του δείγματος, καθώς, σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση (Di Manno και συν. 2015), φάνηκε ότι, το να έχει θηλάσει η ίδια η μητέρα ως παιδί, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της πρόθεσης και της συμπεριφοράς της ως προς το θηλασμό. Συμπεριφορές μέσα στην οικογένεια, που χαρακτηρίζονται από σεβασμό για το ΜΘ και οι οποίες βιώνονται, ανακαλούνται ή συζητούνται κατά τη διάρκεια των προ της σύλληψης ετών φαίνεται να επηρεάζουν μελλοντικές προθέσεις που οδηγούν σε θετική συμπεριφορά για το θηλασμό (Di Manno και συν. 2015). Αξιοσημείωτο είναι και το υψηλό ποσοστό πρόθεσης θηλασμού και στις δύο ομάδες της μελέτης καθώς έχει φανεί ότι η πρόθεση για ΜΘ σχετίζεται τόσο με την έναρξη όσο και με τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του ΜΘ (Linares και συν. 2015, DiGirolamo και συν. 2005, Kessler και συν. 1995, Lawton και συν. 2012, Donath & Amir 2003, Bai και συν. 2010). Ωστόσο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, δεν παρατηρήθηκε ότι το να έχει θηλάσει η ίδια η μητέρα ως παιδί ή το να αποτελεί ο ΜΘ κοινή πρακτική στο περιβάλλον της, έχει κάποια στατιστικώς σημαντική επίδραση στα ποσοστά ΜΘ. Εντούτοις, για τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης, που είχαν δηλώσει ότι ο ΜΘ αποτελούσε κοινή πρακτική στο περιβάλλον τους, υπήρξε θετική επίδραση στην αυτοαποτελεσματικότητά τους, στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό.

Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι η παρατήρηση αποτελεί παράγοντα που διαμορφώνει την αυτοαποτελεσματικότητα του ανθρώπου. Η μάθηση μέσω της παρατήρησης συμπεριφορών άλλων μοντέλων, όπως π.χ. των μελών του οικογενειακού ή και φιλικού περιβάλλοντος που θηλάζουν, μπορεί να επιδράσει αποτελεσματικά στην αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, ειδικά όταν δεν υπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες. Η επίδραση της παρατήρησης εξαρτάται από τις ιδιότητες των μοντέλων καθώς και από τον τρόπο επίδειξης αυτών των πρακτικών. Έτσι, μοντέλα τα οποία έχουν παρεμφερή δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ομάδα στόχο (Dennis 1999, Bandura 2002).

## **6.2 Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή των γνώσεων και της στάσης των γυναικών που σχετίζονται με το ΜΘ.**

Η γνώση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ικανότητα των ανθρώπων να κατασκευάζουν την πραγματικότητα, να αυτορρυθμίζονται, να κωδικοποιούν πληροφορίες και να εκτελούν συμπεριφορές (Bandura 1986). Επίσης, η γνώση συνιστά δομικό χαρακτηριστικό των στάσεων, καθώς έχει λειτουργικό ρόλο στις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες που συνδέονται με τις στάσεις αλλά επηρεάζει και το βαθμό διασύνδεσης των πεποιθήσεων και εμπειριών με τις στάσεις (Krosnick & Pkaiety 1995). Ένας από τους λόγους που η αποτύπωση της γνώσης κεντρίζει το ερευνητικό ενδιαφέρον είναι ότι η αύξηση της γνώσης επηρεάζει τη συμπεριφορά καθώς οδηγεί σε αύξηση της συνοχής "στάσης-συμπεριφοράς" (Fabrigar και συν. 2006). Όταν το άτομο κληθεί να υιοθετήσει μία συμπεριφορά που σχετίζεται με τη στάση που έχει για το συγκεκριμένο θέμα, μπαίνει σε διαδικασία κρίσης της στάσης του που μπορεί να επηρεάζεται από το περιεχόμενο και την δομή της γνώσης που καθορίζει την στάση (Fabrigar, MacDonald, & Wegener 2005). Συνεπώς, η μέτρηση της γνώσης καθώς και η αξιολόγηση της στάσης των εγκύων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη κρίθηκε απαραίτητη καθώς η σύνδεση αυτών των παραμέτρων με την υιοθέτηση συμπεριφοράς είναι άμεση. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η εφαρμογή της εκπαιδευτικής παρέμβασης στόχευσε στην βελτίωση των γνώσεων και την τροποποίηση των στάσεων των εγκύων απέναντι στο ΜΘ.

Κατά τον έλεγχο της αξιολόγησης της παρέμβασης μέσω της μέτρησης των γνώσεων και της στάσης των μητέρων που σχετίζονται με το ΜΘ φάνηκε ότι, μετά τη παρέμβαση, οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης σημείωσαν σημαντική αύξηση των γνώσεων και βελτίωση των στάσεων σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου, αποτέλεσμα που είναι σύμφωνο και με προηγούμενες μελέτες (Joshi και συν. 2016, Panahi και συν. 2017,

Seighali και συν. 2014, Hanafi και συν. 2014, Ho & McGrath 2016). Ακόμη, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο περισσότερο αυξήθηκε η γνώση των συμμετεχουσών τόσο μεγαλύτερη ήταν η διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξαν μελέτες των Stuebe & Bonuck (2011), όπου η αύξηση της γνώσης σχετίστηκε με την πρόθεση για θηλασμό, οι μελέτες των Zimmerman και συν. (1999) και Hartley και συν. (1996), όπου παρατηρήθηκε αύξηση της έναρξης του ΜΘ μετά από παρεμβάσεις που στόχευαν στην αύξηση των γνώσεων, και μελέτες των Pugin και συν. (1996), McLeod (2002) και Susin και συν. (1999) όπου η αύξηση των γνώσεων μέσω παρεμβάσεων συσχετίστηκε με αύξηση των ποσοστών του ΜΘ στους 6 μήνες. Ωστόσο, σε άλλες μελέτες, η γνώση των συστάσεων για 6μηνη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού φάνηκε να επηρεάζει σημαντικά την διάρκεια (Kang και συν.2015) αλλά όχι και την αποκλειστικότητα του ΜΘ (Wallenborn και συν. 2017, Coppieters και συν. 2014, CDC 2014).

Αντίστοιχα, στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης οι οποίες μετά την παρέμβαση είχαν θετικότερη στάση απέναντι στο θηλασμό θήλασαν με μεγαλύτερη διάρκεια αποκλειστικά σε σχέση με τις συμμετέχουσες στην ομάδα ελέγχου. Η στάση λοιπόν που έχει μία γυναίκα σε σχέση με το θηλασμό φαίνεται ότι επηρεάζει την πρόθεση έναρξης, την έναρξη και τη διάρκεια του, αποτέλεσμα που είναι σύμφωνο και με προηγούμενες έρευνες (Jessri και συν. 2013, Stuebe & Bonuck 2011, Borra 2015, De la Mora 1999, Bai και συν.2010, Bertino και συν. 2012, Cox και συν. 2015, Kang και συν.2015).

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση δύναται να βελτιώσει τις γνώσεις και να τροποποιήσει τη στάση των εγκύων σε σχέση με το ΜΘ καθώς και να επηρεάσει τα ποσοστά έκβασής του.

### **6.3 Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή της αυτοαποτελεσματικότητας των γυναικών που σχετίζεται με το ΜΘ.**

Η αυτοαποτελεσματικότητα αφορά στην πίστη που έχει ένα άτομο σχετικά με την ικανότητά του να εκτελέσει επιτυχώς μία δράση με σκοπό να αποκτήσει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι σημαντική καθώς τα άτομα με υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα για μία συγκεκριμένη λειτουργία τείνουν να προσπαθούν περισσότερο και βιώνουν θετικότερα συναισθήματα κατά την εκτέλεσή της (Bandura, 1977). Καθώς λοιπόν η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ένας βασικός παράγοντας στην άσκηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς (Bandura 1986) κρίθηκε απαραίτητη η μέτρηση της αυτοαποτελεσματικότητας των εγκύων που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη προκειμένου

να διερευνηθεί κατά πόσο η παρέμβαση συνέβαλε στην αύξηση της αποτελεσματικότητας και κατά πόσο και αυτό οδήγησε στην αύξηση των ποσοστών του ΜΘ.

Αναφορικά με την αξιολόγηση της παρέμβασης μέσω της μέτρησης της αυτοαποτελεσματικότητας των εγκύων σχετικά με το ΜΘ φάνηκε ότι, μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης είχαν σημαντικά μεγαλύτερη αυτοαποτελεσματικότητα σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου, γεγονός που είναι σύμφωνο και με αρκετές προηγούμενες μελέτες (Dodt και συν. 2015, Ansari και συν. 2014, Noel-Weiss και συν. 2006, Awano & Shimada 2010, Wu και συν. 2014, Otsuka και συν. 2014, Chan Man και συν. 2016, Araban και συν. 2018) αλλά όχι και με άλλες (Bunik και συν. 2010, McQueen και συν. 2011, Laliberte και συν. 2016). Επιπλέον, μέσω της πολυπαραγοντικής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε ότι η μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας σχετίζεται με τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο, αποτέλεσμα που είναι σύμφωνο και με προηγούμενες έρευνες (Ansari και συν. 2014, Chan Man και συν. 2016, Noel-Weiss και συν. 2006, Wu και συν. 2014, Dodt και συν. 2015, Otsuka και συν. 2014). Η παρέμβαση, επομένως, ήταν επιτυχής στην αύξηση του επιπέδου αυτοαποτελεσματικότητας και στην αύξηση του ποσοστού των μητέρων που θήλασαν αποκλειστικά. Ο μηχανισμός μέσω του οποίου η παρέμβαση επέδρασε στην αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να συνοψιστεί στις ακόλουθες βασικότερες πηγές πληροφόρησης που μπορούν να επηρεάσουν το πώς αντιλαμβάνεται κάθε γυναίκα την εμπειρία της με το ΜΘ και διαμορφώνουν την αυτοαποτελεσματικότητά της και συγκεκριμένα: α) στα προσωπικά επιτεύγματα, β) την παρατήρηση, γ) τη λεκτική πειθώ, δ) τις οργανικές και συναισθηματικές καταστάσεις (Dennis 1999, Bandura 2002). Για την υλοποίηση των συγκεκριμένων πηγών πληροφόρησης συνέβαλαν στοιχεία από το περιεχόμενο του μαθήματος-παρέμβασης όπως: η χρήση κούκλας για αναπαράσταση του ΜΘ, η συζήτηση μεταξύ της μαίας και των μελών της ομάδας σχετικά με το πώς μπορεί να οργανωθεί καλύτερα ο χώρος στο σπίτι για την εξασφάλιση ενός άνετου θηλασμού, η ενημέρωση της θηλάζουσας για τις πρακτικές δυσκολίες που θα προκύψουν και τρόποι αντιμετώπισης, η προβολή βίντεο, εικόνων και slides που αναπαριστούν επιτυχείς εικόνες θηλασμού, η λεκτική ενθάρρυνση από τη μαία σχετικά με την προοπτική επιτυχούς θηλασμού, η ενημέρωση σχετικά με τις φυσιολογικές και συναισθηματικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά την γαλουχία καθώς και πρακτικές συμβουλές αναφορικά με την επιτυχή διαχείριση του πόνου και της κούρασης που βιώνει η θηλάζουσα.



Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση δύναται να αυξήσει την αυτοαποτελεσματικότητα και να επιδράσει θετικά στα ποσοστά του αποκλειστικού ΜΘ.

#### **6.4 Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή των αντιλαμβανόμενων εμποδίων των γυναικών που σχετίζονται με το ΜΘ.**

Τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια αναφέρονται στην αξιολόγηση ενός ατόμου σχετικά με τα εμπόδια που υπάρχουν στην υιοθέτηση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς. Οι δυνητικά αρνητικές πτυχές μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, όπως τις αντιλαμβάνεται το άτομο, ενδέχεται να λειτουργήσουν αναχαιτιστικά στην υιοθέτηση συνιστώμενων συμπεριφορών. Το άτομο αξιολογεί με μια διαδικασία κόστους - οφέλους την αποτελεσματικότητα της δράσης απέναντι σε διάφορες πεποιθήσεις που σχετίζονται με αυτή (Janz και συν. 1984). Τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια περιλαμβάνουν την αντιληπτή ενόχληση, δαπάνη, κίνδυνο και δυσφορία (π.χ. πόνο, συναισθηματική αναστάτωση) που εμπλέκονται στην υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς (Rosenstock 1974). Σε μελέτη της McCann (2007) που αφορούσε, μεταξύ άλλων, και την καταγραφή των αντιλαμβανόμενων εμποδίων 874 μητέρων σχετικά με το ΜΘ, φάνηκε ότι μεταξύ των πλέον αναφερόμενων εμποδίων ήταν ότι: με το ΜΘ η μητέρα δεν γνωρίζει ότι το μωρό σιτίζεται με επαρκή ποσότητα γάλακτος, ο θηλασμός σε δημόσιο χώρο δεν είναι επιθυμητός και υπάρχουν δυσκολίες που σχετίζονται με πρακτικά θέματα.

Λόγω της σημασίας που έχουν, λοιπόν, τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια στην υιοθέτηση συμπεριφοράς υγείας θεωρήθηκε σκόπιμη η καταγραφή των αντιλαμβανόμενων εμποδίων σχετικά με το ΜΘ στις έγκυες που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσο η παρέμβαση συνέβαλε στην αναχαίτιση αυτών των εμποδίων και κατά επέκταση στην αύξηση των ποσοστών του ΜΘ. Κατά την αξιολόγηση της παρέμβασης, λοιπόν, φάνηκε ότι μετά την παρέμβαση αλλά και 3 μέρες μετά τον τοκετό, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης αντιλαμβάνονταν σημαντικά λιγότερα εμπόδια σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Τα εμπόδια αυτά αφορούσαν την 'αντίληψη ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος', την 'αμηχανία για θηλασμό σε δημόσιους χώρους', την 'αμηχανία για θηλασμό μπροστά σε μέλη της οικογένειας', την 'ασθένεια μητέρας', τη 'λήψη αντισυλληπτικών', την 'εργασία', την 'ασθένεια που θα μπορούσε να μεταφερθεί στα παιδιά με το ΜΘ' καθώς και την 'κατάθλιψη λόγω άρνησης του μωρού να θηλάσει'. Η ενημέρωση η οποία δόθηκε κατά τη διάρκεια του μαθήματος φαίνεται ότι λειτούργησε θετικά στην τροποποίηση της αντίληψης αυτών των εμποδίων.

Επιπλέον, η διακοπή του θηλασμού "λόγω ανεπαρκούς ποσότητας γάλακτος", "λόγω ερεθισμένων θηλών" και "λόγω κούρασης της μητέρας", συνέβη σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου σε σύγκριση με την ομάδα παρέμβασης. Σχετικά με τους δύο πρώτους αναφερόμενους λόγους διακοπής του θηλασμού γίνεται αντιληπτό ότι η εκπαίδευση των γυναικών της ομάδας παρέμβασης σχετικά με τη φυσιολογία της γαλουχίας καθώς και η εκμάθηση της σωστής τεχνικής του θηλασμού, λειτούργησαν αναχαιτιστικά ως προς την επίκληση αυτών των λόγων για τη διακοπή του ΜΘ. Ωστόσο, δεν δύναται να δοθεί κάποια εξήγηση σχετικά με τον αναφερόμενο λόγο "κούραση της μητέρας", που εντοπίστηκε σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η εκπαιδευτική παρέμβαση ήταν επιτυχής ως προς την μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων σχετικά με το ΜΘ καθώς και ως προς την αντίληψη των λόγων διακοπής αυτού.

### **6.5 Επίδραση της παρέμβασης στη μεταβολή της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των γυναικών.**

Από τα βιβλιογραφικά δεδομένα προκύπτει η υψηλή συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη καθώς και η επιρροή της στη εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης (Figueiredo και συν., 2007, Milgrom και συν. 2008) καθώς η παρουσία κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την κατάθλιψη της λοχείας (Figueiredo και συν., 2007, Milgrom και συν., 2008, Yonkers και συν., 2001). Παρομοίως και στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες της ομάδας έλεγχου που παρουσίασαν υψηλά ποσοστά κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη (32,7%), όχι μόνο διατήρησαν αλλά και αύξησαν το ποσοστό τους 3 μέρες μετά τον τοκετό (34,3%), ενώ οι γυναίκες της ομάδας παρέμβασης που παρουσίασαν επίσης υψηλό ποσοστό κατάθλιψης κατά την εγκυμοσύνη (25,7%) μείωσαν τελικά το ποσοστό τους 3 μέρες μετά τον τοκετό (19,6%). Επομένως, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η παρέμβαση επέδρασε θετικά στην μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης, που διατηρήθηκε ακόμη και την 3η ημέρα μετά τον τοκετό. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με μελέτη των Hayes και συν. όπου εφαρμόστηκε εκπαιδευτική προγεννητική παρέμβαση η οποία όμως δεν φάνηκε να επιδρά θετικά μεταξύ των ομάδων παρέμβασης και ελέγχου. Αν και υπήρξε βελτίωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά την μεταγεννητική περίοδο, αυτή ήταν ίδια και στις δύο ομάδες υποδηλώνοντας την αναποτελεσματική επίδραση της παρέμβασης. Οι διαφορές αυτές μεταξύ των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης και της μελέτης του Hayes, μπορεί να οφείλονται στο

διαφορετικό μεθοδολογικό σχεδιασμό, καθώς η αξιολόγηση των συμπτωμάτων στην μελέτη των Hayes και συν. πραγματοποιήθηκε προγεννητικά μεταξύ της 12ης-28ης εβδομάδας κύησης, δηλαδή σημαντικά νωρίτερα σε σχέση με την παρούσα μελέτη, δεν υλοποιήθηκε pre-post test, και επίσης μεταγεννητικά πραγματοποιήθηκε σε δύο περιόδους, δηλαδή μεταξύ της 8ης - 12ης εβδομάδας καθώς και μεταξύ της 16ης - 24ης εβδομάδας. Αντιθέτως, στην παρούσα μελέτη η μέτρηση έγινε μόλις 3 μέρες μετά τον τοκετό και για αυτό δεν γνωρίζουμε την ψυχολογική κατάσταση των γυναικών κατά την εξελικτική πορεία της μεταγεννητικής περιόδου. Επιπλέον, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι μολονότι η περίοδος μετά τον τοκετό είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, η κατάθλιψη έχει αναφερθεί ότι αρχίζει μεταξύ του δεύτερου και τρίτου μήνα μετά τον τοκετό (Kumar and Robson, 1984, O'Hara, 1997). Εξετάζοντας, λοιπόν, τα συμπτώματα κατάθλιψης νωρίτερα από τον πρώτο μήνα μετά τον τοκετό ουσιαστικά εντοπίζεται η ύπαρξη συμπτωμάτων θλίψης της λοχείας (Kennerley and Gath, 1989) και όχι της επιλόχειας κατάθλιψης.

Ακόμη, μελέτες δείχνουν συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κατά την προγεννητική περίοδο και της έκβασης του ΜΘ (Rahman και συν. 2015, Figueiredo και συν. 2014, Weobong και συν. 2014, Ahlqvist-Björkroth και συν. 2016). Η παρουσία κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνδέεται με μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού (Rahman και συν. 2015, Figueiredo και συν. 2014) και η συνέχιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από την προγεννητική έως και την μεταγεννητική περίοδο φαίνεται ότι επηρεάζει την επιτυχή έκβαση του ΜΘ (Ahlqvist-Björkroth και συν. 2016). Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση των Dias and Figueiredo (2015), φαίνεται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία κατά την περίοδο της λοχείας προηγείται και οδηγεί σε πρόωμη διακοπή του ΜΘ. Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες είναι και τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, όπου φάνηκε ότι όσο αυξάνονταν τα συμπτώματα κατάθλιψης των γυναικών, πριν την παρέμβαση, τόσο λιγότερο χρόνο θήλασαν τα παιδιά τους ( $r=-0,17$ ,  $p=0,029$ ). Ενδεικτική ήταν η συσχέτιση αυτή στις 3 ημέρες μετά τον τοκετό ( $r=-0,14$ ,  $p=0,074$ ).

#### **6.6 Συσχέτιση των μεταβολών των κλιμάκων της μελέτης με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης**

Όσον αφορά στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στις κλίμακες γνώσεων και στάσεων απέναντι στο ΜΘ ανάλογα με δημογραφικά

χαρακτηριστικά και στοιχεία του τρόπου ζωής τους (εκτέλεση ήπιας άσκησης, υιοθέτηση προτύπου μεσογειακής διατροφής, κάπνισμα), αυτές δε διέφεραν σημαντικά.

Αντίθετα, παρατηρήθηκε μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στις κλίμακες γνώσεων και στάσεων ανάλογα με το BMI τους, στοιχεία από τον τοκετό τους και στοιχεία που αφορούν στο θηλασμό.

Συγκεκριμένα, στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερο ήταν το BMI πριν την κύηση τόσο μεγαλύτερη ήταν η βελτίωση στις γνώσεις και στάσεις απέναντι στο θηλασμό. Προφανώς, η εκπαιδευτική παρέμβαση οδήγησε σε στατιστικώς σημαντική μεταβολή στη συγκεκριμένη κατηγορία γυναικών καθώς σε αυτές υπήρχαν αρχικά μειωμένες γνώσεις και δυσμενέστερη στάση για το θηλασμό. Σύμφωνα με τρεις συστηματικές ανασκοπήσεις (Turcksin και συν. 2014, Wojcicki 2011, Amir και Donath 2007) το αυξημένο BMI συνδέεται με μειωμένη πρόθεση, έναρξη και διάρκεια θηλασμού, με περιορισμένη παροχή γάλακτος, με καθυστερημένη έναρξη της φάσης λακτογένεσης II και μπορεί έτσι να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου για ανεπιθύμητη έκβαση του θηλασμού, με αιτίες που μπορεί να είναι βιολογικές, ψυχολογικές, συμπεριφοράς ή πολιτισμικές (Ramji και συν. 2016).

Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της βαθμολογίας στάσεων, υποδηλώνοντας σημαντική επιδείνωση των στάσεων για το ΜΘ στις συμμετέχουσες στις οποίες διενεργήθηκε αναρροφητική εμβρυουλκία ( $p=0,001$ ). Πιθανή εξήγηση για αυτή τη διαφοροποίηση θα μπορούσε να αποδοθεί στις ψυχολογικές και οργανικές επιπλοκές που δημιουργεί η υιοθέτηση αυτής της πρακτικής. Σύμφωνα με μελέτες, μητέρες στις οποίες εφαρμόστηκε αναρροφητικός εμβρυουλκός παρουσίασαν συμπτώματα απογοήτευσης λόγω της απροσδόκητης έκβασης του τοκετού (Saisto 2001) αλλά και συμπτώματα θλίψης (Fisher 1997), ανησυχίας και κατάθλιψης κατά τη μεταγεννητική περίοδο (Koo 2003, Boyce 1992). Επίσης, οι οργανικές επιπλοκές από τη χρήση της εμβρυουλκίας τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό (Ali 2009), ενδεχομένως επιδρούν αρνητικά στην ομαλή έναρξη του ΜΘ και, ως εκ τούτου, οδηγούν στην επιδείνωση των στάσεων.

Ακόμη, σύμφωνα με την παρούσα μελέτη οι μητέρες οι οποίες τελικά θήλασαν για περισσότερο χρόνο αποκλειστικά το μωρό τους ήταν αυτές που σημείωσαν τη μικρότερη αύξηση των γνώσεων για το ΜΘ, καθώς είχαν ήδη αυξημένα επίπεδα γνώσεων. Η γνώση συνιστά δομικό χαρακτηριστικό των στάσεων, καθώς έχει λειτουργικό ρόλο στις πεποιθήσεις και τις εμπειρίες που συνδέονται με τις στάσεις αλλά επηρεάζει και το βαθμό διασύνδεσης

των πεποιθήσεων και εμπειριών με τις στάσεις (Krosnick & Petty 1995). Η γνώση επηρεάζει τη συμπεριφορά καθώς οδηγεί σε αύξηση της συνοχής "στάσης-συμπεριφοράς" (Fabrigar και συν. 2006). Όταν το άτομο κληθεί να υιοθετήσει μία συμπεριφορά που σχετίζεται με τη στάση που έχει για το συγκεκριμένο θέμα μπαίνει σε διαδικασία κρίσης της στάσης του που μπορεί να επηρεάζεται από το περιεχόμενο και την δομή της γνώσης που καθορίζει την στάση (Fabrigar, MacDonald, & Wegener 2005).

Όσον αφορά στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία του τρόπου ζωής τους (εκτέλεση ήπιας άσκησης, υιοθέτηση προτύπου μεσογειακής διατροφής, κάπνισμα), αυτή δε διέφερε σημαντικά.

Αντίθετα, παρατηρείται πως η κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας μεταβάλεται θετικά ανάλογα με το εάν ο θηλασμός αποτελεί συνήθη πρακτική στο περιβάλλον της γυναίκας. Η μάθηση μέσω της παρατήρησης συμπεριφορών άλλων μοντέλων, όπως π.χ. των μελών του οικογενειακού ή και φιλικού περιβάλλοντος που θηλάζουν, μπορεί να επιδράσει αποτελεσματικά στην αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, ειδικά όταν δεν υπάρχουν προηγούμενες εμπειρίες. Η επίδραση της παρατήρησης εξαρτάται από τις ιδιότητες των μοντέλων καθώς και από τον τρόπο επίδειξης αυτών των πρακτικών. Έτσι, μοντέλα τα οποία έχουν παρεμφερή δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ομάδα στόχο (Dennis 1999, Bandura 2002). Επίσης, παρατηρείται συσχέτιση στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας με την αποκλειστικότητα του ΜΘ μετά την έξοδο από το μαιευτήριο. Συγκεκριμένα, οι μητέρες που δεν θήλασαν αποκλειστικά μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο αξιολογήθηκαν ότι είχαν σημαντική μείωση στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο (3η ημέρα μετά τον τοκετό), σε σχέση με εκείνες που θήλασαν αποκλειστικά και αξιολογήθηκαν ότι είχαν σημαντική αύξηση της κλίμακας (3η ημέρα μετά τον τοκετό). Αντίστοιχα, σύμφωνα με τα ευρήματα της συστηματικής ανασκόπησης των Brockway και συν. φάνηκε ότι η υψηλή αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά ΜΘ.

Απ' την άλλη, ο πολύωρος τοκετός φαίνεται στην παρούσα μελέτη ότι επηρεάζει αρνητικά την αυτοαποτελεσματικότητα για το ΜΘ. Σε μελέτες έχει φανεί η αρνητική επίδραση του παρατεταμένου τοκετού στο πώς βιώνει η γυναίκα την εμπειρία του τοκετού της (Nystedt & Hildingsson, 2014). Οι αρνητικές εμπειρίες τοκετού θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε δυσκολίες στη μετάβαση στη μητρότητα και να περιορίσουν την ικανότητα των γυναικών να

είναι συναισθηματικά διαθέσιμες για το παιδί τους δημιουργώντας έτσι επιπτώσεις στην πρόωμη μεταξύ τους σχέση (Nystedt, Högberg, & Lundman 2008), γεγονός που θα μπορούσε να έχει επιπτώσεις και στην αυτοαποτελεσματικότητά τους.

Όσον αφορά στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με δημογραφικά χαρακτηριστικά και στοιχεία του τρόπου ζωής τους (εκτέλεση ήπιας άσκησης, υιοθέτηση προτύπου μεσογειακής διατροφής, κάπνισμα), αυτή δε διέφερε σημαντικά.

Αντίθετα, παρατηρήθηκε μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα αντιλαμβανόμενων εμποδίων ανάλογα με στοιχεία που αφορούν στον τοκετό. Η μεγάλη διάρκεια του τοκετού φαίνεται ότι επηρεάζει αρνητικά την μείωση των αντιλαμβανόμενων εμποδίων καθώς ο παρατεταμένος τοκετός δημιουργεί αρνητική εμπειρία τοκετού καθώς και δυσαρέσκεια και απογοήτευση τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα (Nystedt A, Hogberg U, Lundman B 2005, Rijnders και συν. 2008).

Όσον αφορά στη μεταβολή της βαθμολογίας των συμμετεχουσών της ομάδας παρέμβασης στην κλίμακα κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, στοιχεία του τρόπου ζωής τους (εκτέλεση ήπιας άσκησης, υιοθέτηση προτύπου μεσογειακής διατροφής, κάπνισμα) και στοιχεία του τοκετού τους, αυτή δε διέφερε σημαντικά. Ωστόσο, δημιουργούνται ερωτηματικά σχετικά με το γεγονός ότι, ενώ στην παρούσα μελέτη, η αναρροφητική εμβρυουλκία ήταν προγνωστικός παράγοντας επιδείνωσης των στάσεων των μητέρων για το ΜΘ, παρόλα αυτά αυτό δεν φάνηκε να επιδρά στην κλίμακα κατάθλιψης. Σε αντίθεση με τα δικά μας ευρήματα, άλλες μελέτες καταλήγουν στο ότι η αναρροφητική εμβρυουλκία σχετίζεται με συμπτώματα απογοήτευσης (Saisto 2001), θλίψης (Fisher 1997), ανησυχίας και κατάθλιψης (Koo 2003, Boyce 1992).

#### **6.7 Έλεγχος της επίδρασης της παρέμβασης στην έκβαση του ΜΘ (έναρξη, διάρκεια, τύπος θηλασμού)**

Η παρέμβαση ήταν αποτελεσματική σε σχέση με την έκβαση του ΜΘ (έναρξη, διάρκεια, τύπος θηλασμού) στις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης.

Συγκεκριμένα, οι μητέρες της ομάδας παρέμβασης ξεκίνησαν το ΜΘ αμέσως μετά τον τοκετό τους (μέσα στο πρώτο μισάωρο) σε ποσοστό 94.1% (σε σύγκριση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου που είχαν ποσοστό 80.0%) και κατά την παραμονή τους στο μαιευτήριο

θήλασαν αποκλειστικά το μωρό τους σε ποσοστό 63,1% (σε σύγκριση με τις μητέρες της ομάδας ελέγχου που είχαν ποσοστό 56,0%).

Όσον αφορά στην έναρξη του ΜΘ κατά το πρώτο μισάωρο μετά το τοκετό, αυτή επιτυγχάνεται μέσω της επαφής δέρμα με δέρμα (Skin to Skin Contact-SSC) που πραγματοποιείται με τη τοποθέτηση του γυμνού νεογέννητου στο γυμνό στήθος της μητέρας του (Moore 2012). Σε αντίστοιχες μελέτες όπου η έναρξη της SSC ήταν άμεση διαπιστώθηκε αύξηση στα ποσοστά έναρξης θηλασμού σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (Iqbal M 2011, Moore 2012, Atkins 2012, Velandia 2012, Joshi 2012, Stevens 2014, Aghdas 2014, Rasha 2015), μείωση του χρόνου έναρξης του (Ćuže 2012, Velandia 2012, Stevens 2014) καθώς και αύξηση των ποσοστών αποκλειστικού ΜΘ (Mellin 2012, Atkins 2012, Bhatt 2013, Chiou 2014, Hughes 2016). Παρόλο που το νοσοκομείο όπου πραγματοποιήθηκε η παρούσα μελέτη, βρίσκεται στη διαδικασία πιστοποίησης ως "Φιλικό προς τα Βρέφη", και επομένως, υιοθετεί το αντίστοιχο βήμα από τα «Δέκα Βήματα για Επιτυχή Θηλασμό» (WHO 1998) και ακολουθεί την ίδια πολιτική σε όλες τις μητέρες, παρατηρείται η αναφερόμενη διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων σχετικά με την έναρξη θηλασμού το πρώτο μισάωρο και την επαφή δέρμα με δέρμα.

Μια εξήγηση αποτελούν τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής που παρατηρήθηκαν στις μητέρες της ομάδας ελέγχου (44,7% για την ομάδα ελέγχου και 30,1 % για την ομάδα παρέμβασης), που σαφώς δυσχεραίνουν τη διαδικασία της πρώτης επαφής μεταξύ μητέρας-νεογνού. Η καισαρική τομή φαίνεται να σχετίζεται με καθυστερημένη έναρξη του ΜΘ (Takahashi και συν. 2017, Karlstrom και συν. 2013, Bodner και συν. 2011, Watt και συν. 2012) και ιδιαίτερα κατά την πρώτη ώρα μετά τον τοκετό, καθώς οι ενδείξεις για καισαρική τομή που αφορούν τη μητέρα και το έμβρυο, καθώς και η μετεγχειρητική φροντίδα, εμποδίζουν την επαφή μητέρας - νεογνού και καθυστερούν την έναρξή του (Prior και συν. 2012). Στη μετανάλυση των Prior και συν. που περιελάμβανε 48 μελέτες (n=553,306) βρέθηκε ότι γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική τομή ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν οποιαδήποτε μορφή ΜΘ. Σε άλλες μελέτες, η καισαρική τομή σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα αποκλειστικού ΜΘ κατά την έξοδο από το μαιευτήριο (Kling και συν. 2016) καθώς και με πρόωρη διακοπή του (Regan και συν. 2013, Hobbs και συν. 2016, Hauck και συν. 2011, Kohlhuber και συν. 2008). Αντίθετα, στη μετα-ανάλυση των Rollins και συν. (2016) η καισαρική τομή δεν αποτέλεσε παράγοντα κινδύνου για άμεση έναρξη ΜΘ εφόσον συνυπήρχε η κατάλληλη φροντίδα.

Επιπλέον, η εφαρμογή είτε γενικής αναισθησίας είτε ραχιαίας και επισκληριδίου κατά την καισαρική τομή επιδρούν αρνητικά στη γαλουχία (Kutlucan και συν. 2014). Η γενική αναισθησία φαίνεται ότι καθυστερεί την έναρξη του θηλασμού σε σχέση με τη ραχιαία και την επισκληρίδιο αναισθησία. Καθώς κατά την γενική αναισθησία υπάρχει καθυστέρηση στην ανάκτηση των γνωστικών διαδικασιών, καθυστερεί και η επικοινωνία μητέρας -νεογνού και ακολούθως η γαλουχία. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά την γενική αναισθησία μπορεί να επηρεάζουν την ορμονική διαδικασία για την έκκριση του μητρικού γάλακτος και την έναρξη του θηλασμού (Kutlucan και συν. 2014). Επίσης, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κατά την επισκληρίδιο αναισθησία στον τοκετό φαίνεται ότι επηρεάζουν τις θηλαστικές κινήσεις του νεογνού, κάτι που θα μπορούσε να συμβάλλει στην καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού, την μειωμένη πρόσληψη γάλακτος, την ελλιπή αύξηση βάρους του νεογνού και την πρόωρη χορήγηση τροποποιημένου γάλακτος (Wiklund 2007, Walker 1997, Mizuno 2004, Dewey 2003, Dozier και συν. 2013).

Ακόμη, στην ομάδα ελέγχου πραγματοποιήθηκε σε μεγαλύτερο ποσοστό πρόκληση τοκετού, με τη χρήση ωκυτοκίνης, η εξωγενής χορήγηση της οποίας σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ενδογενούς ωκυτοκίνης και καθυστερημένη έναρξη του ΜΘ (Jordan και συν. 2009, Dozier και συν. 2013).

Μία άλλη εξήγηση για τη αυξημένη έναρξη στην ομάδα παρέμβασης είναι ότι οι συγκεκριμένες μητέρες έχουν ήδη λάβει την κατάλληλη ενημέρωση και συμβουλευτική κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής παρέμβασης και, ως εκ τούτου, αντιλαμβάνονται ικανοποιητικότερα την αναγκαιότητα υιοθέτησης της πρακτικής τοποθέτησης του μωρού στο στήθος τους αμέσως μετά τον τοκετό και διεκδικούν και οι ίδιες την υλοποίησή της.

Αντίστοιχα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φάνηκε, σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση της Cochrane (Balogun και συν. 2016), ότι υπήρξε βελτίωση των ποσοστών έναρξης του ΜΘ σε γυναίκες που συμμετείχαν σε εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με γυναίκες που είχαν τη συνήθη φροντίδα. Οι προγεννητικές παρεμβάσεις για το θηλασμό που πραγματοποιούνται σε νοσοκομειακό χώρο είτε στη μέλλουσα μητέρα ή/και σε μέλη του περιβάλλοντός της αυξάνουν τα ποσοστά έναρξης, διάρκειας ή αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού. Η προγεννητική εκπαίδευση που περιλαμβάνει συνδυαστικά πληροφοριακό υλικό και διαπροσωπική υποστήριξη συνδέεται θετικά με την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού (Wouk, Tully and Labbok 2017).



Επιπλέον, σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και μετανάλυση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (RCTs) (Kim και συν. 2018) φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις προώθησης του αποκλειστικού ΜΘ είχαν σημαντική αποτελεσματικότητα στα ποσοστά θηλασμού στους 6 μήνες ( $OR=2.77$ ,  $95\% CI: 1.81-3.76$ ). Έτσι, λοιπόν, και στην παρούσα έρευνα φάνηκε ότι οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης θήλασαν χωρίς να δώσουν υποκατάστατο μητρικού γάλακτος (ΜΘΧΥΓ) για 6 μήνες σε ποσοστό 54,4%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην ομάδα ελέγχου ήταν 32,0%. Ωστόσο, όσον αφορά τον αποκλειστικό ΜΘ, τα ποσοστά στους 6 μήνες μειώνονται δραματικά στο 5,8% και 2,0%, αντίστοιχα. Ενώ, λοιπόν, υπήρξε σημαντική επίδραση σχετικά με το ΜΘΧΥΓ, δεν συνέβη το ίδιο και με τον αποκλειστικό ΜΘ. Πιθανόν, οι πρακτικές σίτισης που συστήνονται από επαγγελματίες υγείας και αφορούν την εισαγωγή στερεών/ημιστερεών τροφών πριν τη συμπλήρωση των 6 μηνών του βρέφους, οδηγούν στην κατακόρυφη πτώση των ποσοστών του αποκλειστικού ΜΘ τον 5ο και 6ο μήνα της ζωής του.

#### **6.8. Συσχέτιση της αποκλειστικότητας και της διάρκειας του ΜΘ με δημογραφικά και άλλα στοιχεία των συμμετεχουσών**

Τα αποτελέσματα από την πολυπαραγοντική λογαριθμιστική παλινδρόμηση που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της έκβασης του ΜΘ, ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία όλων των συμμετεχουσών, τα στοιχεία του τρόπου ζωής τους και τα στοιχεία του τοκετού τους, έδειξαν ότι, η ομάδα ένταξης και το είδος του τοκετού σχετίζονται με την αποκλειστικότητα του θηλασμού καθώς και ότι η οικογενειακή κατάσταση και η ομάδα ένταξης σχετίζονται με τη διάρκεια του θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Συγκεκριμένα:

##### **α) Ομάδα ένταξης**

Οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης είχαν κατά 0,95 μήνες μεγαλύτερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων μελετών παρεμβάσεων (Ansari και συν. 2014, Bunik και συν. 2010, Chan Man και συν. 2016, Laliberte και συν. 2016, McQueen και συν. 2011, Noel-Weiss και συν. 2006, Wu και συν. 2014, Awano & Shimada 2010, Dodt και συν. 2015, Otsuka και συν. 2014) που παρουσιάζονται στη συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των Brockway και συν. (2017). Όσον αφορά στην επίδραση των παρεμβάσεων αυτών στα ποσοστά του ΜΘ φαίνεται ότι στον 1ο και 2ο μήνα μετά τον τοκετό, οι μητέρες

στην ομάδα παρέμβασης ήταν 1,56 και 1,66 φορές αντίστοιχα, πιο πιθανό να θηλάσουν σε σχέση με τις μητέρες στην ομάδα ελέγχου.

Επίσης, οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης της παρούσας μελέτης θηλάσαν αποκλειστικά κατά 2,72 φορές περισσότερο σε σχέση με τις συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με τα ευρήματα των μελετών των Wouk, Tully, Labbok (2017) και των Kim και συν. (2018), ωστόσο, στη μετανάλυση των Brockway φάνηκε ότι οι παρεμβάσεις δεν είχαν σημαντική επίδραση στην αποκλειστικότητα του θηλασμού, σε αντίθεση με τα δικά μας ευρήματα.

#### β) Είδος τοκετού

Οι συμμετέχουσες που γέννησαν με καισαρική τομή είχαν κατά 63% μικρότερη πιθανότητα να θηλάσουν αποκλειστικά μετά την έξοδο από το μαιευτήριο σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που γέννησαν φυσιολογικά. Αντίστοιχα, στην Εθνική Μελέτη ΜΘ του ΙΥΠ το 2007 (Gaki 2008) βρέθηκε ότι οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ τον 1ο μήνα (32% έναντι 50%) και ομοίως στην Εθνική Μελέτη το 2017 τα ποσοστά ήταν (31,5% έναντι 49,6%) (Ηλιοδρομίτη και συν.2017).

Η καθυστέρηση της έναρξης του ΜΘ που συνοδεύει την καισαρική τομή, σχετίζεται με το διαχωρισμό μητέρας-βρέφους, ανεπαρκείς θηλαστικές κινήσεις, ανεπαρκή ποσότητα γάλακτος, παράγοντες που είναι προγνωστικοί για τη συνέχιση του θηλασμού (Hobbs 2016, Regan 2013, Zanardo 2013).

Επιπλέον, η εφαρμογή είτε γενικής αναισθησίας είτε ραχιαίας και επισκληριδίου κατά την καισαρική τομή επιδρούν αρνητικά στη γαλουχία (Kutlucan 2014, Wiklund 2007, Walker 1997, Mizuno 2004, Dewey 2003, Dozier 2013).

#### γ) Οικογενειακή κατάσταση

Τόσο οι συμμετέχουσες και των δύο ομάδων συνολικά όσο και οι συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης που ήταν άγαμες/διαζευγμένες είχαν κατά 2,56 και 3,42 μήνες αντίστοιχα μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού σε σύγκριση με τις συμμετέχουσες που ήταν έγγαμες ή σε συμβίωση.

Η σχέση η οποία είναι στα πλαίσια του γάμου (Gibson-Davis & Brooks-Gunn 2007, Ertem, Votto, & Leventhal 2001, Li και συν. 2005), ίσως και λόγω της κοινωνικής στήριξης και της

άμεσης επιρροής που δέχεται η παντρεμένη γυναίκα από τον πατέρα του παιδιού (Kessler, Gielen, Diener-West, & Paige, 1995), καθώς και η καλή σχέση με το σύντροφο (Isabella 1994) είναι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση του θηλασμού. Η απογοήτευση από τη σχέση και η επιδίωξη τερματισμού της έχει συσχετισθεί κάποιες φορές με πρόωρη διακοπή του θηλασμού (Sullivan, Leathers & Kelley 2004) ωστόσο κάποιες άλλες φορές δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση (Ahlqvist-Björkroth και συν. 2016).

#### δ) Κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας του ΜΘ

Η μεταβολή στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας για τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης βρέθηκε να σχετίζεται με τον αποκλειστικό θηλασμό μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Η μητρική αυτοαποτελεσματικότητα έχει αναδειχτεί ως ένας σημαντικός ψυχομετρικός παράγοντας για την βελτίωση της έκβασης του ΜΘ (Blyth και συν. 2004, Meedya και συν. 2010, Inoue και συν. 2012).

Σε προηγούμενες μελέτες έχει επίσης φανεί η συσχέτιση μεταξύ της βαθμολογίας της κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας για το ΜΘ και της διάρκειας και αποκλειστικότητας του ΜΘ (Dennis και Faux 1999, Dai και Dennis 2003, Wutke και Dennis 2007, Tokat 2008) επιβεβαιώνοντας έτσι την προβλεπτική εγκυρότητα του εργαλείου.

#### ε) Κλίμακα γνώσεων

Η μεταβολή στην κλίμακα γνώσεων για τις συμμετέχουσες της ομάδας παρέμβασης βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού μετά την έξοδο από το μαιευτήριο.

Σύμφωνα και με άλλες μελέτες, όσο περισσότερο αυξήθηκε η γνώση των συμμετεχουσών στα πλαίσια προγραμμάτων παρέμβασης για το ΜΘ τόσο αυξήθηκε και η διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού (Pugin 1996, Susin 1999, McLeod 2002, Seighali 2014, Hanafi 2014, Joshi 2016, Ho & McGrath 2016, Panahi 2017).

### **6.9 Έλεγχος της επίδρασης της παρέμβασης όσον αφορά στην τροποποίηση της καπνιστικής συνήθειας των μητέρων και τη χρήση πιπίλας**

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός η παρέμβαση φαίνεται να επέδρασε θετικά και στη μείωση του καπνίσματος καθώς ενώ οι συμμετέχουσες της ομάδας ελέγχου που κάπνιζαν πριν τη κύηση σε ποσοστό 38,8%, μετά τον τοκετό μείωσαν το ποσοστό σε 25,8%, οι συμμετέχουσες στην ομάδα παρέμβασης που κάπνιζαν πριν τη κύηση σε ποσοστό 35,3%, μετά τον τοκετό μείωσαν το ποσοστό σε 7,2%. Η αρνητική συσχέτιση του καπνίσματος των μητέρων με το ΜΘ έχει φανεί από αρκετές έρευνες (Tavoulari και συν. 2016, Lok και συν. 2015, Horta 2001, Weiser 2009, Scott & Binns 1999) με αιτίες που σχετίζονται με ορμονικούς μηχανισμούς (Di Napoli 2006, Horta 2001, Bahadori και συν. 2013), με τη διαφορετική σύσταση-γεύση του μητρικού γάλακτος (Hopkinson και συν. 1992, Leung 2002) και με τα χαμηλά κίνητρα που έχουν οι καπνίστριες για την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής (Bahadori και συν. 2013), ενώ η θετική επίδραση παρεμβάσεων για τη μείωση του ποσοστού καπνίσματος μεταξύ των εγκύων έχει φανεί και σε συστηματική ανασκόπηση της Cochrane (Lumley και συν. 2009).

Αντίθετα, η παρέμβαση δε φάνηκε να έχει κάποια αξιοσημείωτη επίδραση στα ποσοστά χρήσης πιπίλας, γεγονός που δεν μπορεί να εξηγηθεί, καθώς στην ομάδα παρέμβασης πραγματοποιήθηκε εκπαίδευση ως προς τη μη-χρήση της. Βέβαια, όσον αφορά στη χρήση πιπίλας ενώ σε συστηματική ανασκόπηση και μετανάλυση των Buccini και συν. (2016) φάνηκε ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα μειωμένα ποσοστά αποκλειστικού ΜΘ, αυτό δεν επιβεβαιώθηκε σε προηγούμενη μελέτη (O'Connor και al 2009).

## **6.10 Περιορισμοί της μελέτης**

Στη παρούσα μελέτη υπήρξαν περιορισμοί. Πρόκειται για ημι-πειραματική μελέτη και όχι για τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη. Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν ευκολίας και ενδέχεται οι έγκυες που συμμετείχαν στην ομάδα παρέμβασης να είχαν πιο θετική προδιάθεση για θηλασμό. Παρ' όλα αυτά, οι ομάδες ήταν ομοειδείς και δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τους πριν την παρέμβαση. Επιπλέον, οι συμμετέχουσες επελέγησαν από ένα μόνο δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας, περιορίζοντας έτσι τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, το συγκεκριμένο νοσοκομείο εξυπηρετεί εγκύους όχι μόνο από την περιοχή της Αθήνας αλλά και από επαρχιακές πόλεις της Ελλάδας, με αποτέλεσμα το δείγμα των εγκύων να εξασφαλίζει την ευρύτερη δυνατή αντιπροσωπευτικότητα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ- ΕΡΕΥΝΑ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν η προγεννητική εκπαίδευση των εγκύων για το θηλασμό, μέσω της παρακολούθησης μαθημάτων προετοιμασίας γονεϊκότητας, βελτιώνει το βαθμό αυτοαποτελεσματικότητάς τους στο ΜΘ και επιδρά στην αύξηση των ποσοστών του. Από τα ευρήματα της μελέτης διαπιστώθηκε ότι η προγεννητική εκπαιδευτική παρέμβαση δύναται να μεταβάλλει το επίπεδο των γνώσεων, να τροποποιήσει τη στάση των εγκύων και να αυξήσει το επίπεδο της αυτοαποτελεσματικότητάς τους για το μητρικό θηλασμό, σε σημαντικό βαθμό. Ακολουθώς, η γνώση, η στάση και η αυτοαποτελεσματικότητα των εγκύων φάνηκε να σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά έναρξης, διάρκειας και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, διαπιστώθηκε ότι η προγεννητική εκπαίδευση δύναται να μειώσει τα αντιλαμβανόμενα εμπόδια που έχει η έγκυος για το μητρικό θηλασμό και να μειώσει την καταθλιπτική της συμπτωματολογία τις 3 πρώτες ημέρες της λοχείας.

Επιπλέον, βάσει των ευρημάτων της παρούσας μελέτης αναδεικνύεται η ανάγκη παροχής εξατομικευμένης υποστήριξης σε λεχώνες που είχαν επεμβατικό και πολύωρο τοκετό καθώς και σε εκείνες που γέννησαν με καισαρική τομή. Λαμβάνοντας υπόψη δε το μεγάλο ποσοστό καισαρικών τομών στη χώρα μας, η ανάπτυξη και υλοποίηση υποστηρικτικών παρεμβάσεων για τη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαία. Ταυτόχρονα βέβαια αναδεικνύεται ακόμη εντονότερα ο προβληματισμός σχετικά με μαιευτικές πρακτικές που, μεταξύ άλλων, φαίνεται ότι επιδρούν δυσμενώς και στην υιοθέτηση της συμπεριφοράς του μητρικού θηλασμού.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης φαίνεται ότι η μονογονεϊκότητα αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τα ποσοστά του ΜΘ. Επισημαίνεται επομένως η ανάγκη για υλοποίηση υποστηρικτικών παρεμβάσεων και στη συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού με σκοπό την ενίσχυση του ΜΘ.

Τέλος, η ίδια η εκπαιδευτική παρέμβαση και ιδιαίτερα η μεταβολή του βαθμού αυτοαποτελεσματικότητας αλλά και του επιπέδου γνώσης που αυτή επέφερε, φάνηκαν να είναι στατιστικώς σημαντικοί παράγοντες στη διαμόρφωση των ποσοστών του ΜΘ. Ωστόσο, σε αυτό το σημείο πρέπει να τονιστεί ότι ενώ τα ποσοστά του συμπληρωματικού θηλασμού τον 5<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα ήταν ιδιαίτερα υψηλά στην ομάδα παρέμβασης σε σχέση με την ομάδα

ελέγχου, δεν παρατηρούμε αντίστοιχα υψηλά ποσοστά στον αποκλειστικό ΜΘ τους ίδιους μήνες. Ενδεχομένως, πρακτικές σίτισης που συστήνονται από επαγγελματίες υγείας, αναφορικά με την εισαγωγή ημιστερεών/στερεών τροφών στο διαιτολόγιο του βρέφους πριν τη συμπλήρωση των 6 μηνών, οδηγούν στην κατακόρυφη πτώση των ποσοστών του, τον 5<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα.

Όσον αφορά δε την επίπτωση της παρούσας διατριβής στην κλινική πράξη και στην διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας περιγράφονται οι ακόλουθες προτάσεις.

Αναφορικά με τη κλινική πράξη, οι προτάσεις αφορούν στη(ν)/στον:

- 1) Πρώιμη ανίχνευση των εγκύων/λεχωίδων με χαμηλό βαθμό αυτοαποτελεσματικότητας στο ΜΘ, μέσω της χορήγησης του ερωτηματολογίου BSES-SF, σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές, από τους επαγγελματίες υγείας και εξατομικευμένη συμβουλευτική αυτών.
- 2) Ανάπτυξη και υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ΜΘ σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές, που βασίζονται στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας και στοχεύουν στην αύξηση του βαθμού της.
- 3) Παροχή εξατομικευμένης φροντίδας για το ΜΘ που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των μητέρων μετά από καισαρική τομή.
- 4) Ενσωμάτωση της προγεννητικής εκπαίδευσης στην συνήθη μαιευτική φροντίδα και προώθηση δωρεάν προγραμμάτων προγεννητικής εκπαίδευσης σε όλες τις βαθμίδες οργάνωσης υγειονομικών δομών της χώρας.
- 5) Σχεδιασμό και υλοποίηση on-line εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ΜΘ, με σκοπό την ευρύτερη προσφορά τους και την παροχή δυνατότητας συμμετοχής σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης σε οργανωμένες δομές.
- 6) Οριζόντια διασύνδεση των πρωτοβάθμιων δομών περιγεννητικής φροντίδας που υλοποιούν προγράμματα γονεϊκότητας, με άλλες υποστηρικτικές κοινωνικές δομές που έχουν επίσης στόχο την παροχή υψηλού επιπέδου περιγεννητική φροντίδα στην έγκυο/μητέρα.
- 7) Ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας (μαιών, κοινοτικών νοσηλευτών κ.α) και ιδιαίτερα των παιδιάτρων, οι οποίοι έρχονται σε συχνή επαφή με το βρέφος και την οικογένεια και οι οποίοι εμπλέκονται στη συμβουλευτική για τη σίτιση των βρεφών, ως προς

την σπουδαιότητα της υιοθέτησης της πρακτικής σίτισης των βρεφών (δηλ. εισαγωγή ημιστερεών/στερεών τροφών μετά τον 6ο μήνα για τα θηλάζοντα βρέφη), όπως αυτή ορίζεται από τον Εθνικό Διατροφικό Οδηγό για Βρέφη (Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής & Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis, 2014).

Αναφορικά με τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας, οι προτάσεις αφορούν στη(ν):

- 1) Διερεύνηση των ιδιαίτερων αναγκών (συναισθηματικών/πρακτικών) που έχουν μητέρες, μετά από καισαρική τομή, σε θέματα που αφορούν το ΜΘ.
- 2) Διερεύνηση των ιδιαίτερων αναγκών (συναισθηματικών/πρακτικών), που έχουν μητέρες, με μονογονεϊκό ρόλο, σε θέματα που αφορούν το ΜΘ.
- 3) Διερεύνηση του βαθμού επίδρασης του οικογενειακού-φιλικού-κοινωνικού περιβάλλοντος της εγκύου στην πρόθεση της να θηλάσει, στην αυτοαποτελεσματικότητά της καθώς και στην τελική έκβαση του ΜΘ.
- 4) Διερεύνηση, πέραν της αντικειμενικής κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνει η θηλάζουσα, και της αντιλαμβανόμενης/υποκειμενικής κοινωνικής υποστήριξης (Gurung 2006), μέσω ποιοτικής μεθοδολογίας. Η ανίχνευση των ιδιαίτερων στοιχείων που θεωρούν οι ίδιες οι θηλάζουσες ότι χρειάζονται, μπορεί να βοηθήσει στο σχεδιασμό αποτελεσματικότερων παρεμβάσεων στην κοινότητα ή σε νοσοκομειακή δομή, που να ικανοποιούν πιο στοχευμένα τις ανάγκες τους.
- 5) Έρευνα γύρω από το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων για το ΜΘ, στην κοινότητα ή σε νοσοκομειακή δομή, που να αφορούν ειδικές ομάδες πληθυσμού (π.χ έφηβες), καθώς δεν έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα αντίστοιχες μελέτες.
- 7) Ανάπτυξη και υλοποίηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (RCTs), σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές, που θα ελέγχουν την επίδραση εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που αφορούν το ΜΘ

Εν κατακλείδι, μέσω των ευρημάτων της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι κατανοούμε καλύτερα τις συσχετίσεις των παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά της μητέρας ως προς το θηλασμό καθώς και την επίδραση της προγεννητικής εκπαίδευσης στη διαμόρφωση

αυτών των παραγόντων. Επίσης φαίνεται ότι το συγκεκριμένο μοντέλο περιγεννητικής φροντίδας, που περιλαμβάνει προγεννητική εκπαίδευση από μαιία σχετικά με το ΜΘ, εφαρμοσμένο σε νοσοκομειακή δομή, επιδρά θετικά σε τροποποιήσιμους παράγοντες που επηρεάζουν την συμπεριφορά ως προς το ΜΘ και ακολούθως στα ποσοστά του ΜΘ. Συνιστάται, η ενσωμάτωση της προγεννητικής εκπαίδευσης στη συνήθη μαιευτική φροντίδα των εγκύων σε όλες τις πρωτοβάθμιες κυρίως (στο πλαίσιο των τρεχουσών εξελίξεων αναδιοργάνωσης αυτών των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας) αλλά και στις δευτεροβάθμιες δομές της χώρας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το χαμηλό ποσοστό του ΜΘ στην Ελλάδα.



## ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abd A., Henderson J., Northstone K., Seddon P., Palmer C., Mukhopadhyay S., & Rogers, I. (2012) Breastfeeding duration and eczema risk in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Archives of Disease in Childhood*, **97**(Suppl 1): A43-A43.

Abrahams S. W., & Labbok M. H. (2009) Exploring the impact of the Baby-Friendly Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, **4**(1): 11

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015) Committee Opinion 637: marijuana use during pregnancy and lactation. ACOG website.

Adedinsewo D. A., Fleming A. S., Steiner M., Meaney M. J., Girard A. W., & MAVAN team. (2014) Maternal anxiety and breastfeeding: findings from the MAVAN (Maternal Adversity, Vulnerability and Neurodevelopment) study. *Journal of Human Lactation*, **30**(1): 102-109.

Aghdas K., Khadivzadeh T., and Bagheri S. (2014) Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women and Birth*, **27**(1): 37-40.

Ahlqvist-Björkroth S., Vaarno J., Junttila N., Pajulo M., Rähä H., Niinikoski H., & Lagström H. (2016) Initiation and exclusivity of breastfeeding: association with mothers' and fathers' prenatal and postnatal depression and marital distress. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, **95**(4): 396-404.

Aidam BA., Pérez-Escamilla R., & Lartey A. (2005) Lactation counseling increases exclusive breast-feeding rates in Ghana. *The Journal of Nutrition*, **135**(7): 1691–1695.

Ajzen I. (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behav. Hum. Decis. Processes*, **50**: 179–211.

Ali UA & Norwitz ER. (2009) Vacuum-Assisted Vaginal Delivery. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, **2**(1): 5-17.

Al Mamun A., et al. (2015) Breastfeeding is protective to diabetes risk in young adults: a longitudinal study. *Acta diabetologica*, **52**(5): 837-844.

Al-Sahab B., Tamim H., Mumtaz G., Khawaja M., Khogali M., Afifi R. et al . (2008) Predictors of breast-feeding in a developing country: results of a prospective cohort study. *Public Health Nutrition*, **11**: 1350–1356.

- Alves J.G.B., Figueiroa J.N., Meneses J., & Alves G.V. (2012) Breastfeeding protects against type 1 diabetes mellitus: a case–sibling study. *Breastfeeding Medicine*, **7**(1): 25-28.
- American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs. (2001) The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, **108**: 776-89.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015) Marijuana use during pregnancy and lactation. Committee Opinion No. 637. *Obstet Gynecol.*, **126**: 234-238.
- Amir L.H. & Donath S. (2007) A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **7**: 9.
- Anderson A., Damio G., Young S., Chapman D., & Pérez-Escamilla R. (2005) A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, **159**(9): 836–841.
- Andreas N.J., et al. (2015) Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum Dev*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.08.013>
- Andres A., Cleves M.A., Bellando J.B., Pivik R.T., Casey P.H., & Badger T.M. (2012) Developmental status of 1-year-old infants fed breast milk, cow’s milk formula, or soy formula. *Pediatrics*, **129**(6): 1134-1140.
- Ansari S., Abedi P., Hasanpoor S., & Bani S. (2014) The effect of interventional program on breastfeeding self-efficacy and duration of exclusive breastfeeding in pregnant women in Ahvaz, Iran. *International Scholarly Research Notices*, 510793. doi:10.1155/2014/510793
- Araban M., Karimian Z., Kakolaki Z. K., McQueen K. A., & Dennis C. L. (2018) Randomized Controlled Trial of a Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Intervention in Primiparous Women in Iran. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **47**(2): 173-183.
- Atkins J., Grace F., and Lintemuth E. (2012) Promoting Early Skin-to-Skin Contact and Its Effect on Breastfeeding. Pharmacy and Nursing Student Research and Evidence-Based Medicine Poster Session. 1.1.
- Attanasio L., et al. (2013) The impact of prenatal employment on breastfeeding intentions and breastfeeding status at 1 week postpartum. *Journal of Human Lactation*, **29**(4): 620-628.

- Avery M., Duckett L., Dodgson J., Savik K., Henly S.J.(1998) Factors associated with very early weaning among primiparas intending to breastfeed. *Matern Child Health J*, **2**: 167–79.
- Ayton J., van der Mei I., Wills K., Hansen E., Nelson M. (2015) Cumulative risks and cessation of exclusive breast feeding: australian cross-sectional survey. *Arch Dis Child*, **100**: 863–8.
- Awano M., & Shimada K. (2010) Development and evaluation of a self care program on breastfeeding in Japan: A quasi experimental study. *International Breastfeeding Journal*, **5**: 9.
- Babakazo P., et al.(2015) Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: a prospective study. *International Breastfeeding Journal*, **10**(1) : 1.
- Bahadori B., Riediger N. D., Farrell S. M., Uitz E., & Moghadasian M. F. (2013) Hypothesis: smoking decreases breast feeding duration by suppressing prolactin secretion. *Medical hypotheses*, **81**(4): 582-586.
- Bai Y., Middlestadt S. E., Peng C. Y. J., & Fly A. D. (2010) Predictors of continuation of exclusive breastfeeding for the first six months of life. *Journal of Human Lactation*, **26**(1): 26-34.
- Bai D.L., Fong D.Y.T., & Tarrant M. (2015) Previous breastfeeding experience and duration of any and exclusive breastfeeding among multiparous mothers. *Birth*, **42**(1): 70-77.
- Bakoula C., Nicolaidou P., Veltsista A., Prezerakou A., Moustaki M., Kavadias G., ... & Matsaniotis, N. (2007) Does exclusive breastfeeding increase after hospital discharge? A Greek study. *Journal of Human Lactation*, **23**(2): 165-173.
- Ballard O., and Morrow A.L. (2013) Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, **60**(1): 49-74.
- Balogun O.O., Dagvadorj A., Anigo K.M., Ota E., & Sasaki S. (2015) Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal & child nutrition*, **11**(4): 433-451.
- Balogun O.O., O'Sullivan E.J., McFadden A., Ota E., Gavine A., Garner C.D., ... & MacGillivray S. (2016) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *The Cochrane Library*.

- Bandura A. (1986) Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Bandura A. (1977) Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Bandura A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psych Rev*, **84**:191-215
- Bandura A. (1997) Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Fremman and Company
- Bandura A. (1998) Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health*, **13**: 623-649.
- Bandura A. (2002) Social foundations of thought and action. *The health psychology reader*, 94-106.
- Baricelli J. et al. (2015)  $\beta$ -defensin-2 in breast milk displays a broad antimicrobial activity against pathogenic bacteria. *Jornal de pediatria*, **91**(1): 36-43.
- Beiranvand F., Valizadeh and R. Hosseinabadi. (2014) The effect of skin-to-skin contact of mother and newborns on breastfeeding status in full-term newborns after caesarean delivery. *Modern Care Journal*, **10**(4): 288-295.
- Benzies K.M., Magill-Evans J.E., Hayden K.A., & Ballantyne M. (2013) Key components of early intervention programs for preterm infants and their parents: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **13**(1): S10.
- Bernardo H., Cesar V., & World Health Organization. (2013) Long-term effects of breastfeeding: a systematic review.
- Bertino E., Varalda A., Magnetti F., Di Nicola P., Cester E., Occhi L., & Prandi, G. (2012) Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, **25**(3): 32-36.
- Bhandari N., Bahl R., Mazumdar S., Martines J., Black R.E., Bhan M.K. Other members of the Infant Feeding Study Group (2003) Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, **361** (9367): 1418–1423.

Bhatt D. (2013) Early Skin-to-Skin Contact in the Delivery Room Leads to An Increase in Exclusive Breastfeeding During the Newborn Hospital Stay. AAP National Conference and Exhibition. American Academy of Pediatrics.

Bich T.H., Hoa D.T.P., & Målqvist M. (2014) Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in VietNam. *Maternal and Child Health Journal*, **18**: 1444–1453.

Binns C., MiKyung L., and Wah Y.L. (2016) The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, **28**(1): 7-14.

Björkstén B., Ait-Khaled N., Asher M.I., Clayton T. O., Robertson C., & ISAAC Phase Three Study Group. (2011) Global analysis of breast feeding and risk of symptoms of asthma, rhinoconjunctivitis and eczema in 6–7 year old children: ISAAC Phase Three. *Allergologia et immunopathologia*, **39**(6): 318-325.

Blewett H.J.H., Cicalo M.C., Holland C.D., & Field C.J. (2008) The immunological components of human milk. *Advances in food and nutrition research*, **54**: 45-80.

Blyth R.J., Creedy D.K., Dennis C.L., Moyle W., Pratt J., De Vries S.M., Healy G.N. (2004) Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, **20**: 30-38.

Bodner K., Wierrani F., Grunberger W. & Bodner-Adler B. (2011) Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Arch Gynecol Obstet*, **283**: 1193–1198.

Bonuck K., Stuebe A., Barnett J., Labbok M. H., Fletcher J., & Bernstein P. S. (2014) Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *American Journal of Public Health*, **104**(1): S119–S127.

Bonuck K., Trombly M., Freeman K., & McKee D. (2005) Randomized, controlled trial of a prenatal and postnatal lactation consultant intervention on duration and intensity of breastfeeding up to 12 months. *Pediatrics*, **116**(6): 1413–1426.

Borra C., Iacovou M., & Sevilla A. (2015) New evidence on breastfeeding and postpartum depression: the importance of understanding women’s intentions. *Maternal and child health journal*, **19**(4): 897-907.

- Bosi A.T.B. et al. (2016) Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutrition*, **19**(4): 753-764.
- Bouras G., Mexi-Bourna P., Bournas N., Christodoulou C., Daskalaki A., Tasiopoulou I., & Poullos A. (2013). Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *Journal of Child Health Care*, **17**(4): 387-396.
- Bowen A., Tumback L. (2010) Alcohol and Breastfeeding: Dispelling the Myths and Promoting the Evidence. *Nursing for Womens Health*, **14**(6): 454-461.
- Boyce PM, Todd AL. (1992) Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section. *Med J Aust*, **157**(3): 172-4.
- Bravi F., et al. (2016) Impact of maternal nutrition on breast-milk composition: a systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, **104**(3): 646-662.
- Brent NB., Redd B., Dworetz A., D'Amico F., Greenberg J.J.(1995) Breast-feeding in a low income population: program to increase incidence and duration. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **149**(7): 798-803.
- Brew B.K., Marks G.B., Almqvist C., Cistulli P.A., Webb K., & Marshall N.S. (2014) Breastfeeding and snoring: a birth cohort study. *PloS one*, **9**(1): e84956.
- Brion M.J.A., Lawlor D.A., Matijasevich A., Horta B., Anselmi L., Araújo C.L., & Smith, G. D. (2011) What are the causal effects of breastfeeding on IQ, obesity and blood pressure? Evidence from comparing high-income with middle-income cohorts. *International journal of epidemiology*, **40**(3): 670-680.
- Brockway M., Benzies K., & Hayden K. A. (2017) Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*, **33**(3): 486-499.
- Brodribb W., Kruske S., and Miller Y. (2013) Baby-friendly hospital accreditation, in-hospital care practices, and breastfeeding. *Pediatrics*, **131**(4): 685-692.
- Brown A., Rance J., & Warren L. (2015) Body image concerns are associated with a shorter breast feeding duration. *Midwifery*, **31**: 80-89
- Buccini G.D.S., Pérez-Escamilla R., Paulino L.M., Araújo C.L., & Venancio S.I. (2016) Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Maternal & child nutrition*, **13**(3): e12384.

Bunik M., Shobe P., O'Connor M. E., Beaty B., Langendoerfer S., Crane L., & Kempe A. (2010) Are 2 weeks of daily breastfeeding support insufficient to overcome the influences of formula? *Academic Pediatrics*, **10**(1): 21-28.

Cantrill R.M., et al. (2014) Effective suckling in relation to naked maternal-infant body contact in the first hour of life: an observation study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **14**(1): 20.

Carling S.J., et al. (2015) Breastfeeding duration and weight gain trajectory in infancy. *Pediatrics*, **135**(1): 111-119.

Castellote C., Casillas R., Ramirez-Santana C., Perez-Cano F.J., Castell M., Moretones M.G., et al. (2011) Premature delivery influences the immunological composition of colostrum and transitional and mature human milk. *J Nutr*, **141**(6):1181–7.

Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for counseling persons infected with human T-lymphotropic virus, types I and II. Recommendations on prophylaxis and therapy for disseminated *Mycobacterium avium* complex for adults and adolescents infected with human immunodeficiency virus. MMWR 1993,(No. RR- 9):{inclusive page numbers}.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Breastfeeding report card 2014. Updated 2014. United States: Outcome Indicators available at [www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm](http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm) (Accessed August, 2016).

Chak E., Rutherford G.W., and Steinmaus C. (2009) The role of breast-feeding in the prevention of *Helicobacter pylori* infection: a systematic review. *Clinical Infectious Diseases*, **48**(4): 430-437.

Chan Man Y., Ip Wan Y., & Choi Kai C. (2016) The effect of a self-efficacy-based educational programme on maternal breast feeding self-efficacy, breast feeding duration and exclusive breast feeding rates: A longitudinal study. *Midwifery*, **36**: 92- 98.

Chapman D.J., Damio G., Young S., & Pérez-Escamilla R. (2004) Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, **158**(9): 897–902.

- Chapman D.J., Morel K., Bermúdez-Millán A., Young S., Damio G., Pérez-Escamilla R. (2013) Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: a randomized trial. *Pediatrics*, **131** (1): e162–e170.
- Chertok I.R.A., Raz I., Shoham I., Haddad H., & Wiznitzer A. (2009) Effects of early breastfeeding on neonatal glucose levels of term infants born to women with gestational diabetes. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **22**(2): 166-169.
- Chiou S.T., et al. (2014) Early Skin-to-Skin Contact, Rooming-in, and Breastfeeding: A Comparison of the 2004 and 2011 National Surveys in Taiwan. *Birth*, **41**(1): 33-38.
- Chiu C.Y., et al. (2016) Exclusive or partial breastfeeding for 6 months is associated with reduced milk sensitization and risk of eczema in early childhood: the PATCH Birth Cohort Study. *Medicine*, **95**(15).
- Chowdhury R., Sinha B., Sankar M.J., Taneja S., Bhandari N., Rollins N., Bahl R., Martines J. (2015) Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*, **104**(467): 96-113.
- Clark B.J. (1992) After a positive Guthrie—what next? Dietary management for the child with phenylketonuria. *Eur J Clin Nutr*, **46**(1): S33–9.
- Conroy C.C., and Cottrell B.H. (2015) The Influence of Skin-to-Skin Contact after Caesarean on Breastfeeding Rates, Infant Feeding Responses, and Maternal Satisfaction. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **44**(1): S61-S62.
- Convention on the Rights of the Child, opened for signature 22 November 1989, 1577 U.N.T.S.3 (entered into force 2 September 1990), art. 24(1)-(2)
- Cook T.D., & Campbell D.T. (1979) *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Coutinho S.B., de Lira P.I.C., de Carvalho Lima M., Ashworth A. (2005) Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, **366**(9491): 1094–1100.
- Coppa G.V, Pierani P., Zampini L., Carloni I., Carlucci A., Gabrielli O. (1999) Oligosaccharides in human milk during different phases of lactation. *Acta Paediatr Suppl*, **88**(430): 89–94.



- Cox K.N., Giglia R.C., & Binns C.W. (2015) The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. *International breastfeeding journal*, **10**(1): 25.
- Crandall C.J., Liu J., Cauley J., Newcomb P.A., Manson J.E., Vitolins M.Z., ... & Stefanick M.L. (2017) Associations of parity, breastfeeding, and fractures in the Women's Health Observational Study. *Obstetrics & Gynecology*, **130**(1): 171-180.
- Ćuže A., and Grković I. Z. (2012) Impact of birth'skin-to-skin contact between mother-infant pairs on breastfeeding practices during the first 6 months of life. 4th ABM Regional European Meeting.
- Dagher R.K., McGovern P.M., Schold J.D., & Randall X.J. (2016) Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, **16**(1): 194.
- Daglas M., Petoussi V., Dionysiou G., & Athanassakis I. (2010) Do maternity hospital practices support Greek mothers' decision to breastfeed?. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, **37**(1): 43.
- de Mola C.L., Horta B.L., Gonçalves H., de Avila Quevedo L., Pinheiro R., Gigante D.P., ... & Barros F.C. (2016) Breastfeeding and mental health in adulthood: A birth cohort study in Brazil. *Journal of Affective Disorders*, **202**:115-119.
- De la Mora A, Russell DW. (1999) The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. *J Appl Soc Psychol*, **29**(11): 2362–80.
- Dennis C.L. (2006) Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period. *Res Nurs Health*, **29** (4): 256–268.
- Dennis C.L. (1999) Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, **15**(3): 195-201.
- Der G., Batty G.D., & Deary I.J. (2006) Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ*, **333**(7575): 945.
- Dewey K.G., Nommsen-Rivers L.A., Heinig M.J., Cohen R.J. (2003) Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics*, **112**(3 Pt 1): 607–619.

- Dex S. (2008) Millennium Cohort Study – Exploration of Some Distinctive Results for Scotland. <http://opensco-tland.gov.uk/Publications/2007/12/18133613/0>
- Di Manno L., Macdonald J.A., & Knight T. (2015) The intergenerational continuity of breastfeeding intention, initiation, and duration: a systematic review. *Birth*, **42**(1): 5-15.
- Di Napoli A., Di Lallo D., Pezzotti P., Forastiere F. and Porta D. (2006) Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, **95**: 678–685.
- Dias C.C., and Figueiredo B. (2015) Breastfeeding and depression: a systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, **171**: 142-154.
- DiFrisco E. et al. (2011) Factors associated with exclusive breastfeeding 2 to 4 weeks following discharge from a large, urban, academic medical center striving for baby-friendly designation. *The Journal of Perinatal Education*, **20**(1): 28-35.
- DiGirolamo A., Thompson N., Martorell R., Fein S., & Grummer-Strawn L. (2005) Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Education & Behavior*, **32**(2): 208-226.
- Dotz R.C.M., Ximenes L.B., Almeida P.C., Oria M.O.B., & Dennis C.L. (2012) Psychometric assessment of the short form version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale in a Brazilian sample. *Journal Nursing Education Practice*, **2**(3): 66-73.
- Donath S.M., & Amir L.H. (2003) Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatrica*, **92**(3): 352-356.
- Dozier A.M., Howard C.R., Brownell E.A., et al. (2013) Labor Epidural Anesthesia, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. *Maternal and child health journal*, **17**(4): 689-698.
- Drake R.L., Vogl W., Mitchell A.W.M. (2007) Gray's Ανατομία, Τόμοι I-II, (Επιμέλεια Ν.Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Dykes F. (2006) The education of health practitioners supporting breastfeeding women: time for critical reflection. *Maternal & Child Nutrition*, **2**: 204–16.
- Dyson L., McCormick F., and Renfrew M.J. (2005) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*: Cd001688.

- Dyson L., McCormick F., & Renfrew M.J. (2006) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, **1**(2): 592-616.
- Eidelman A.I., Schanler R.J., Johnston M., Landers S., Noble L., Szucs K., & Viehmann L. (2012) Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, **129**(3): e827-e841.
- Eksioglu A.B., & Ceber E. (2011) Translation and validation of the Breast-feeding Self-efficacy Scale into Turkish. *Midwifery*, **27**(6): e246-e253.
- Emmett PM, Rogers IS. (1997) Properties of human milk and their relationship with maternal nutrition. *Early Hum Dev*, **49**(Suppl): S7–28
- Ertem I.O., Votto N., & Leventhal J.M. (2001) The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics*, **107**: 543 – 548.
- Essa Rasha M., and Nemat I. A. . (2015) Effect of early maternal/newborn skin-to-skin contact after birth on the duration of third stage of labor and initiation of breastfeeding. *Journal of Nursing Education and Practice*, **5**(4): p98.
- European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment (2008) EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, Promotion and Support of Breastfeeding in Europe: A Blueprint for Action (Revised). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment.
- Fabrigar L.R., Petty R.E., Smith S.M., & Crites Jr, S.L. (2006) Understanding knowledge effects on attitude-behavior consistency: The role of relevance, complexity, and amount of knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*, **90**(4): 556.
- Fabrigar L.R., MacDonald T.K., & Wegener D.T. (2005) The structure of attitudes. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *Handbook of attitudes and attitude change* (pp. 79 –124). Mahwah, NJ:Erlbaum.
- Fairbank L., O’Meara S., Renfrew M. J., Woolridge M., Snowden A.J., Lister-Sharp D. (2000) A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, **4**(25): 1–171.
- Falceto O.G., Giugliani E.R.J., Fernandes C.L.C. (2004) Couples’ relationships and breastfeeding: is there an association? *Journal of Human Lactation*, **20**:46–55.

- Figueiredo B., Pacheco A., Costa R., Conde A., Teixeira C. (2010) Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. *Early Hum. Dev.*, **86**: 479–485.
- Figueiredo B., Canario C., Field T. (2014) Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med*, **44**: 927–36.
- Figueiredo B., Pacheco A., Costa R. (2007) Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch. Women's Ment. Health*, **10**: 103–109.
- Figueredo S., Fontes M.J.G.M. (2013) Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **47**(6): 1291-1297.
- Finch C., Daniel E.L. (2002) Breastfeeding education program with incentives increases exclusive breastfeeding among urban WIC participants. *Journal of the American Dietetic Association*, **102**(7): 981–4.
- Finkelstein S.A., Keely E., Feig D. S., Tu X., Yasseen A.S., & Walker M. (2013) Breastfeeding in women with diabetes: lower rates despite greater rewards. A population-based study. *Diabetic Medicine*, **30**(9): 1094-1101.
- Fisher J., Astbury J., Smith A. (1997) Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*, **31**(5): 728–38.
- Flax V.L, Negerie M., Ibrahim A.U., Leatherman S., Daza E.J., Bentley M.E. (2014) Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *Journal of Nutrition*, **144**: 1120–4.
- Folić N. et al. (2015) Risk Factors for the Development of Metabolic Syndrome in Obese Children and Adolescents. *Srp Arh Celok Lek*, **143**(3-4): 146-152.
- Forster D., McLachlan H., Lumley, J., Beanland C., Waldenstrom U., & Amir L. (2004) Two mid-pregnancy interventions to increase the initiation and duration of breastfeeding: A randomized controlled trial. *Birth*, **31**(2): 176–182.

- Fu I.C.Y., Fong D.Y.T., Heys M., Lee I.L.Y., Sham A., & Tarrant M. (2014) Professional breastfeeding support for first-time mothers: a multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **121**(13): 1673-1683.
- Gaki E., et al. (2009) National Survey of prevalence and determinants of maternal breastfeeding. Report of tire Institute of Children's Health/National School of Public Health-Sector of Children's Health. Athens.
- Gergen P. J., Fowler J. A., Maurer K. R., Davis W. W., Overpeck M. D. (1998) The burden of environmental tobacco smoke exposure on the respiratory health of children 2 months through 5 years of age in the United States: Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–94. *Pediatrics*, **101**:e8.
- Gibson-Davis C.M., & Brooks-Gunn J. (2007) The association between maternal relationship status and quality and breastfeeding behaviors. Working paper. Princeton, NJ: Center for Research on Child Wellbeing, Princeton University.
- Gijsbers B., Mesters I., Knottnerus J. A., Kester A.D.M., & van Schayck C. P. (2006) The success of an educational program to promote exclusive breastfeeding for 6 months in families with a history of asthma: A randomized controlled trial. *Pediatric Asthma, Allergy & Immunology*, **19**(4): 214–222.
- Gill S.L., Reifsnider E., & Lucke, J.F. (2007) Effects of support on the initiation and duration of breastfeeding. *Western Journal of Nursing Research*, **29**: 708–723.
- Gilroy A. M., MacPherson B.R., Ross L.M. (2009) Atlas of Anatomy, Τόμος IV(Επιμέλεια Ν.Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Grace T., Oddy W., Bulsara M., & Hands B. (2017) Breastfeeding and motor development: A longitudinal cohort study. *Human Movement Science*, **51**: 9-16.
- Graffy J., Taylor J., Williams A., & Eldridge S. (2004) Primary care for mothers considering breast feeding. *Primary Care*, **328**: 1–6.
- Grieger J.A., Scott J., Cobiac L. (2011) Dietary patterns and breast-feeding in Australian children. *Public Health Nutr*, **14**(11):1939–47.
- Gross R., Mendelsohn A., Gross M., Scheinmann R., & Messito M. (2016) Randomized controlled trial of a primary-care based child obesity prevention intervention on infant feeding practices. *Journal of Pediatrics*, **174**: 171-177

- Guelinckx I., Devlieger R., Bogaerts A., Pauwels S., & Vansant G. (2012) The effect of pre-pregnancy BMI on intention, initiation and duration of breast-feeding. *Public health nutrition*, **15**(5): 840-848.
- Guendelman S., Kosa J. L., Pearl M., Graham S., Goodman J., Kharrazi M. (2009) Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics*, **123**(1): e38–46.
- Gurung R.A.R. (2006) Coping and Social Support. *Health Psychology: A Cultural Approach*. Belmont CA: Thomson Wadsworth. 131–171.
- Hanafi M.I., Shalaby S.A.H., Falatah N., & El-Ammari H. (2014) Impact of health education on knowledge of, attitude to and practice of breastfeeding among women attending primary health care centres in Almadinah Almunawwarah, Kingdom of Saudi Arabia: controlled pre–post study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, **9**(3): 187-193.
- Hanna S., Wilson M., & Norwood S. (2013) A description of breast-feeding outcomes among US mothers using nipple shields. *Midwifery*, **29**(6): 616-621.
- Harder T., et al. (2005) Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, **162**(5): p. 397-403.
- Haroon S., Das J. K., Salam R. A., Imdad A. and Bhutta Z. (2013) Breastfeeding promotion interventions and breastfeeding practices: a systematic review. *BMC Public Health*, **13** (Suppl 3): S20.
- Hartley B.M. and O'Connor M.E. (1996) Evaluation of the ‘Best Start’ breast-feeding education program. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, **50**: 868–871
- Hatsu I.E., McDougald D.M., Anderson A.K. (2008) Effect of infant feeding on maternal body composition. *Int. Breastfeed. J*, **3**: 18.
- Hauck Y.L., Fenwick J., Dhaliwal S.S., Butt J. (2011) A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J*, **15**: 260–8.
- Hauck F.R., Thompson J.M.D., Tanabe K.O., Moon R.Y, and Vennemann M.M. (2011) Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis (published online ahead of print June 13, 2011. *Pediatrics*., **128**: 103–110.

- Hawkins S.S., Griffiths L.J., Dezateux C., Law C. (2007) The impact of maternal employment on breastfeeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr.*, **10**(9): 891–6.
- Hayatbakhsh M.R., O'Callaghan M.J., Bor W., Williams G.M., & Najman J.M. (2012) Association of breastfeeding and adolescents' psychopathology: a large prospective study. *Breastfeeding Medicine*, **7**(6): 480-486.
- Hayes B.A., Muller R., & Bradley B.S. (2001) Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Birth*, **28**(1): 28-35.
- Health & Wellbeing Division HSE. (2016) Health and Wellbeing Key Performance Indicator Metadata.
- Hill P.D. (1987) Effects of education on breastfeeding success. *Maternal-Child Nursing Journal*, **16**(2): 145–6.
- Hirani S. A. A., & Karmaliani R. (2013) Evidence based workplace interventions to promote breastfeeding practices among Pakistani working mothers. *Women and Birth*, **26**(1): 10-16.
- Ho Y.J., & McGrath J. M. (2016) Effectiveness of a breastfeeding intervention on knowledge and attitudes among high school students in Taiwan. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **45**(1): 71-77.
- Hobbs A.J. et al. (2016) The Impact of Caesarean Section on Breastfeeding Initiation, Duration and Difficulties in the First Four Months Postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **16**: 90.
- Hopkinson J.M., Schanler R.J., Fraley K., Garza C. (1992) Milk production by mothers of premature infants: influence of cigarette smoking. *Pediatrics*, **90**: 934–8
- Horta B., Platt R. W. (2001) Maternal smoking and the risk of early weaning: A meta-analysis. *Am J Public Health*, **91**(2): 304-7.
- Horta B.L., de Mola C.L., and Cesar G.V. (2015) Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, **104**(S467): 14-19.
- 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.

- Huang M.Z., Kuo S. C., Avery M.D., Chen W., Lin K.C., & Gau M.L. (2007) Evaluating effects of a prenatal webbased breastfeeding education programme in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, **16**(8): 1571–1579.
- Hughes Kimberly N., et al. (2016) Using Skin-to-Skin Contact to Increase Exclusive Breastfeeding at a Military Medical Center. *Nursing for women's health*, **19**(6): 478-489.
- Hunter J.E., & Schmidt F.L. (2004) Method of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings (2nd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ibanez G., de Reynal de Saint Michel C., Denantes M., Saurel-Cubizolles M. J., Ringa V., and Magnier A. M. (2012) Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials evaluating primary care-based interventions to promote breastfeeding in low-income women. *Fam Pract*, **29**: 245-254.
- Ickovics J.R., Kershaw T.S., Westdahl C., Magriples U., Massey Z., Reynolds H., & Rising S. S. (2007) Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, **110**(2): 330–339.
- Iliadou M., Lykeridou K., Vivilaki V., Zyga S., Tziaferi S. (2016) The effectiveness of the implementation of the baby friendly hospital initiative (BFHI) in maternity hospitals on the duration of Exclusive Breastfeeding (EBF): a literature review. *10th Athens Congress on Women's Health and Disease*, Athens.
- Imdad A., Yakoob M. Y. and Bhutta Z.A. (2011) Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health*, **11**(3): S24.
- Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. WHO/UNICEF policymakers' meeting on "Breastfeeding in the 1990s: A Global Initiative." Spedale degli Innocenti, Florence, Italy, 30 July–1 August, 1990. <[www.unicef.org/nutrition/index\\_24807.html](http://www.unicef.org/nutrition/index_24807.html)> (Accessed December 20, 2016)
- Inoue M., Binns C. W., Otsuka K., Jimba M., Matsubara M. (2012) Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: a review. *International Breastfeeding Journal*, **7**:15.
- Iqbal M., Jamal M., & Khan N. (2011) Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak*, **21**(10): 601-605.



Isabella P.H., Isabella R.A. (1994) Correlates of successful breastfeeding: A study of social and personal factors. *J Hum Lact*, **10**: 257–264.

ISRCTN47056748. Successful breastfeeding promotion: a motivational instructional model applied and tested. [isrctn.com/ISRCTN47056748](http://isrctn.com/ISRCTN47056748)

Jaafar S.H., Ho J.J., & Lee K.S. (2016) Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *The Cochrane Library*.

Jackson K.T., & Dennis C.L. (2016) Lanolin for the treatment of nipple pain in breastfeeding women: A randomized controlled trial. *Maternal & Child Nutrition*, Advance online publication.

Jakobsen M.S., Sodemann M., Biai S., Nielsen J., & Aaby P. (2008) Promotion of exclusive breastfeeding is not likely to be cost effective in West Africa. A randomized intervention study from Guinea-Bissau. *Acta Paediatrica*, **97**(1): 68-75.

Janke J. (1994) Development of the breastfeeding attrition prediction tool. *Nurs Res*, **43**:100-104.

Janz N.K., Marshall H. Becker (1984) The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education & Behavior*, **11** (1): 1–47.

Jedrychowski W., Perera F., Mroz E., et al.(2008) Prenatal exposure to passive smoking and duration of breastfeeding in nonsmoking women: krakow inner city prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*, **278**(5): 411–7.

Jenness R. (1979) The composition of human milk. *Semin Perinatol*, **3**(3): 225–39.

Jessri M., Farmer A. P., Maximova K., Willows N. D, Bell R. C. (2013) Predictors of exclusive breastfeeding: Observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. *BMC Pediatr*, **13**:77.

Jolly K., Ingram L., Khan K. S., Deeks J. J., Freemantle N., and MacArthur C. (2012) Systematic review of peer support for breastfeeding continuation: metaregression analysis of the effect of setting, intensity, and timing. *BMJ*, **344**: d8287.

Jolly K., Ingram L., Freemantle N., Khan K., Chambers J., Hamburger R., et al.(2012) Effect of a peer support service on breast-feeding continuation in the UK: a randomised controlled trial. *Midwifery*, **28** (6): 740–745.

- Jordan S., Emery S., Watkins A., Evans J. D., Storey M., Morgan G. (2009) Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG*, **116**(12): 1622–1629.
- Jose G. (2007) Maternal Smoking and Infant Feeding: Breastfeeding is Better and Safer. *Maternal and Child Health Journal*, **11**(3): 287-291.
- Joshi S. (2012) The effect of birth kangaroo care on maternal and neonatal outcome: A randomized controlled trial. *Sinhgad e Journal of Nursing*, **2**(2): 13-17.
- Joshi A., Amadi C., Meza J., Aguire T., & Wilhelm S. (2016) Evaluation of a computer-based bilingual breastfeeding educational program on breastfeeding knowledge, self-efficacy and intent to breastfeed among rural Hispanic women. *International Journal of Medical Informatics*, **91**: 10-19.
- Jost T. et al. (2015) Impact of human milk bacteria and oligosaccharides on neonatal gut microbiota establishment and gut health. *Nutrition reviews*, **73**(7): 426-437.
- Kamran A., Shrifirad G., Mirkarimi S. K., & Farahani A. (2012) Effectiveness of breastfeeding education on the weight of child and self-efficacy of mothers. *Journal of Education & Health Promotion*, **1**: 11.
- Kang N.M., Choi Y.J., Hyun T., & Lee J.E. (2015) Associations of Breastfeeding Knowledge, Attitude and Interest with Breastfeeding Duration: A Cross-sectional Web-based Study. *Journal of Korean Academy of Nursing*, **45**(3): 449-458.
- Karlstrom A., Lindgren H. & Hildingsson I. (2013) Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG*, **120**: 479–486.
- Kean Y.J., & Allain A. (2010) Breaking the rules, stretching the rules 2004: evidence of violations of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes and Subsequent Resolutions. Penang: International Code Documentation Centre.
- Kellams A.L., Gurka K.K., Hornsby P.P., Drake E., Riffon M., Gellerson D., Coleman, V. (2016) The impact of a prenatal education video on rates of breastfeeding initiation and exclusivity during the newborn hospital stay in a low-income population. *Journal of Human Lactation*, **32**(1):152-159.

- Kelly Y.J., Watt R.G., and Nazroo J.Y. (2006) Racial/ethnic differences in breastfeeding initiation and continuation in the United Kingdom and comparison with findings in the United States. *Pediatrics*, **118**(5): e1428-e1435.
- Kennerley H., Gath D. (1989) Maternity blues: I. Detection and measurement by questionnaire. *Br.J.Psychiatry*, **155**: 356–362.
- Kessler L.A., Gielen A. C., Diener-West M., & Paige D.M. (1995) The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation*, **11**(2): 103-109.
- Kim S., Park S., Oh J., Kim J., & Ahn S. (2018) Interventions promoting exclusive breastfeeding up to six months after birth: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, **80**: 94-105
- Kingston D., Dennis C. L., Sword W. (2007) Exploring breast-feeding self-efficacy. *J Perinat Neonatal Nurs*, **21**: 207–215
- Kistin N., Benton D., Rao S., Sullivan M. (1990) Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*, **86**(5): 741–6.
- Kling D., Haile Z.T., Francescon J., & Chertok I. (2016) Association Between Method of Delivery and Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *The Journal of the American Osteopathic Association*, **116**(7): 430-439.
- Kluka S.M. (2004) A Randomized Controlled Trial to Test the Effect of an Antenatal Educational Intervention on Breastfeeding Duration Among Primiparous Women [thesis]. Vancouver: University of British Columbia.
- Kohlhuber M., Rebhan B., Schwegler U., Koletzko B., & Fromme H. (2008) Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study. *British Journal of Nutrition*, **99**(5): 1127-1132.
- Kong S.K., & Lee D.T. (2004) Factors influencing decision to breastfeed. *Journal of Advanced Nursing*, **46**(4): 369-379.
- Koo V., Lynch J., Cooper S. (2003) Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obst Gynaecol Res*, **29**(4): 246–50.
- Kools E.J., Thijs C., Kester A. D., Van den Brandt P.A., De Vries H. (2005) A breast-feeding promotion and support program a randomized trial in The Netherlands. *Preventive Medicine*, **40**(1): 60–70.

Kotler P., Roberto N., Lee N. (2002) *Social Marketing: Improving the Quality of Life*.

Thousand Oaks, CA: Sage

Kramer M.S., Chalmers B., Hodnett E.D., Sevkovskaya Z., Dzikovich I., Shapiro S., et al. (2001) Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA*, **285** (4): 413–420.

Kronborg H., Foverskov E., Nilsson I., & Maastrup R. (2017) Why do mothers use nipple shields and how does this influence duration of exclusive breastfeeding?. *Maternal & child nutrition*, **13**(1).

Kronborg H., Maimburg R.D., & Vaeth M. (2012) Antenatal training to improve breast feeding: A randomised trial. *Midwifery*, **28**(6): 784–790.

Kronborg H., Vaeth M., & Rasmussen K.M. (2012) Obesity and early cessation of breastfeeding in Denmark. *The European Journal of Public Health*, **23**(2): 316–322.

Krosnick J.A., & Petty R.E. (1995) Attitude strength: An overview. In R. E. Petty & J. A. Krosnick (Eds.), *Attitude strength: Antecedents and consequences* (pp. 1–24). Mahwah, NJ: Erlbaum

Kumar R., Robson K. (1984) A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br. J. Psychiatry*, **144**: 35–47.

Kupratakul J., Taneepanichskul S., Voramongkol N., & Phupong V. (2010) A randomized controlled trial of knowledge sharing practice with empowerment strategies in pregnant women to improve exclusive breastfeeding during the first six months postpartum. *Journal of the Medical Association of Thailand*, **93**(9): 1009–1018.

Kutlu R., Kara F., Durduran Y., Marakoglu K., Çivi, S. (2007) Assessment of effects of pre- and post-training programme for healthcare professionals about breastfeeding. *J. Health Popul. Nutr*, **25**(3): 382–386.

Kutlucan L., Seker İ.S., Demiraran Y. et al. (2014) Effects of different anesthesia protocols on lactation in the postpartum period. *J Turk Ger Gynecol Assoc*, **15**(4): 233-238.

Labbok M., & Krasovec K. (1990) Toward consistency in breastfeeding definitions. *Studies in family planning*, **21**(4): 226-230.

- Ladomenou F., Kafatos A., & Galanakis E. (2007) Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*, **96**(10): 1441-1444.
- Laliberte C., Dunn S., Pound C., Sourial N., Yasseen A. S., Millar D., Lacaze-Masmonteil T. (2016) A randomized controlled trial of innovative postpartum care model for mother-baby dyads. *PLoS One*, **11**(2): e0148520.
- Lau Y., Htun T. P., Tam W. and Klainin-Yobas P. (2015) Efficacy of e-technologies in improving breastfeeding outcomes among perinatal women: a meta-analysis. *Matern Child Nutr*, **12**(3): 381-401.
- Lavender T., Richens Y., Milan S.J., Smyth R.M., and Dowswell T. (2013) Telephone support for women during pregnancy and the first six weeks postpartum. *Cochrane Database Syst Rev*, **7**: Cd009338.
- Lavender T., Baker L., Smyth R., Collins S., Spofforth A., & Dey P. (2005) Breastfeeding expectations versus reality: A cluster randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **112**(8): 1047–1053.
- Lawrence R.M. (2013) Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatric Clinics of North America*, **60**(1): 295-318.
- Lawton R., Ashley L., Dawson S., Waiblinger D., & Conner M. (2012) Employing an extended Theory of Planned Behaviour to predict breastfeeding intention, initiation, and maintenance in White British and South-Asian mothers living in Bradford. *British Journal of Health Psychology*, **17**(4): 854-871.
- Lepage P. and Van de Perre P. (2012) The immune system of breast milk: antimicrobial and anti-inflammatory properties. *Human Immunodeficiency Virus type 1 (HIV-1) and Breastfeeding*. Springer New York.
- Leung G.M., Ho L.M., Lam T.H. (2002) Maternal, paternal and environmental tobacco smoking and breast feeding. *Paediatr Perinat Epidemiol*, **16**: 236–45
- Li R., Darling N., Maurice E., Barker L., & Grummer-Strawn L.M. (2005) Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*, **115**: e31 – e37.

- Lin C.H., Kuo S.C., Lin K.C., & Chang T.Y. (2008) Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, **17**(21): 2838–2845.
- Lin S.S., Chien L.Y., Tai C.J., & Lee C.F. (2008) Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Journal of Clinical nursing*, **17**(3): 296-303.
- Linares A.M., Rayens M.K., Gomez M.L., Gokun Y., & Dignan M.B. (2015) Intention to breastfeed as a predictor of initiation of exclusive breastfeeding in hispanic women. *Journal of immigrant and minority health*, **17**(4): 1192-1198.
- Liu Y.Q., Zhao Y., Liu M.M., Wang D., Ren W.H., Gao F., & Dong G.H. (2012) The effects of breastfeeding on asthma and asthma related symptoms among children. *Chinese journal of preventive medicine*, **46**(8): 718-721.
- Lok K.Y.W., Bai D.L., & Tarrant M. (2015) Predictors of breastfeeding initiation in Hong Kong and Mainland China born mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, **15**(1): 286.
- Lønnerdal B. (2004) Human milk proteins. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, **554**: 11-25.
- Lönnerdal B. et al. (2017) Longitudinal evolution of true protein, amino acids and bioactive proteins in breast milk: a developmental perspective. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, **41**: 1-11.
- Mardya L.A., Villalpando S., and Fajardo A.(1997) Breast-feeding lowers the frequency and duration of acute respiratory infection and diarrhea in infants under six months of age. *The Journal of nutrition*, **127**(3): 436-443.
- Lowdermilk D., Perry S. (2006) Νοσηλευτική Μητρότητας. Μετάφραση-Επιμέλεια: Λυκερίδου Κ.-Δελτσίδου Α. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός.
- Lumbiganon P., Martis R., Laopaiboon M., Festin M.R., Ho J.J. and Hakimi M. (2012) Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev*, **9**: Cd006425.
- Lumbiganon P., Martis R., Laopaiboon M., Festin M.R., Ho J.J., & Hakimi M. (2016) Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Library*.

- Lumley J., Chamberlain C., Dowswell T., Oliver S., Oakley L., & Watson L. (2009) Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. The Cochrane database of systematic reviews, (3), CD001055.
- Mangrio E., Persson K., & Bramhagen A. C. (2017) Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, **32**(2): 451-465.
- Manstead A., Proffitt C., Smart J. (1983) Predicting and understanding mothers' infant-feeding intentions and behavior: Testing the theory of reasoned action. *J. Personal. Soc. Psychol*, **44**: 657.
- Martin R.M., et al. (2013) Effects of promoting longer-term and exclusive breastfeeding on adiposity and insulin-like growth factor-I at age 11.5 years: a randomized trial. *Jama*, **309**(10): 1005-1013.
- Mattar C.N., Chong Y.S., Chan Y.S., Chew A., Tan P., Chan Y.H., & Rauff M.H. (2007). Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, **109**(1): 73–80.
- Maycock B., Binns C.W., Dhaliwal S., Tohotoa J., Hauck Y., Burns S., & Howat P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation*, **29**(4): 484–490.
- MacArthur C., Jolly K., Ingram L., Freemantle N., Dennis C. L., Hamburger R., Khan K. (2009) Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: Cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal (Clinical ResearchEd.)*, **338**: b131.
- McCann M.F., Baydar N., & Williams R.L. (2007) Breastfeeding attitudes and reported problems in a national sample of WIC participants. *Journal of Human Lactation*, **23**(4): 314-324.
- McDivitt J.A., Zimicki S., Hornik R., and Abulaban A. (1993) The impact of the Healthcom mass media campaign on timely initiation of breastfeeding in Jordan. *Stud Fam Plann*, **24**: 295–309
- McDonald S.J., Henderson J.J., Faulkner S., Evans S.F., Hagan R. (2010) Effect of an extended midwifery postnatal support programme on the duration of breast feeding: a randomised controlled trial. *Midwifery*, **26**(1): 88–100.
- McEwen M., Wills E. (2011). Νοσηλευτικές Θεωρίες. BHTA: Αθήνα.

- McFadden A., Gavine A., Renfrew M.J., Wade A., Buchanan P., Taylor J.L., Veitch E., Rennie A.M., Crowther S.A., Neiman S., MacGillivray S. (2017) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2**: CD001141.
- McLeod D., Pullon S., Cookson T. (2002) Factors influencing continuation of breastfeeding in a cohort of women. *Journal of Human Lactation*, **18**: 335–43.
- McQueen K.A., Dennis C.L., Stremler R., & Norman C.D. (2011) A pilot randomized controlled trial of a breastfeeding self-efficacy intervention with primiparous mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **40**(1): 35-46.
- McQueen K.A., Montelpare W.J., & Dennis C.L. (2013) Breastfeeding and Aboriginal Women: Validation of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *CJNR (Canadian Journal of Nursing Research)*, **45**(2): 58-75.
- Meedya S., Fahy K., & Kable A. (2010) Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women and Birth*, **23**: 135-145.
- Meedya S., Fahy K., Yoxall J., & Parratt J. (2014) Increasing breastfeeding rates to six months among nulliparous women: A quasi-experimental study. *Midwifery*, **30**(3): 137–144.
- Megeid F.Y., Bakeit Z.A., & Karim B.O. (2011) Early introduction of cow's milk and short duration of breastfeeding is associated with increasing risk of juvenile diabetes. *World J Med Sci*, **6**: 54-60.
- Mellin P.S., et al. (2012) Does Skin-to-Skin Contact at Birth Really Make a Difference in Exclusive Breastfeeding Rates at Discharge? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **41**(s1): S141-S142.
- Milgrom J., Gemmill A.W., Bilszta J.L., Hayes B., Barnett B., Brooks J., Ericksen J., Ellwood D., Buist A. (2008) Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J. Affect. Disord*, **108**: 147–157.
- Mitchell-Box K. M., and Braun KL. (2013) Impact of male-partner-focused interventions on breastfeeding initiation, exclusivity, and continuation. *J Hum Lact*, **29**: 473-479.
- Mitra A.K., Khoury A.J., Hinton A.W., & Carothers C. (2004) Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal and child health journal*, **8**(2): 65-70.



- Mizuno K., Fujimaki K., Sawada M. (2004) Sucking behavior at breast during the early newborn period affects later breastfeeding rate and duration of breastfeeding. *Pediatr Int*, **46**(1): 15–20.
- Möller L.M., de Hoog M.L., van Eijsden M., Gemke R.J., Vrijkotte T.G. (2013) Infant nutrition in relation to eating behaviour and fruit and vegetable intake at age 5 years. *Br J Nutr*, **109**(3): 564–71.
- Moore Elizabeth R., et al. (2012) Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 5.
- Morrell C.J., Spiby H., Stewart P., Walters S., Morgan A. (2000) Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial. *Health Technol. Assess*, **4** (6): 1–86.
- Morris S.B., & DeShon R.P. (2002) Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, **7**: 105-125.
- Morris S.B. (2008) Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods*, **11**(2): 364-386.
- Muirhead P.E., Butcher G., Rankin J., & Munley A. (2006) The effect of a programme of organised and supervised peer support on the initiation and duration of breastfeeding: A randomised trial. *British Journal of General Practice*, **56**(524):191–197.
- Neville Margaret C. (2001) Anatomy and physiology of lactation. *Pediatric Clinics of North America*, **48**(1): 13-34.
- Nguyen T.T., Withers M., Hajeebhoy N., & Frongillo E.A. (2016) Infant formula feeding at birth is common and inversely associated with subsequent breastfeeding behavior in Vietnam. *The Journal of nutrition*, **146**(10): 2102-2108.
- NICHD ARCHIVE. Tobacco, drug use in pregnancy can double risk of stillbirth. NIH network study documents elevated risk associated with marijuana, other substances [news release]. Bethesda, MD: Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, December 11, 2013. [www.nichd.nih.gov/news/releases/Pages/121113-stillbirth-drug-use.aspx](http://www.nichd.nih.gov/news/releases/Pages/121113-stillbirth-drug-use.aspx). Accessed May 8, 2017.
- Nichols J., Schutte N.S., Brown R.F., Dennis C.L., & Price I. (2009) The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, **36**(2): 250–258.

- Noel-Weiss J., Rupp A., Cragg B., Bassett V., & Woodend A.K. (2006) Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, **35**(5): 616–624.
- Nystedt A., & Hildingsson I. (2014) Diverse definitions of prolonged labour and its consequences with sometimes subsequent inappropriate treatment. *BMC pregnancy and childbirth*, **14**(1): 233.
- Nystedt A., Högberg U., & Lundman B. (2008) Women's experiences of becoming a mother after prolonged labour. *Journal of advanced nursing*, **63**(3): 250-258
- Nystedt A., Hogberg U., Lundman B. (2005) The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *J Clin Nurs*. **14**(5): 579-586.
- Ochola S.A., Labadarios D., & Nduati R.W. (2013) Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: A randomized controlled trial. *Public Health Nutrition*, **16**(10):1732–1740.
- O'Connor N.R., Tanabe K.O., Siadaty M.S., Hauck F.R. (2009) Pacifiers and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*, **163**: 378–82.
- O' Hara M.W. (1997) The nature of postpartum affective disorders. In: Murray, L., Cooper, P.J.(Eds.),*Postpartum Depression and Child Development*. The Guilford Press, NY, pp.3–34.
- Okafor I., Olatona F. & Olufemi O. (2013) Breastfeeding practices of mothers of young children in Lagos, Nigeria. *Nigerian Journal of Paediatrics*, **41**: 43–47.
- Olaiya O. (2016) Maternity Care Practices and Breastfeeding Among Adolescent Mothers Aged 12–19 Years—United States, 2009–2011. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report* 65.
- Oliver-Roig A., d'Anglade-González M.L., García-García B., Silva-Tubio J.R., Richart-Martínez M., & Dennis C.L. (2012) The Spanish version of the breastfeeding self-efficacy scale-short form: reliability and validity assessment. *International Journal of Nursing Studies*, **49**(2): 169-173.
- Oriá M.O., Ximenes L.B., de Almeida P.C., Glick D.F., & Dennis C.L. (2009) Psychometric assessment of the Brazilian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. *Public Health Nursing*, **26**(6): 574-583.

- Otsuka K., Taguri M., Dennis C.L., Wakutani K., Awano M., Yamaguchi T., & Jimba M. (2014) Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Maternal & Child Health Journal*, **18**(1): 296–306.
- Owen C.G., Martin R.M., Whincup P.H., Smith G.D., Cook D.G. (2006) Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr*, **84**(5): 1043–1054
- Pacheco A.R., et al. (2015) The impact of the milk glycobioime on the neonate gut microbiota." *Annual review of animal biosciences*, **3**: 419.
- Pakpoor J., Disanto G., Lacey M. V., Hellwig K., Giovannoni G., & Ramagopalan S.V. (2012) Breastfeeding and multiple sclerosis relapses: a meta-analysis. *Journal of neurology*, **259**(10): 2246-2248.
- Panahi F., Simbar M., Lotfi R., & Rahimzadeh M. (2017) The effect of parents' training on their knowledge, attitudes and performance in exclusive breastfeeding up to four months: A randomized clinical trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, **20**(5): 48-57.
- Pang W.W., Hartmann P.E. (2007) Initiation of human lactation: secretory differentiation and secretory activation. *Journal of mammary gland biology and neoplasia*, **12**(4): 211–221.
- Papp L.M. (2012) The longitudinal role of breastfeeding in mothers' and fathers' relationship quality trajectories. *Breastfeeding Medicine*, **7**(4): 241-247.
- Patel R., et al. (2013) Cohort profile: The promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT). *International journal of epidemiology*, dyt003.
- Pavicic B.A., Rumboldt M., Stanojevic M., & Dennis C.L. (2012) Psychometric assessment of the Croatian version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale–Short Form. *Journal of Human Lactation*, **28**(4): 565-569.
- Pechlivani F., Vassilakou T., Sarafidou J., Zachou T., Anastasiou C. A., & Sidossis L. S. (2005) Prevalence and determinants of exclusive breastfeeding during hospital stay in the area of Athens, Greece. *Acta Paediatrica*, **94**(7): 928-934.
- Perera P.J., Ranathunga N., Fernando M.P., Sampath W. & Samaranayake G.B. (2012) Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: a prospective observational study. *International Breastfeeding Journal*, **7**: 21.

- Pérez-Escamilla R. (2012) Breastfeeding social marketing: lessons learned from USDA's "Loving Support" campaign. *Breastfeeding Medicine*, **7**(5): 358-363.
- Pérez-Escamilla R., Martinez J., & Segura-Pérez S. (2016) Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, **2**(3): 402–417.
- Perrine C.G., Galuska D.A., Thompson F.E., Scanlon K.S. (2014) Breastfeeding duration is associated with child diet at 6 years. *Pediatrics*, **134**(Suppl 1):S50–5.
- Petrova A., Ayers C., Stechna S., Gerling J. A., & Mehta R. (2009) Effectiveness of exclusive breastfeeding promotion in low-income mothers: A randomized controlled study. *Breastfeeding Medicine*, **4**(2): 63–69.
- Petrozzi A., & Gagliardi L. (2016) Breastfeeding self-efficacy scale: validation of the Italian version and correlation with breast-feeding at 3 months. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, **62**(1): 137-139.
- Peus V., Redelin E., Scharnholtz B., Paul T., Gass P., Deuschle P., & Deuschle M. (2012) Breast-feeding in infancy and major depression in adulthood: a retrospective analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, **81**(3): 189-190.
- Phillips G., Brett K., Mendola P. (2011) Previous breastfeeding practices and duration of exclusive breastfeeding in the United States. *Matern Child Health J*, **15**(8): 1210–1216.
- Pound C.M., Moreau K., Rohde K., Barrowman N., Aglipay M., Farion K.J., Plint A.C.(2015) Lactation support and breastfeeding duration in jaundiced infants: a randomized controlled trial. *PLoS One*, **10** (3): e0119624.
- Prior E., Santhakumaran S., Gale C., Philipps L.H., Modi N., Hyde M.J. (2012) Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutritio*, **95**(5): 1113–1135.
- Protecting, promoting and supporting breast-feeding: The special role of maternity services A Joint WHO/UNICEF Statement. World Health Organization, Geneva: 1989.
- Pugin E., Valdes V., Labbok M.H., Perez A., and Aravena R. (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program. *Journal of Human Lactation*, **2**: 15–19.

- Quigley M.A. (2012) Breastfeeding is associated with improved child cognitive development: a population-based cohort study. *The Journal of pediatrics*, **160**(1): 25-32.
- Ragnedda G., Leoni S., Parpinel M., Casetta I., Riise T., Myhr K.M., & Pugliatti M. (2015) Reduced duration of breastfeeding is associated with a higher risk of multiple sclerosis in both Italian and Norwegian adult males: the EnvIMS study. *Journal of neurology*, **262**(5):1271-1277.
- Rahman A., Hafeez A., Bilal R., Sikander S., Malik A., Minhas F., et al. (2015) The impact of perinatal depression on exclusive breastfeeding: a cohort study. *Matern Child Nutr.*, **12**(3), 452-462.
- Ramji N., Quinlan J., Murphy P., Crane J. (2016) The impact of Maternal obesity on Breastfeeding. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, **38**(8): 703-711
- Redland A.R., & Stuijbergen A.K. (1993) Strategies for maintenance of health-promoting behaviors. *The Nursing Clinics of North America*, **28**(2): 427-442.
- Regan J., Thompson A., & DeFranco E. (2013) The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeeding Medicine*, **8**(2): 181-186.
- Renfrew M.J., McCormick F.M., Wade A., Quinn B., and Dowswell T. (2012) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev*, **5**: Cd001141.
- Rijnders M., Baston H., Schönbeck Y., Van Der Pal K., Prins M., Green J., Buitendijk S.: (2008) Perinatal factors related to negative or positive recall of birth experience in women 3 years postpartum in the Netherlands. *Birth*, **35** (2): 107-116.
- Robert E., Coppieters Y., Swennen B., et al. (2014) Breastfeeding duration: A survival analysis-data from a regional immunization survey. *Biomed Res Int*, 529790.
- Rollins N.C., et al. (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, **387**: 491–504.
- Rosenstock I. (1974) Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education & Behavior*, **2** (4): 328–335.

- Rossiter J.C. (1994) The effect of a culture-specific education program to promote breastfeeding among Vietnamese women in Sydney. *International Journal of Nursing Studies*, **31**(4): 369–79.
- Rowe H., Baker T., & Hale T.W. (2015) Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, **24**(1): 1-20.
- Ryser F.G. (2004) Breastfeeding attitudes, intention, and initiation in low-income women: The effect of the Best Start program. *Journal of Human Lactation*, **20**(3): 300–305.
- Sachs H.C. (2013) The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: an update on selected topics. *Pediatrics*, **132**(3): e796-e809.
- Sadauskaitė-Kuehne V., Ludvigsson J., Padaiga Ž., Jašinskienė E., & Samuelsson U. (2004) Longer breastfeeding is an independent protective factor against development of type 1 diabetes mellitus in childhood. *Diabetes/metabolism research and reviews*, **20**(2): 150-157.
- Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J. E., Halmesmaki E. (2001) Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obst Gynecol Scand*, **80**(1): 39–45.
- Sandy J.M., Anisfeld E., & Ramirez E. (2009) Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *Journal of Human Lactation*, **25**(4): 404–411.
- Santo L.C.D.E., De Oliveira L.D. & Giugliani E.R.J. (2007) Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth*, **34**: 212–219.
- Savage J.S., Fisher J.O., Birch L.L. (2007) Parental influence on eating behavior: conception to adolescence. *J Law Med Ethics*, **35**(1): 22–34.
- Schalla S.C., Witcomb G.L., & Haycraft E. (2017) Body Shape and Weight Loss as Motivators for Breastfeeding Initiation and Continuation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **14**(7): 754.
- Schlickau J., Wilson M. (2005) Development and testing of a prenatal breastfeeding education intervention for Hispanic women. *Journal of Perinatal Education*, **14**(4): 24–35.
- Schmied V., Beake S., Sheehan A. , McCourt C., Dykes F. (2011) Women’s perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth*, **38**: 49–60

- Schulz K.F. and Grimes D.A. (2002) Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. *The Lancet*, **359**: 781–5.
- Schunke M., Schulte E., Schumacher U. (2007) Βασική Περιγραφική Ανατομική, Τόμος Ι (Επιμέλεια Ν.Σκανδαλάκης). Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη.
- Schwarz E.B., Ray R.M., Stuebe A.M., et al. (2009) Duration of Lactation and Risk Factors for Maternal Cardiovascular Disease. *Obstet Gynecol*, **113**(5): 974–982.
- Scott J.A., & Binns C.W. (1999) Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeeding review: professional publication of the Nursing Mothers' Association of Australia*, **7**(1): 5-16.
- Seighali F., Fallahi M., & Farahani Z. (2014) The effect of breastfeeding workshop on attitude, knowledge and practice of participants. *Razi Journal of Medical Sciences*, **21**(118): 92-101.
- Serwint J.R., Wilson M.E.H, Vogelhut J.W., Repke J.T., Seidel H.M. (1996) A randomized controlled trial of prenatal pediatric visits for urban, low-income families. *Pediatrics*, **98**(6): 1969–75.
- Sharma M., & Petosa R.L. (2014) Measurement and evaluation for health educators. Sudbury, MA: Jones & Bartlett. ISBN 978-1-4496-2820-8. Paperback, 352 pp.
- Shealy K.R., Li R., Benton-Davis S., & Grummer-Strawn L.M. (2005) The CDC guide to breastfeeding interventions.
- Sherma Z., Ronald R.W., Victor R. (2013) Handbook of Dietary and Nutritional Aspects of Human Breast Milk, Wageningen Academic Pub.
- Sikander S., Maselko J., Zafar S., Haq Z., Ahmad I., Ahmad M., et al. (2015) Cognitive behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: a cluster RCT. *Pediatrics*, **135** (2): e424–e431.
- Simard I., O'Brien H. T., Beaudoin A., et al. (2005) Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact*, **21**(3): 327–337.
- Singhal A., Cole T.J., Fewtrell M., & Lucas A. (2004) Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *The Lancet*, **363**(9421): 1571-1578.

- Sinha B., Chowdhury R., Sankar M.J., Martines J., Taneja S., Mazumder S., Bhandari N. (2015) Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, **104**(467): 114-134.
- Sipsma H.L., Jones K.L., and Cole-Lewis H. (2015) Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact*, **31**(2): 221-229
- Skafida V. (2009) The relative importance of social class and maternal education for breastfeeding initiation. *Public Health Nutrition*, **12**(12): 2285–2292.
- Skouteris H., Bailey C., Nagle C., Hauck Y., Bruce L., & Morris H. (2017) Interventions Designed to Promote Exclusive Breastfeeding in High-Income Countries: A Systematic Review Update. *Breastfeeding Medicine*, **12**(10): 604-614.
- Skugarevsky O. et al. (2014) Effects of promoting longer term and exclusive breastfeeding on childhood eating attitudes: a cluster-randomized trial. *International Journal of Epidemiology*, **43**(4): 1263-1271.
- Smallwood N. (2013) Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *Breastfeeding Review*, **21**(1): 41.
- Soldateli B., Alvaro V., and Giugliani E. (2016) Effect of Pattern and Duration of Breastfeeding on the Consumption of Fruits and Vegetables among Preschool Children. *PLoS one*, **11**(2): e0148357.
- Srinivas G.L., Benson M., Worley S., Schulte E. (2015) A clinic-based breastfeeding peer counselor intervention in an urban, low-income population interaction with breastfeeding attitude. *J. Hum. Lact*, **31**(1): 120–128.
- Srivastava S., et al. (2014) Effect of very early skin to skin contact on success at breastfeeding and preventing early hypothermia in neonates. *Indian journal of public health*, **58**(1): 22.
- Steurer L.M. (2017) Maternity Leave Length and Workplace Policies' Impact on the Sustainment of Breastfeeding: Global Perspectives. *Public Health Nurs*, **34**: 286–294.
- Stevens J., et al.(2014) Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature. *Maternal & child nutrition*, **10**(4): 456-473.



- Strand T.A., Sharma P.R., Gjessing H.K., Ulak M., Chandyo R.K., Adhikari R.K., & Sommerfelt H. (2012) Risk factors for extended duration of acute diarrhea in young children. *PloS one*, **7**(5): e36436.
- Strobel H.(2015) Skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding upon discharge (Doctoral dissertation)
- Stuebe A.M., Bonuck K. (2011) What predicts intent to breastfeed exclusively? Breastfeeding knowledge, attitudes, and beliefs in a diverse urban population. *Breastfeed Med*, **6**(6): 413–420.
- Su D., Pasalich M., Lee A.H., Binns C.W. (2013) Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China. *Am J Clin Nutr*, **97**: 354-359.
- Su L.L., Chong Y.S., Chan Y.H., Chan Y.S., Fok D., Tun K.T., Rauff M. (2007) Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, **335**(7620): 596.
- Sullivan M.L, Leathers S.J., Kelley M.A. (2004) Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas. *Journal of Human Lactation*, **20**: 196–205.
- Susin L.R.O., Giugliani E.R.J., Kummer S.C., Maciel M., Simon C., and da Silveira L.C. (1999) Does parental breastfeeding knowledge increase breastfeeding rates. *Birth*, **26**: 149–156.
- Sutherland D.B., Keiichiro S., and Sidonia F.(2016) Fostering of advanced mutualism with gut microbiota by Immunoglobulin A. *Immunological reviews*, **270**(1): 20-31.
- Sutton M., O’Donoghue E., Keane M., Farragher L., & Long J. (2016) Interventions that promote increased breastfeeding rates and breastfeeding duration among women. *Health Research Board*, Dublin
- Tahir N.M., Al-Sadat N. (2013) Does telephone lactation counselling improve breastfeeding practices? A randomised controlled trial. *Int. J. Nurs. Stud*, **50** (1):16–25.
- Takahashi K. et al. (2017) Prevalence of Early Initiation of Breastfeeding and Determinants of Delayed Initiation of Breastfeeding: Secondary Analysis of the WHO Global Survey. *Scientific Reports*, **7**: 44868.

- Tarrant M., Fong D.Y., Wu K.M., Lee I.L., Wong E.M., Sham A., Lam C., Dodgson J.E. (2010) Breastfeeding and weaning practices among Hong Kong mothers: a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*, **10**: 27.
- Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A., Jensvold N.G., Escobar G.J., Lieu T.A. (2003) Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, **112**: 1
- Tavoulari E.F., Benetou V., Vlastarakos P.V., Kreamsas G., & Linos A. (2015) Immigrant status as important determinant of breastfeeding practice in southern Europe. *Central European journal of public health*, **23**(1): 39.
- Tavoulari E.F., Benetou V., Vlastarakos P.V., Psaltopoulou T., Chrousos G., Kreamsas G., ... & Linos A. (2016) Factors affecting breastfeeding duration in Greece: What is important?. *World journal of clinical pediatrics*, **5**(3): 349.
- The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative.(1992) In: Baby Friendly Hospital Initiative. Part II. Hospital level implementation. WHO/UNICEF.
- Theofilogiannakou M., Skouroliakou M., Gounaris A., Panagiotakos D., & Markantonis S. L. (2006) Breast-feeding in Athens, Greece: factors associated with its initiation and duration. *Journal of pediatric gastroenterology and nutrition*, **43**(3): 379-384.
- Thompson L.A., Zhang S., Black E., Das R., Ryngaert M., Sullivan S., & Roth J. (2013) The association of maternal pre-pregnancy body mass index with breastfeeding initiation. *Maternal and child health journal*, **17**(10): 1842-1851.
- Thompson M.E., and Harutyunyan T.L. (2009) Impact of a community-based integrated management of childhood illnesses (IMCI) programme in Gegharkunik, Armenia. *Health Policy Plan*, **24**: 101–107
- Thompson S.M., Arrowsmith F.E., & Allen J.R. (2004) Dietary management of galactosemia. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, **34**: 212-214.
- Tudehope D.I. (2013) Human milk and the nutritional needs of preterm infants. *The Journal of pediatrics*, **162**(3): S17-S25.
- Turcksin R., Bel S., Galjaard S., & Devlieger R. (2014) Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Maternal & child nutrition*, **10**(2):166-183.

- Tylleskär T., Jackson D., Meda N., Engebretsen I.M.S., Chopra M., Diallo A.H., et al. (2011) Exclusive breastfeeding promotion by peer counselors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): a cluster-randomised trial. *Lancet*, **378** (9789): 420–427.
- Ueda T., Yokoyama Y., Irahara M., & Aono T. (1994) Influence of psychological stress on suckling-induced pulsatile oxytocin release. *Obstetrics & Gynecology*, **84**(2): 259-262.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2011) The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General.
- UN. The Millennium Development Goals Report. 2015
- UNICEF (1990) Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding.
- UNICEF (2014) The Baby Friendly Hospital Initiative.
- UNICEF (2016) HIV and nutrition.
- Vassilaki M., Chatzi L., Bagkeris E., Papadopoulou E., Karachaliou M., Koutis A., & Kogevinas M. (2014) Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother–child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Maternal & child nutrition*, **10**(3): 335-346.
- Velandia M. (2012) Parent-infant skin-to-skin contact studies: Parent-infant interaction and oxytocin levels during skin-to-skin contact after Cesarean section and mother-infant skin-to-skin contact as treatment for breastfeeding problems. Dept of Women’s and Children’s Health, 2012
- Vennemann M.M., et al. (2009) Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome?. *Pediatrics*, **123**(3): e406-e410.
- Victora C.G., et al.(2016) Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, **387**(10017): 475-490.
- Victora C.G., Lessa H. (2015) Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*, **3**: e199–e205

- Viner R.M., Hindmarsh P. C., Taylor B., & Cole T. J. (2008) Childhood body mass index (BMI), breastfeeding and risk of Type 1 diabetes: findings from a longitudinal national birth cohort. *Diabetic Medicine*, **25**(9): 1056-1061.
- Vivilaki V.G., Dafermos V., Kogevinas M., Bitsios P., Lionis C. (2009) The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): Translation and validation for a Greek sample. *BMC Public Health*, **9**, art. no. 329
- Walker M. (1997) Do labor medications affect breastfeeding? *J Hum Lact*, **13**(2):131–137.
- Wallenborn J.T., Ihongbe T., Rozario S., & Masho S.W. (2017). Knowledge of Breastfeeding Recommendations and Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Infant Feeding Practices II. *Breastfeeding Medicine*, **12**(3): 156-162.
- Wambach K.A., Aaronson L., Breedlove G., Domian E. W., Rojjanasrirat W., & Yeh H.W. (2011). A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western Journal of Nursing Research*, **33**(4): 486–505.
- Wambach K.A. (1997) Breastfeeding intention and outcome: A test of the theory of planned behavior. *Res. Nurs. Health*, **20**: 51–59.
- Watt S., Sword W., Sheehan D., et al. (2012) The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, **41**(6): 728-737.
- Webel A. R., Okonsky J., Trompeta J., and Holzemer W.L. (2010) A systematic review of the effectiveness of peer-based interventions on health-related behaviors in adults. *Am J Public Health*, **100**(2): 247-253.
- Weiser T.M.L.M, Garikapaty V., Feyerharm R. W., Bensyl D.M., Zhu B.P. (2009) Association of maternal smoking status with breastfeeding practices: Missouri. *Pediatrics*, **124**(6): 1603-10.
- Wen L.M., Baur L.A., Simpson J.M., Rissel C., Flood V.M. (2011) Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and tummy time: a randomized controlled trial. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* **165** (8): 701–707.
- Weng S.F., et al. (2012) Systematic review and meta-analyses of risk factors for childhood overweight identifiable during infancy. *Arch Dis Child*, **97**(12): 1019-26.

- Weobong B., Ten Asbroek A.H., Soremekun S., Manu A.A., Owusu-Agyei S., Prince M., et al. (2014) Association of antenatal depression with adverse consequences for the mother and newborn in rural Ghana: findings from the DON Population-Based Cohort Study. *PLoS ONE*, **9**:e116333.
- Wheeler B.J., & Dennis C.L. (2013) Psychometric testing of the modified Breastfeeding Self-Efficacy Scale (short form) among mothers of ill or preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **42**(1): 70-80.
- WHO/UNICEF. (2003) Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, World Health Organization.
- Wiklund I., Edman G., Andolf E. (2007) Cesarean section on maternal request: reasons for the request, self-estimated health, expectations, experience of birth and signs of depression among first-time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand*, **86**(4): 451–456.
- Wilkins C., Ryan K., Green J., Thomas P. (2012) Infant feeding attitudes of women in the United Kingdom during pregnancy and after birth. *J Hum Lact*, **28**(4): 547–55.
- Wojcicki J.M. (2011) Maternal prepregnancy body mass index and initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Journal of Women's Health*, **20**(3): 341-347.
- Wolfberg A.J., Michels K.B., Shields W., O'Campo P., Bronner Y., & Bienstock J. (2004) Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **191**(3): 708–712.
- Wong K.L., Tak Fong D.Y., Yin Lee I.L., Chu S., & Tarrant M. (2014) Antenatal education to increase exclusive breastfeeding. *Obstetrics & Gynecology*, **124**(5): 961–968.
- Wood R.E., & Bandura A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academy of Management Review*, **14** (3): 361-384.
- World Health Organization. (2015) WHO global data bank on infant and young child feeding. Retrieved from <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en>
- World Health Organization. (2015) WHO European Region has lowest global breastfeeding rates. Retrieved from <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>

World Health Organization. Dept. of Child and Adolescent Health and Development.(2009) Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes. Geneva : World Health Organization. Available at: [<http://www.who.int/iris/handle/10665/69938>]

World Health Organization. (1998) Evidence for the ten steps to successful breastfeeding (WHO/CHD/98.6). Geneva: WHO.

World Health Organization. Global targets 2025. To improve maternal, infant and young child nutrition, (2014) ([www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/), accessed 6 October 2016).

World Health Organization. (1989) Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: a Joint WHO/UNICEF Statement.

World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. (2014) Available at [www.who.int/substance\\_abuse/publications/pregnancy\\_guidelines/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/) (accessed March 8, 2018).

Wouk K., Tully K.P., & Labbok M.H. (2017) Systematic review of evidence for baby-friendly hospital initiative step 3: prenatal breastfeeding education. *Journal of Human Lactation*, **33**(1): 50-82.

Wu D.S., Hu J., McCoy T.P., & Efirid J.T. (2014) The effects of a breastfeeding self-efficacy intervention on short-term breastfeeding outcomes among primiparous mothers in Wuhan, China. *Journal of Advanced Nursing*, **70**(8): 1867-1879.

Wutke K., & Dennis C.L. (2007) The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and psychometric assessment. *International Journal of Nursing Studies*, **44**(8): 1439-1446.

Yan J., et al. (2014) The association between breastfeeding and childhood obesity: a meta-analysis. *BMC Public Health*, **14**: 1267. 46.

Yonkers K.A., Ramin S., Rush A.J., Navarrete C.A., Carmody T., March D., Heatwell S.F., Leveno K.J. (2001) Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am. J. Psychiatry*, **158**: 1856–1863.

Yotebieng M., et al. (2015) Ten Steps to Successful Breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR Congo: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Global Health*, **3**(9): e546-e555.

Zanardo V., Gambina I., Nicoló M.E., Giustardi A., Cavallin F., Straface G., & Trevisanuto D. (2014). Body image and breastfeeding practices in obese mothers. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia. Bulimia and Obesity*, **19**(1): 89-93.

Zanardo V., Pigozzo A., Wainer G., Marchesoni D., Gasparoni A., Di Fabio S., Cavallin F., Giustardi A., Trevisanuto D. (2013) Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives Disease Childhood Fetal Neonatal Edition*, **98**(1): F37-41.

Zhao J., Zhao Y., Du M., Binns C.W., & Lee A.H. (2017) Maternal education and breastfeeding practices in China: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, **50**: 62-71.

Zhu Y., Zhang Z., Ling Y., Wan H. (2016) Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women and birth*, **30**: 146-152.

Zibadi S., Watson R.R., & Preedy V.R. (Eds.). (2013). Handbook of dietary and nutritional aspects of human breast milk (No. 5). Wageningen Academic Pub.

Ziegler A.G., Wallner M., Kaiser I., Rossbauer M., Harsunen M.H., Lachmann L. & Hummel S. (2012) Long-term protective effect of lactation on the development of type 2 diabetes in women with recent gestational diabetes mellitus. *Diabetes*, **61**(12): 3167-3171.

Zimmerman D.R. (1999) You can make a difference: Increasing breastfeeding rates in an inner-city clinic. *Journal of Human Lactation*, **15**: 217-220

Zubaran C., Foresti K., Schumacher M., Thorell M. R., Amoretti A., Müller L., & Dennis C. L. (2010) The Portuguese Version of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale—Short Form. *Journal of Human Lactation*, **26**(3): 297-303.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

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

Βοσνιάδου Σ. (2007) Εισαγωγή στην Ψυχολογία. Τόμος Β, Κοινωνική Ψυχολογία, Κλινική Ψυχολογία, GUTENBERG, Αθήνα.

Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Βρέφη, Παιδιά και Εφήβους (2014). <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/?page=entypo-yliko-%20paidia>

ΕΛΣΤΑΤ (2014). Δελτίο τύπου. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία: έτος 2014.  
<http://www.statistics.gr/documents/20181/bb5a0e93-6e1c-4c81-b954-1f3abeeb081b>

Ζαμπέλας Α. (2003) Διατροφή στα στάδια της ζωής. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης.

Ηλιάδου Μ., Τζιαφέρη Σ. (2016) Η επαφή δέρμα με δέρμα (SSC) και η επίδραση της στα ποσοστά έναρξης του ΜΘ και στα ποσοστά του αποκλειστικού ΜΘ. 3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας, Αθήνα.

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

Ιατράκης Γ.Μ. (2015) Γυναικολογία και Μαιευτική. Αθήνα: Εκδόσεις Δεσμός.

Κυριαζή Ν. (1999) Η κοινωνιολογική έρευνα. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μερκούρης Α. (2008) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας. Περιστέρι: Εκδόσεις Έλλην.

Νόμος 4316/2014-ΦΕΚ 270/Α/24-12-2014

(Νόμος 4316/2014)

Παπαδάτου Δ., Μπελλάλη Θ. (2013) Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα : Κριτική.

Πεχλιβάνη Φ, Ματάλα Λ. (2015) ΜΘ κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα στην Ελλάδα. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. e-Journal of Science & Technology (e-JST)*

## **ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ**

[epilegothilasmos](http://www.epilegothilasmos.org/)

<http://www.illgreece.org/>

<http://ibfan.org/our-history>

<http://jn.nutrition.org/content/135/7/1691.full.pdf>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2015/08/who-european-region-has-lowest-global-breastfeeding-rates>

ICRC 1989. <https://ihl-databases.icrc.org/ihl/INTRO/540?OpenDocument>



Medline Plus. (2009). Breastfeeding—Self care. Retrieved from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002454.htm>

NHS (2015) <https://www.nhs.uk/conditions/pregnancy-and-baby/reducing-risk-cot-death/>  
Accessed March 8, 2018

US (2020) <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/maternal-infant-and-child-health/objectives>

WABA. <http://waba.org.my/about-waba/about-waba-who-we-are/>

### **III. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

### 1.1 ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΑΣΤΕΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

1.1.1 maria72 maria72 <mariailiad1972@yahoo.gr>  
Προς:v\_vivilaki@yahoo.co.uk

19 Απρ 2016 στις 8:54 μ.μ.

Αξιότιμη κα Βιβιλάκη,

Στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής μου διατριβής στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με τίτλο **“Προγεννητικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τον θηλασμό: η επίδραση του στην αυτοαποτελεσματικότητα θηλάζουσών λεγχοίδων και στην έκβαση του ΜΘ”** υπό την εποπτεία της Επικ. Καθηγήτριας Τζιαφέρη Στυλιανής σας ζητώ την άδεια να χρησιμοποιήσω την μεταφρασμένη κλίμακα EPDS.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ ενημερώστε με στην ηλεκτρονική μου διεύθυνση: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr)

Με εκτίμηση,

Μαρία Ηλιάδου

*Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*

*Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης Et Ποιότητας Ζωής*

*Τμήμα Νοσηλευτικής*

*Ορθίας Αρτέμιδος et Πλαταιών*

*Σπάρτη 23100*

1.1.2 Victoria Vivilaki <v\_vivilaki@yahoo.co.uk>  
Προς:mariailiad1972@yahoo.gr  
Κοιν.:lionis@galinos.med.uoc.gr

29 Απρ 2016 στις 6:14 μ.μ.

Αγαπητή κ. Ηλιάδου,

Σας ευχαριστούμε πολύ για το ενδιαφέρον σας στην μεταφρασμένη σταθμισμένη κλίμακα EPDS. Με μεγάλη μας χαρά σας επισυνάπτουμε την κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα μας et είμαστε στην διάθεση σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση αναφορικά με την χρήση του εργαλείου. Σας επισυνάπτω την σχετική δημοσίευσή μας. Με την ευκαιρία αυτή θα ήθελα να σας ευχηθώ, "Καλή Ανάσταση".

Μετά τιμής,  
Βικτωρία Βιβιλάκη  
**Dr Victoria Vivilaki**  
RM PgCert MMedSc PhD  
*Assistant Professor*  
*Midwifery Department*  
*TEI Athens, GREECE*  
**Skype: v\_vivilaki**  
**Twitter: @v\_vivilaki**  
**Mobile: 0030 6945159535**  
**Landline: 0030 2109019112**  
**Home Address: Passionos 44-46, Athens 11631, Greece**

1.1.3. maria72 maria72 <mariailiad1972@yahoo.gr>

22 Φεβ 2016 στις 10:46 μ.μ.

Προς:cindylee.dennis@utoronto.ca  
Dear Dr. Dennis,

I am a doctoral student from University of Peloponnese writing my dissertation titled **‘Prenatal Breastfeeding Educational Program: Its effect on the Breastfeeding Self-efficacy and the breastfeeding outcome of postpartum Greek women after normal delivery and caesarean section’**, under the direction of my dissertation committee chaired by Dr. Styliani Tziaferi, who can be reached at [stziaf@hotmail.com](mailto:stziaf@hotmail.com)

I would like your permission to use the **Breastfeeding Self-Efficacy Scale** instrument in my research study. I would like to see if this could be used as a tool for midwives to target appropriate breastfeeding education prenatally /antenatally and improve the outcomes of the breastfeeding mothers. I will send you a summary of my findings upon completion of the study.

If this is acceptable, please indicate so by replying to me through e-mail: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr)

[miliad@teiath.gr](mailto:miliad@teiath.gr)

Sincerely,

Maria Iliadou

*University of Peloponnese*

*Faculty of Human Movement and Quality of Life Sciences*

*Department of Nursing*

*Orthias Artemidos & Plateon Str.*

*GR-23100, Sparta*

*GREECE*

1.1.4. Cindy-Lee Dennis <cindylee.dennis@utoronto.ca> 24 Φεβ 2016 στις 10:03 μ.μ.

Προς:mariailiad1972@yahoo.gr

Dear Maria,

Thank you for your email and interest in my Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Attached is the Greek version you can use in your dissertation. Are you planning on conducting a randomized controlled trial? How many mothers do you plan to recruit? Your study sounds interesting.

Warm regards,

Cindy-Lee Dennis

Cindy-Lee Dennis, PhD  
Professor in Nursing and Medicine, Dept. of Psychiatry,  
Canada Research Chair in Perinatal Community Health,

Shirley Brown Chair in Women's Mental Health Research, Women's College Research Institute,

University of Toronto  
155 College St  
Toronto, Ontario  
Canada M5T 1P8  
Tel: (416) 946-8608  
[www.cindyleedennis.ca](http://www.cindyleedennis.ca)

1.1.5. maria72 maria72 <mariailiad1972@yahoo.gr>  
Προς:cindylee.dennis@utoronto.ca  
25 Φεβ 2016 στις 11:10 π.μ.

Dear Dr.Dennis,

Thanks a lot for your positive reply and for the Greek version you sent me. My study will be quasi-experimental as there will be an educational intervention and I am going to make pre- and post- measurements. I plan to recruit 200 mothers. I hope I can come back to you if I need any further information.

Best wishes,  
Maria Iliadou

1.1.6. Re: PERMISSION TO USE IIFAS2  
mariailiad1972/Εισερχόμενα

maria72 maria72 <mariailiad1972@yahoo.gr>  
Προς:adelamor@iastate.edu

22 Φεβ 2016 στις 10:49 μ.μ.

Dear Dr. de la Mora,

I am a doctoral student from University of Peloponnese writing my dissertation titled '**Prenatal Breastfeeding Educational Program: Its effect on the Breastfeeding Self-efficacy and the breastfeeding outcome of postpartum Greek women after normal delivery and caesarean section**', under the direction of my dissertation committee chaired by Dr. Styliani Tziaferi, who can be reached at [stziaf@hotmail.com](mailto:stziaf@hotmail.com)

I would like your permission to use the **Iowa Infant Feeding Attitude Scale** instrument in my research study. Could you also send me a copy of IIFAS along with your paper describing the psychometric properties of the measure? I will send you a summary of my findings upon completion of the study.

If this is acceptable, please indicate so by replying to me through e-mail: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr)

Sincerely,

Maria Iliadou

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

Προς:mariailiad1972@yahoo.gr

23 Φεβ 2016 στις 12:54 π.μ.

You have our permission to use the IIFAS in your research should you find it meets your needs. I have attached a copy of our paper describing the scale along with some information about how to use it in publications. Please let me know if you have any questions about the paper or the scale.

Arlene de la Mora

**Arlene de la Mora, Ph.D.**  
**Research Scientist**  
**Research Institute for Studies in Education**  
School of Education  
Iowa State University  
E005 Lagomarcino Hall  
901 Stange Road  
Ames, IA 50011  
Voice: 515.294.6919  
Fax: 515.294.9284  
Email: [adelamor@iastate.edu](mailto:adelamor@iastate.edu)

1.1.8. RE: Asking permission to use two questionnaires

mariailiad1972/Εισερχόμενα

maria72 maria72 <mariailiad1972@yahoo.gr>

22 Φεβ 2016 στις 10:35 μ.μ.

Προς:saiedh@ksau-hs.edu.sa  
Dear Dr.Hala Saied,

I am a doctoral student from University of Peloponnese writing my dissertation titled '**Prenatal Breastfeeding Educational Program: Its effect on the Breastfeeding Self-efficacy and the breastfeeding outcome of postpartum Greek women after normal delivery and caesarean section**', under the direction of my dissertation committee chaired by Dr. Styliani Tziaferi, who can be reached at [stziaf@hotmail.com](mailto:stziaf@hotmail.com)

I would like your permission to use the **Breastfeeding Knowledge Questionnaire** and the **Perceived Breastfeeding Barriers Questionnaire** in my research study. I will send you a summary of my findings upon completion of the study.

If this is acceptable, please indicate so by replying to me through e-mail: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr)

[miliad@teiath.gr](mailto:miliad@teiath.gr)

Sincerely, Maria Iliadou

1.1.9. Dr. Hala Saied <Saiedh@ksau-hs.edu.sa>

Προς:mariailiad1972@yahoo.gr

23 Φεβ 2016 στις 8:05 π.μ.

Dear Iliadou,

I hereby give you my permission to use my questionnaires. Good luck

Hala

**DR.HALA SAIED**

Assistant Professor, Nursing Department

Chair of CON-R research unit

**College of Nursing-Riyadh**

King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences ([www.ksau-hs.edu.sa](http://www.ksau-hs.edu.sa))

King Abdulaziz Medical City, Ministry of National Guard Health Affairs

Mail Code 3105

P.O.Box.3660 Riyadh, 11481

Kingdom of Saudi Arabia

Telephone: 966 11 4299999 Ext.51158. Email: [saiedh@ksau-hs.edu.sa](mailto:saiedh@ksau-hs.edu.sa)

**1.2 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΤΟΥ Γ.Ν.Α.  
"ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" ΓΙΑ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. Αττικής  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ  
ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ-ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»**

**ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ της 6<sup>ης</sup>/20-04-2016 Συνεδρίασης**

**ΘΕΜΑ 29<sup>ο</sup>: Έγκριση διεξαγωγής έρευνας με διανομή ερωτηματολογίου**

**ΣΧΕΤΙΚΑ: 1.- Το υπ' αριθ. 253/20-04-2016 έγγραφο της Καθηγήτριας Εφαρμογών κ.  
Ηλιάδου Μαρία Τ.Ε.Ι Αθήνας  
2.-Αναλυτικό Πρωτόκολλο Μελέτης**

Κατά την 6η/ 20.04.2016 συνεδρίαση, του Επιστημονικού Συμβουλίου παρόντες ήσαν:

- 1.- Δημόπουλος Αθανάσιος-Μελέτιος- Καθ/τή-Δ/ντή Θεραπευτικής Κλινικής
- 2.- Μιχόπουλος Σπυρίδων-Συντονιστής Δ/ντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος
- 3.-Αναστασίου Ελένη- Διευθύντρια Ενδοκρινολογικού
- 4.- Αποστολάκη Ελένη- Επιμ.Α΄ Ακτιν/κου Εργαστηρίου
- 5.-Τατούλη Ιωάννα- Ειδικευόμενη Παθολογίας
- 6.-Ρούσση Αλεξάνδρα-Φυσικός Ιατρικής
- 7.-Χριστοπούλου Ευθυμία -Τεχνολόγος

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα,

**ΟΜΟΦΩΝΑ**

Εγκρίνει τη διανομή ερωτηματολογίου, για τη διεξαγωγής έρευνας, με τίτλο  
« Προγεννητικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τον θηλασμό: η επίδραση του στην  
αυτοαποτελεσματικότητα θηλαζουσών λεχαιδίων και στην έκβαση του Μητρικού  
Θηλασμού μετά από Φυσιολογικό Τοκετό και Καισαρική Τομή» της κ. Ηλιάδου Μαρία  
Καθηγήτριας Εφαρμογών του Τ.Ε.Ι Αθήνας, στα πλαίσια της διδακτορικής της διατριβής,  
κατόπιν συνεννόησης με την Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Διεύθυνσης Νοσηλευτικής  
Υπηρεσίας κ. Αναστασία Πιτσούνη.

**Δ.Η.Θ. ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ**



**Καθηγητής Μ.Α. Δημόπουλος  
Δ/ντης Θεραπευτικής Κλινικής  
του Πανεπιστημίου Αθηνών  
στο Νοσοκομείο « ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ »**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙ		Κωδικός:	
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
<b>1. Ημερομηνία:</b>			
<b>2. Κινητό τηλέφωνο:</b> _____			
<b>3. Ηλικία:</b> <input type="checkbox"/>			
<b>4. Βάρος</b> (σε κιλά)	προ κήσης: <input type="checkbox"/>	τώρα: <input type="checkbox"/>	Ύψος: <input type="checkbox"/>
<b>5. Τόπος μόνιμης κατοικίας:</b>			
1. Αστική πόλη (πληθυσμός >10.000 κάτοικοι)		<input type="checkbox"/>	
2. Ημιαστική πόλη (πληθυσμός 2.000-9.999 κάτοικοι)		<input type="checkbox"/>	
3. Αγροτική περιοχή (πληθυσμός <2000 κάτοικοι)		<input type="checkbox"/>	
<b>6. Εθνικότητα:</b> 1.Ελληνική <input type="checkbox"/> 2. Άλλη <input type="checkbox"/> (αναφέρετε ποιά) .....			
<b>7. Μορφωτικό επίπεδο:</b>			
1. Απόφοιτος Δημοτικού		<input type="checkbox"/>	
2. Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου		<input type="checkbox"/>	
3. Απόφοιτος ΑΕΙ		<input type="checkbox"/>	
4. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών		<input type="checkbox"/>	
<b>8. Επάγγελμα:</b>			
1. Δημόσιος υπάλληλος		<input type="checkbox"/>	
2. Ιδιωτικός υπάλληλος		<input type="checkbox"/>	
3. Ελεύθερος επαγγελματίας		<input type="checkbox"/>	
4. Άνεργη		<input type="checkbox"/>	
5. Οικιακά		<input type="checkbox"/>	
6. Φοιτήτρια		<input type="checkbox"/>	
<b>9. Ποιο είναι το ύψος του μηνιαίου οικογενειακού σας εισοδήματος;</b>			
1. Μέχρι 800 ευρώ		<input type="checkbox"/>	
2. Από 800 έως 1.500 ευρώ		<input type="checkbox"/>	
3. Από 1500 έως 2200 ευρώ		<input type="checkbox"/>	
4. Από 2200 μέχρι 3000 ευρώ		<input type="checkbox"/>	
5. Άνω των 3000 ευρώ		<input type="checkbox"/>	



6. Δεν γνωρίζω	<input type="checkbox"/>
7. Δεν απαντώ	<input type="checkbox"/>
<b>10. Οικογενειακή κατάσταση:</b>	
1.Εγγαμη <input type="checkbox"/>	2. Σύμφωνο συμβίωσης <input type="checkbox"/>
3. Αγαμη <input type="checkbox"/>	4. Διαζευγμένη <input type="checkbox"/>
5. Χήρα <input type="checkbox"/>	6. Άλλο.....
<b>11. Ποια είναι η ηλικία του πατέρα του παιδιού σας;</b>	
	<input type="checkbox"/>
<b>12. Μορφωτικό επίπεδο του πατέρα του παιδιού σας:</b>	
1. Απόφοιτος Δημοτικού	<input type="checkbox"/>
2. Απόφοιτος Γυμνασίου/Λυκείου	<input type="checkbox"/>
3. Απόφοιτος ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>
4. Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Σπουδών	<input type="checkbox"/>
<b>13. Επάγγελμα του πατέρα του παιδιού σας :</b>	
1. Δημόσιος υπάλληλος	<input type="checkbox"/>
2. Ιδιωτικός υπάλληλος	<input type="checkbox"/>
3. Ελεύθερος επαγγελματίας	<input type="checkbox"/>
4. Άνεργος	<input type="checkbox"/>
5. Φοιτητής	<input type="checkbox"/>
<b>14. Πώς θα χαρακτηρίζατε την σχέση με τον πατέρα του παιδιού σας;</b>	
1. Πολύ κακή <input type="checkbox"/>	2. Κακή <input type="checkbox"/>
3. Μέτρια <input type="checkbox"/>	4. Καλή <input type="checkbox"/>
5. Πολύ Καλή <input type="checkbox"/>	
<b>15. Έχετε θηλάσει εσείς οι ίδιες;</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 3. Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
<b>16. Στο ευρύτερο περιβάλλον σας αποτελεί ο ΜΘ συνήθη πρακτική;</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 3. Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
<b>17. Εάν ναι, έχει διαρκέσει ο θηλασμός περισσότερο από 3 μήνες;</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 3. Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
<b>18. Σκοπεύετε να θηλάσετε το μωρό σας;</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> 3. Δεν έχω αποφασίσει ακόμη <input type="checkbox"/> Εάν όχι, γιατί,.....
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΥΗΣΕΩΣ</b>	
<b>19. Σε ποια εβδομάδα κύησης βρίσκεστε;</b>	<input type="checkbox"/>

20. Πότε είναι η πιθανή ημερομηνία τοκετού σας;	<input type="text"/>
21. Ποσά έμβρυα κυοφορείτε; <input type="checkbox"/>	
22. Τρόπος σύλληψης: 1. Φυσιολογικά <input type="checkbox"/> 2. Εξωσωματική <input type="checkbox"/>	
<b>23. Προβλήματα κατά την κύηση:</b> 1. Περίδεση <input type="checkbox"/> 2. Αιμορραγία <input type="checkbox"/> 3. Λοιμώξεις <input type="checkbox"/> 4. Συσπάσεις <input type="checkbox"/> 5. Αναμία <input type="checkbox"/> 6. Διαβήτης Κύησης <input type="checkbox"/> 7. Υπέρταση/Προεκλαμψία <input type="checkbox"/> 8. Κανένα <input type="checkbox"/> 9. Άλλο: ..... <input type="checkbox"/>	
<b>24. Χρειάστηκε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης να σας χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή;</b> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ναι, ποιά;.....	
<b>ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ</b>	
<b>25. Κάπνισμα κατά την κύηση:</b> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>	<b>Αριθμός τσιγάρων την ημέρα:</b> <input type="text"/>
<b>26. Κάπνισμα πριν την κύηση:</b> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>	<b>Αριθμός τσιγάρων την ημέρα:</b> <input type="text"/>
<b>27. Χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση:</b> 1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/> Εάν ναι, αναφέρατε ποια;.....	
<b>28. Κατανάλωση αλκοόλ κατά την κύηση (η κάθε φορά υπολογίζεται με ένα ποτήρι κρασιού/μπύρας):</b> 1. ≤1 φορά /μήνα <input type="checkbox"/> 4. 2 φορές/εβδομάδα <input type="checkbox"/> 2. 1-3 φορές/μήνα <input type="checkbox"/> 5. > 3 φορές/εβδομάδα <input type="checkbox"/> 3. 1 φορά/εβδομάδα <input type="checkbox"/>	

**29. Εκτέλεση ήπιας σωματικής άσκησης κατά την κήση για τουλάχιστον 30 λεπτά κάθε μέρα**

1.Ναι  2.Όχι

**30. Η διατροφή σας κατά την εγκυμοσύνη βασίζεται στο πρότυπο της μεσογειακής διατροφής;**

1. Καθόλου

2. Λίγο

3. Μέτρια

4. Πολύ

5. Πάρα Πολύ

**Σας ευχαριστώ πολύ για τις απαντήσεις σας!**

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Ε2

Κωδικός:

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

<b>1. Είδος κύησης:</b> 1. Απλή <input type="checkbox"/> 2. Πολύδυμη <input type="checkbox"/>	
<b>2. Ηλικία κύησης κατά τον τοκετό:</b> ..... εβδομάδες	
<b>3. Είδος τοκετού:</b> 1.Φυσιολογικός Τοκετός <input type="checkbox"/>  Εάν έγινε ΦΤ : 1.1) Επισκληρίδιος <input type="checkbox"/> 1.2) Χρήση οπιούχων <input type="checkbox"/>  1.3) Χρήση σπασμολυτικών φαρμάκων <input type="checkbox"/> 1.4) Χρήση ωκυτοκίνης <input type="checkbox"/>  1.5) Χρήση προσταγλανδίνης  2.Καισαρική Τομή <input type="checkbox"/>  Εάν έγινε ΚΤ: 2.1) Επισκληρίδιος <input type="checkbox"/> 2.2) Γενική νάρκωση <input type="checkbox"/>	
<b>4. Αυτόματη έναρξη τοκετού (1) / πρόκληση τοκετού (2)/ προγραμματισμένη καισαρική τομή (3):</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5. Διάρκεια τοκετού (σε ώρες):</b>	
<b>6. Διάρκεια του πρώτου σταδίου του τοκετού (σε ώρες):</b>	
<b>7. Διάρκεια του δευτέρου σταδίου του τοκετού(σε λεπτά):</b>	
<b>8. Διάρκεια του τρίτου σταδίου του τοκετού(σε λεπτά):</b>	
<b>9. Εμβρυουλκία:</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>
<b>10. Περινεοτομή</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>
<b>11. Αιμορραγία 3ου σταδίου &gt; 500ml:</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>
<b>12. Ο τοκετός έγινε σε δημόσιο ή σε ιδιωτικό μαιευτήριο,</b>	1. Δημόσιο <input type="checkbox"/> 2.Ιδιωτικό <input type="checkbox"/>
<b>13. Ο τοκετός έγινε σε μαιευτήριο ‘φιλικό στα βρέφη’</b>	1. Ναι <input type="checkbox"/> 2. Όχι <input type="checkbox"/>

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΕΟΓΝΟΥ												
<b>14. Βάρος γέννησης (σε γραμμάρια) &amp; ύψος (σε εκατοστά)</b>			Βάρος.....				Ύψος.....					
<b>15. Φύλο</b>			1. Άρρεν <input type="checkbox"/>				2. Θήλυ <input type="checkbox"/>					
<b>16. Βαθμολόγηση κατά Apgar</b>			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>17. Κυάνωση</b>			1. Ναι <input type="checkbox"/>				2. Όχι <input type="checkbox"/>					
<b>18. Ίκτερος</b>			1ο 24ωρο:			2ο 24ωρο:			3ο 24ωρο:			
			4ο 24ωρο:									
<b>19. Θερμοκοιτίδα / ημέρες</b>			1. Ναι <input type="checkbox"/>				2. Όχι <input type="checkbox"/>					
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ												
<b>20. Θηλασμός αμέσως μετά τον τοκετό (αίθουσα)</b>			1. Ναι <input type="checkbox"/>				2. Όχι <input type="checkbox"/>					
<b>21. Έναρξη θηλασμού στο μαιευτήριο</b>		Αποκλειστικός ΜΘ	Μεικτός ΜΘ				Ξένο γάλα					
		1. Ναι <input type="checkbox"/>	3. Ναι <input type="checkbox"/>				5. Ναι <input type="checkbox"/>					
		2. Όχι <input type="checkbox"/>	4. Όχι <input type="checkbox"/>				6. Όχι <input type="checkbox"/>					
<b>22. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τις μαίες του μαιευτηρίου</b>			1. Καθόλου <input type="checkbox"/>				2. Λίγο <input type="checkbox"/>		3. Μέτρια <input type="checkbox"/>			
			4. Πολύ <input type="checkbox"/>				5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>					
<b>23. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από το οικογενειακό περιβάλλον</b>			1. Καθόλου <input type="checkbox"/>				2. Λίγο <input type="checkbox"/>		3. Μέτρια <input type="checkbox"/>			
			4. Πολύ <input type="checkbox"/>				5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>					
<b>24. Υποστήριξη κατά τον ΜΘ από τον σύντροφο.</b>			1. Καθόλου <input type="checkbox"/>				2. Λίγο <input type="checkbox"/>		3. Μέτρια <input type="checkbox"/>			
			4. Πολύ <input type="checkbox"/>				5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>					

<b>25. Παροχή συμβουλών σχετικά με την αναζήτηση βοήθειας για το θηλασμό μετά το εξιτήριο</b>	1. Καθόλου <input type="checkbox"/> 2. Λίγο <input type="checkbox"/> 3. Μέτρια <input type="checkbox"/> 4. Πολύ <input type="checkbox"/> 5. Πάρα Πολύ <input type="checkbox"/>			
<b>26. Δείκτης Θηλασμού (Τηλεφωνική επικοινωνία τον 6ο μήνα)</b>	<b>Αποκλειστικός ΜΘ</b> A1. Ναι <input type="checkbox"/> A2. Όχι <input type="checkbox"/> A3. Διάρκεια...	<b>Συμπληρωματικός ΜΘ</b> B1. Ναι <input type="checkbox"/> B 2. Όχι <input type="checkbox"/> B3. Διάρκεια...	<b>Μεικτός ΜΘ</b> Γ1. Ναι <input type="checkbox"/> Γ2. Όχι <input type="checkbox"/> Γ3.Διάρκεια...	<b>Ξένο γάλα</b> Δ1. Ναι <input type="checkbox"/> Δ2. Όχι <input type="checkbox"/> Δ3.Διάρκεια....
<b>28. Αναφερόμενος λόγος διακοπής μητρικού θηλασμού</b>	1. Ασθένεια μητέρας <input type="checkbox"/> 2. Ασθένεια μωρού <input type="checkbox"/> 3. Ανεπαρκής ποσότητα γάλακτος <input type="checkbox"/> 4.Ηλικία μωρού <input type="checkbox"/> Ερεθισμένες θηλές <input type="checkbox"/> 6. Μαστίτιδα <input type="checkbox"/> 7.Προσωπική επιλογή <input type="checkbox"/> 8.Επιστροφή στην εργασία <input type="checkbox"/> 9. Κούραση μητέρας <input type="checkbox"/> 10. Άλλο.....			

## Κλίμακα Στάσης για την Νεογνική Διατροφή της Αιόβα

### (The Iowa Infant Feeding Attitude Scale)

Για καθεμία από τις ακόλουθες προτάσεις, παρακαλείσθε να αναφέρετε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε, κυκλώνοντας τον αριθμό που αντιστοιχεί πιο πολύ με τη γνώμη σας

(1 = διαφωνώ απόλυτα [ **ΔΑ** ], 2 = διαφωνώ [ **Δ** ], 3 = είμαι ουδέτερη [ **ΟΥ** ],

4 = συμφωνώ [ **Σ** ], 5 = συμφωνώ απόλυτα [ **ΣΑ** ] ).

Μπορείτε να επιλέξετε οποιοδήποτε αριθμό από 1 έως 5

	Διαφωνώ				Συμφωνώ
	Απόλυτα	Δ	ΟΥ	Σ	Απόλυτα
1. Τα θρεπτικά οφέλη του μητρικού γάλακτος διαρκούν μόνο για την περίοδο που το μωρό θηλάζει	1	2	3	4	5
2. Η σίτιση του μωρού με ξένο γάλα είναι πιο βολική από το ΜΘ	1	2	3	4	5
3. Ο ΜΘ ενισχύει τον δεσμό μητέρας-βρέφους	1	2	3	4	5
4. Το μητρικό γάλα υπολείπεται σε σίδηρο	1	2	3	4	5
5. Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα έχουν περισσότερες πιθανότητες να ταϊστούν υπερβολικά από ότι τα μωρά που θηλάζουν	1	2	3	4	5
6. Η σίτιση με ξένο γάλα είναι η καλύτερη επιλογή εάν η μητέρα σχεδιάζει να δουλέψει εκτός σπιτιού	1	2	3	4	5
7. Οι μητέρες που ταΐζουν τα μωρά τους με ξένο γάλα χάνουν μια από τις μεγαλύτερες απολαύσεις της μητρότητας	1	2	3	4	5
8. Οι γυναίκες δεν θα έπρεπε να θηλάζουν σε δημόσιους χώρους όπως τα εστιατόρια	1	2	3	4	5
9. Τα μωρά που σιτίζονται με μητρικό γάλα είναι πιο υγιή από τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
10. Τα μωρά που θηλάζουν έχουν περισσότερες πιθανότητες να ταϊστούν υπερβολικά από ότι τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα	1	2	3	4	5

11. Οι πατεράδες αισθάνονται παραμελημένοι εάν η μητέρα θηλάζει	1	2	3	4	5
12. Το μητρικό γάλα είναι η ιδανική τροφή για τα μωρά	1	2	3	4	5
13. Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο από το ξένο γάλα	1	2	3	4	5
14. Το ξένο γάλα είναι το ίδιο υγιές για το νεογνό όσο και το μητρικό γάλα	1	2	3	4	5
15. Ο ΜΘ είναι πιο βολικός από την σίτιση με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
16. Το μητρικό γάλα είναι φθηνότερο από το ξένο	1	2	3	4	5
17. Η μητέρα η οποία καταναλώνει αλκοόλ περιστασιακά δεν πρέπει να θηλάζει το μωρό της	1	2	3	4	5



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

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

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

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

**Ερωτηματολόγιο Γνώσεων Σχετικά Με Τον Μητρικό Θηλασμό  
(Breastfeeding Knowledge Questionnaire)**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις.

Παρακαλώ απαντήστε βάζοντας (ν) στο Σωστό ή Λάθος.

	Σωστό	Λάθος
1. Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατροφής για το μωρό		
2. Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει το μωρό από διάρροια, αλλεργία και ωτίτιδα		
3. Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από τον καρκίνο του στήθους		
4. Συστήνεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του παιδιού		
5. Ο μητρικός θηλασμός είναι οικονομικότερος από τη σίτιση με ξένο γάλα.		
6. Τα μωρά που θηλάζουν παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα σπάνια		
7. Τα νεογνά που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν την τάση να αναπτύσσουν τις κινητικές τους δεξιότητες γρηγορότερα		
8. Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα είναι εξυπνότερα από αυτά που θηλάζουν.		
9. Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στο στενότερο δεσμό μεταξύ της μητέρας και του παιδιού της.		
10. Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει το παιδί σας από την παχυσαρκία		
11. Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει την μητέρα από οστεοπόρωση αργότερα στην ζωή της		
12. Ο μητρικός θηλασμός βοηθά στην σύσπαση της μήτρας μετά τον τοκετό και τον έλεγχο της αιμορραγίας		
13. Τα μωρά που θηλάζουν είναι πιο υγιή από αυτά που σιτίζονται με ξένο γάλα		
14. Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο από το ξένο		
15. Ο μητρικός θηλασμός είναι πιο βολικός από την σίτιση με ξένο γάλα		

**Ερωτηματολόγιο Για Τα Αντιληπτά Εμπόδια Του Μητρικού Θηλασμού  
(Perceived Breastfeeding Barriers Questionnaire)**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 17 ερωτήσεις που αφορούν τα εμπόδια του ΜΘ,  
όπως τα αντιλαμβάνεστε εσείς.

Παρακαλώ απαντήστε βάζοντας (ν) στο Συμφωνώ ή Είμαι ουδέτερη ή Διαφωνώ.

<b>Αντιληπτά εμπόδια</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Είμαι Ουδέτερη</b>	<b>Διαφωνώ</b>
1. Πόνος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Φόβος για παραμόρφωση του σχήματος του στήθους με το μητρικό θηλασμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Περιορισμένη υποστήριξη πριν και μετά τον τοκετό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Αντίληψη ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Μη ενθάρρυνση για μητρικό θηλασμό από τον πατέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Αμηχανία για θηλασμό σε δημόσιους χώρους	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Αμηχανία για θηλασμό μπροστά σε μέλη της οικογένειας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ιδιαίτερα πολυάσχολη για να ασχοληθείς με τον θηλασμό του μωρού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ασθένεια μητέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Η μη ύπαρξη οικιακής βοηθού ενθαρρύνει τη σίτιση με ξένο γάλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Λήψη αντισυλληπτικών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Εργασία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Κούραση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ασθένεια που θα μπορούσε να μεταφερθεί στα παιδιά με το μητρικό θηλασμό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Άσχημη μυρωδιά της θηλάζουσας μητέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Κατάθλιψη λόγω άρνησης του μωρού να θηλάσει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Έλλειψη επαρκών γνώσεων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ***Ερωτηματολόγιο για την Επιλόχεια Κατάθλιψη (EPDS)***

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

Ένιωθα χαρούμενη:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ναι, συνέχεια.               |   |
| <input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές. | Αυτό σημαίνει: «Ένιωθα χαρούμενη τις    |
| <input type="checkbox"/> Όχι, τόσο συχνά.             | περισσότερες φορές αυτήν την εβδομάδα.» |
| <input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου.                |   |

Παρακαλώ συμπληρώστε με τον ίδιο τρόπο και τις υπόλοιπες ερωτήσεις.

Τις τελευταίες 7 μέρες:

<p>1. Μπορούσα να γελώ και να βλέπω την ευχάριστη πλευρά των πραγμάτων</p> <p><input type="checkbox"/> Όπως πάντα</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο πολύ, πλέον</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα όχι τόσο τώρα</p> <p><input type="checkbox"/> Καθόλου</p>	<p>6. Πνιγόμουν από τις καταστάσεις</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές δεν είμαι καθόλου σε θέση να ανταπεξέλθω</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, μερικές φορές δεν μπορούσα να ανταπεξέλθω όπως συνήθως</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, τις περισσότερες φορές ανταπεξέρχομαι αρκετά καλά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, ανταπεξέρχομαι το ίδιο καλά όπως πάντα</p>
<p>2. Περίμενα με χαρά να συμβούν πράγματα</p> <p><input type="checkbox"/> Όπως πάντα</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο τώρα, όπως παλιότερα</p> <p><input type="checkbox"/> Σίγουρα λιγότερο τώρα, από ότι συνήθιζα</p> <p><input type="checkbox"/> Καθόλου</p>	<p>7. Ήμουν τόσο λυπημένη, που είχα δυσκολία να κοιμηθώ</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, μερικές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου</p>
<p>3. Κατηγορούσα τον εαυτό μου χωρίς αιτία, όταν κάτι πήγαινε στραβά</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, μερικές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, ποτέ</p>	<p>8. Ένιωθα στενοχωρημένη ή μίζερη</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, αρκετά συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου</p>
<p>4. Ήμουν αγχωμένη ή στενοχωρημένη χωρίς σοβαρό λόγο</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου</p> <p><input type="checkbox"/> Πολύ σπάνια</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, μερικές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, πολύ συχνά</p>	<p>9. Ήμουν τόσο λυπημένη που έκλαιγα</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, τις περισσότερες φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, αρκετά συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Μόνο περιστασιακά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, καθόλου</p>
<p>5. Φοβόμουν και πανικοβαλλόμουν χωρίς ιδιαίτερο λόγο</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, αρκετά συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, μερικές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι τόσο συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Όχι, ποτέ</p>	<p>10. Είχε περάσει από την σκέψη μου να κάνω κακό στον εαυτό μου</p> <p><input type="checkbox"/> Ναι, αρκετά συχνά</p> <p><input type="checkbox"/> Μερικές φορές</p> <p><input type="checkbox"/> Σχεδόν ποτέ</p> <p><input type="checkbox"/> Ποτέ</p>

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.**

### **3.1 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ (ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ)**

#### **Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη**

Αγαπητή μέλλουσα μητέρα,

Θα θέλαμε να σας καλέσουμε να συμμετάσχετε σε μία έρευνα σχετικά με την επίδραση των προγεννητικών εκπαιδευτικών μαθημάτων στην έκβαση του μητρικού θηλασμού. Η έρευνα γίνεται στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής της ερευνήτριας –μαίας, κας Ηλιάδου Μαρίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Στοχεύουμε οι γνώσεις που θα αποκομίσουμε από την έρευνα αυτή να βοηθήσουν στην βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα κέντρα προγεννητικής εκπαίδευσης και στην αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

Η έρευνα θα διαρκέσει συνολικά 6 μήνες.

**Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα πακέτο ερωτηματολογίων 3 φορές:**

- Μετά την 32η εβδομάδα της κύησης (κατά την διάρκεια επίσκεψης σας στα Εξωτερικά Μαιευτικά Ιατρεία του Νοσοκομείου)
- μία εβδομάδα μετά την πρώτη συμπλήρωση (χρησιμοποιώντας ηλεκτρονική πλατφόρμα)
- Κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό σας (τηλεφωνικά ή με email ή με προσωπική επαφή με την ερευνήτρια)

Ο χρόνος που θα απαιτηθεί για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από εσάς και στις 3 φάσεις θα είναι περίπου 20-30λεπτά. Τα ερωτηματολόγια καταγράφουν τις γνώσεις, την στάση και την αυτοπεποίθηση αναφορικά με το μητρικό θηλασμό, τα αντιληπτά εμπόδια του μητρικού θηλασμού, την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης καθώς και στοιχεία που αφορούν τον τοκετό σας καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

**Επίσης, κατά τον 6 μήνα μετά τον τοκετό θα επικοινωνήσει τηλεφωνικά μαζί σας η ερευνήτρια και θα απαντήσετε πολύ σύντομα σχετικά με την εξέλιξη του θηλασμού σας.**

Η συμμετοχή σας στην μελέτη είναι εθελοντική και είστε ελεύθερη να μην συναινέσετε ή να διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή το αποφασίσετε.

Οποιαδήποτε στοιχεία ή πληροφορίες σας αφορούν είναι απόρρητα και δε θα δημοσιευτούν ονομαστικά σε οποιαδήποτε δημοσίευση προκύψει από αυτή την συγκεκριμένη μελέτη. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομά σας δε θα φαίνεται πουθενά.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση χρειαστείτε κατά την διεξαγωγή της μελέτης μπορείτε να απευθυνθείτε στην ερευνήτρια (e-mail: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr), κιν. 69.....)

Με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δίνετε την συγκατάθεσή σας προκειμένου να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας!

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

### **3.2 ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ (ΟΜΑΔΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ)**

#### **Έντυπο ενημέρωσης και συναίνεσης για συμμετοχή σε ερευνητική μελέτη**

Αγαπητή μέλλουσα μητέρα,

Θα θέλαμε να σας καλέσουμε να συμμετάσχετε σε μία έρευνα σχετικά με την επίδραση των προγεννητικών εκπαιδευτικών μαθημάτων στην έκβαση του μητρικού θηλασμού. Η έρευνα γίνεται στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής της ερευνήτριας –μαίας, κας Ηλιάδου Μαρίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Στοχεύουμε οι γνώσεις που θα αποκομίσουμε από την έρευνα αυτή να βοηθήσουν στην βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στα κέντρα προγεννητικής εκπαίδευσης και στην αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού.

Η έρευνα θα διαρκέσει συνολικά 6 μήνες.

**Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα πακέτο ερωτηματολογίων 3 φορές:**

- πριν την παρακολούθηση του μαθήματος
- μία εβδομάδα μετά την παρακολούθηση του μαθήματος
- κατά την πρώτη εβδομάδα μετά τον τοκετό σας(τηλεφωνικά ή με email ή με προσωπική επαφή με την ερευνήτρια)

Απαιτούνται περίπου 20-30 λεπτά συνολικά για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και στις 3 φάσεις. Τα ερωτηματολόγια καταγράφουν τις γνώσεις, την στάση και την αυτοπεποίθηση αναφορικά με τον ΜΘ, τα αντιληπτά εμπόδια του ΜΘ, την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης καθώς και στοιχεία που αφορούν τον τοκετό σας καθώς και δημογραφικά χαρακτηριστικά.

**Επίσης, κατά τον 6 μήνα μετά τον τοκετό θα επικοινωνήσει τηλεφωνικά μαζί σας η ερευνήτρια και θα απαντήσετε πολύ σύντομα σχετικά με την εξέλιξη του θηλασμού σας.** Η συμμετοχή σας στην μελέτη είναι εθελοντική και είστε ελεύθερη να μην συναινέσετε ή να διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή το αποφασίσετε.

Οποιαδήποτε στοιχεία ή πληροφορίες σας αφορούν είναι απόρρητα και δε θα δημοσιευτούν ονομαστικά σε οποιαδήποτε δημοσίευση προκύψει από αυτή την συγκεκριμένη μελέτη. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σας δε θα φαίνεται πουθενά.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση χρειαστείτε κατά την διεξαγωγή της μελέτης μπορείτε να απευθυνθείτε στην ερευνήτρια (e-mail: [mariailiad1972@yahoo.gr](mailto:mariailiad1972@yahoo.gr), κιν. 69.....)

Με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δίνετε την συγκατάθεσή σας προκειμένου να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Ευχαριστούμε για την συνεργασία σας!

Ημερομηνία: \_\_/\_\_/\_\_

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4.

### 4. Δημοσιευμένες εργασίες και ανακοινώσεις στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής

1. **Ηλιάδου Μ., Τζιαφέρη Σ.** (2016α) Η επαφή δέρμα με δέρμα (SSC) και η επίδραση της στα ποσοστά έναρξης του ΜΘ και στα ποσοστά του αποκλειστικού ΜΘ. *3ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Ψυχοπροφυλακτικής Εταιρείας, Αθήνα, 8-10 Απριλίου 2016.*

2. **Iliadou M., Lykeridou K., Vivilaki V., Zyga S., Tziaferi S.** (2016b) The effectiveness of the implementation of the Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI) in maternity hospitals on the duration of exclusive breastfeeding (EBF): a literature review. *10th Athens Congress on Women's Health & Disease, Athens, 1-3 September 2016.*

3. **Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Styliani Tziaferi.** (2018a) Prenatal breastfeeding educational program: its effect on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes among postpartum women in Greece. *EANS Summer Conference: Leadership in Nursing: Challenges for the Future, Ghent, 12 July 2018.*

4. **Μαρία Ηλιάδου, Αικατερίνη Λυκερίδου, Παναγιώτης Πρεζεράκος, Ελενίτσα Παπαπαναγιώτου, Στυλιανή Τζιαφέρη.** (2018b) Έλεγχος της αποτελεσματικότητας προγεννητικής παρέμβασης μέσω της μέτρησης των γνώσεων των μητέρων για το ΜΘ. *14ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών, Αθήνα, 4-7 Οκτωβρίου 2018.*

5. **Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Evanthia Sakellari, Styliani G Tziaferi.** (2018c) Prenatal Breastfeeding Educational Program: its effect on breastfeeding attitudes among postpartum women in Greece. *10th Anniversary Symposium "Visualizing the Innovations of Empowering Patient Education", Turku, Finland, 13 December 2018.*

6. **Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Emma Marie Swift, Styliani G Tziaferi.** (2018d) Measuring the Effectiveness of a Midwife-led Education Programme in Terms of Breastfeeding Knowledge and Self-efficacy, Attitudes Towards Breastfeeding, and Perceived Barriers of Breastfeeding Among Pregnant Women. *MATER SOCIO MED*, 30(4): 240-245. DOI: 10.5455/msm.2018.30.240-245

7. **Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Chara Tzavara, Styliani G Tziaferi.** (2018e) Reliability and Validity of the Greek Version of the Iowa Infant Feeding



Attitude Scale among pregnant women. *MATER SOCIO MED* (submitted and accepted for publication).

**8. Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Styliani G Tziaferi.**

(2019a) Impact of an antenatal breastfeeding course in terms of breastfeeding knowledge, attitudes, self-efficacy and perceived barriers among pregnant women in Greece. *7th FOHNEU International Congress, Budapest, Hungary, 24-26 April 2019 (accepted)*.

**9. Μαρία Ηλιάδου, Αικατερίνη Λυκερίδου, Παναγιώτης Πρεζεράκος, Στυλιανή Τζιαφέρη.**

(2019b) Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Οφέλη του μητρικού θηλασμού για τα βρέφη και τις μητέρες: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 37: 29-34.

**10. Μαρία Ηλιάδου, Αικατερίνη Λυκερίδου, Παναγιώτης Πρεζεράκος, Στυλιανή Τζιαφέρη.**

(2019c) Πολιτική Υγείας των νοσοκομείων σχετικά με την προαγωγή του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 37: 67-70.

**11. Maria Iliadou, Katerina Lykeridou, Panagiotis Prezerakos, Styliani G Tziaferi.**

(2019d) Development of womens' breastfeeding self-efficacy and improvement of breastfeeding outcomes through antenatal classes: research protocol. *2019 International Conference, Nursing-Caring for People in Contemporary Societies, Nursing Department, Frederick University, Cyprus, 5-6 April 2019 (accepted)*.

**12. Μαρία Ηλιάδου, Στυλιανή Τζιαφέρη** (2019e) Ημι-πειραματική μελέτη αξιολόγησης

εκπαιδευτικού προγράμματος για το μητρικό θηλασμό. *46<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Εθνικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Ελλάδος, Μήλος, 8-11 Μαΐου 2019 (υποβλήθηκε)*.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5.

Πιστοποιητικό παρακολούθησης 3ετούς προγράμματος διδακτορικών σπουδών της European Academy of Nursing Science (EANS)



