



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*“Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική:
Κλινική Πράξη και Έρευνα”*

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ Ο Μητρικός Θηλασμός στα Πρόωρα Νεογνά στην
Ελλάδα ”**

Μαριέττα Κρητικού

A.M.: 20190458

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Αντωνάκου Αγγελική (Επιβλέπουσα)

*Πρόεδρος Τμήματος Μαιευτικής, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Σχολή
Επιστημών*

Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος

Μπριάννα Δέσποινα

*Καθηγήτρια Παιδιατρικής Νεογνολογίας, Γ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»*

Χαρμανδάρη Ευαγγελία

*Καθηγήτρια Παιδιατρικής – Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Α' Παιδιατρική
Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»*

ΑΘΗΝΑ

Νοέμβριος 2024



HELLENIC REPUBLIC

**National and Kapodistrian
University of Athens**

— EST. 1837 —

School of Health Sciences

Department of Medicine

MASTER PROGRAM IN

***“General Pediatrics and Pediatric Subspecialties:
Clinical Practice and Research”***

MASTER THESIS

“Lactation in premature infants in Greece”

Marietta Kritikou

Register Number:20190458

Examining Board Members

Antonakou Angeliki

Head of Midwifery Department, Associate Professor, RM, MSc, PhD, Post-Doc (UK) School of Health Science, Departmental Erasmus coordinator, International Hellenic University

Mpriana Despoina

Professor of Pediatric Neonatology, 3rd Pediatric Clinic, Medical School of the National and Kapodistrian University of Athens, PGN Attikon

Xarmandari Evangelia

Professor of Pediatrics - Pediatric Endocrinology, First Pediatric Clinic, Medical School of the National and Kapodistrian University of Athens, Agia Sophia Childrens Hospital

ATHENS

November 2024

© [2024]

Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ)

[Μαριέττα Κρητικού, Φοιτήτρια ΠΜΣ]

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, η οποία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ” αποτελεί συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και της φοιτήτριας Μαριέττας Κρητικού, ο/η καθένας/μια από τους/τις οποίους/ες έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης και αναπαραγωγής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και τον/την συγγραφέα και το ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε η Διπλωματική Εργασία καθώς και τον Επιβλέποντα και τα άλλα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία με τίτλο:

[Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΩΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ]

για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών του **Π.Μ.Σ. “ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ: ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ”**, της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ, έχει συγγραφεί από εμένα προσωπικά και δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.

Η εργασία αυτή αντιπροσωπεύει τις προσωπικές μου απόψεις επί του θέματος.

Κατά τη συγγραφή, ακολούθησα την πρόπουσα ακαδημαϊκή δεοντολογία. Οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης διπλωματικής αναφέρονται στο σύνολό τους, δίνοντας πλήρεις αναφορές στους συγγραφείς, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Έχω επίσης αποφύγει οποιαδήποτε ενέργεια που συνιστά παράπτωμα λογοκλοπής. Γνωρίζω ότι η λογοκλοπή μπορεί να επισύρει ποινή ανάκλησης του πτυχίου μου.

Σε κάθε περίπτωση, αναληθούς ή ανακριβούς δηλώσεως, υπόκειμαι στις συνέπειες που προβλέπονται στον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στην Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα, και στις διατάξεις που προβλέπει η Ελληνική και Κοινοτική Νομοθεσία περί πνευματικής ιδιοκτησίας».

Η ΔΗΛΟΥΣΑ

Υπογραφή:

Όνοματεπώνυμο: *Μαριέττα Κρητικού*

Αριθμός Μητρώου: *20190458*

*Αφιερώνω την παρούσα πτυχιακή εργασία, στα παιδιά μου,
Μιχαήλ Άγγελο & Αγάπη Ειρήνη*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας και για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών.

Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν, δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής .

Επίσης , ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου για τις πολύτιμες συμβουλές, τις συστάσεις και τις κατευθυντήριες γραμμές που μου έδινε.

Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου κάνει την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Μητρικός Θηλασμός στα Πρόωρα Νεογνά στην Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα οφέλη του θηλασμού στα πρόωρα (και μη) βρέφη είναι πολλαπλά τόσο για το βρέφος όσο και για τη μητέρα. Ειδικά στις περιπτώσεις προωρότητας τα οφέλη είναι δυνητικά περισσότερα. Στην Ελλάδα ωστόσο, τα ποσοστά θηλασμού σε πρόωρα βρέφη είναι χαμηλά.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στον θηλασμό των πρόωρων βρεφών, εστιάζοντας στις γνώσεις και στην αντίληψη των ίδιων των μητέρων για την αυτοαποτελεσματικότητά τους σχετικά με τον θηλασμό.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διεξήχθη ποσοτική έρευνα με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διαμοιράστηκε μέσω του εργαλείου Google Forms, σε ομάδες-σελίδες στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και σε forum που επισκέπτονται μητέρες με πρόωρα βρέφη. Εκτός από τους κοινωνικούς-δημογραφικούς παράγοντες και τους παράγοντες που σχετίζονται με την κύηση και τον τοκετό, η εστίαση της έρευνας ήταν στη γνώση και στην αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με το θηλασμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 154 συμμετέχουσες, που γέννησαν πρόωρα βρέφη εντός των τελευταίων 6 μηνών. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 35.54±6 έτη, το 62.4% ήταν πρωτότοκες, το 69.5% διένυαν μονήρη κύηση και το 54.5% γέννησε με καισαρική με μέση διάρκεια κύησης τις 34-36 εβδ., ενώ το 23.4% δεν ανέφερε κάποια παθολογία. Η μέση τιμή γνώσεων περί θηλασμού ήταν 40,65 (range 30-67) και η μέση τιμή αυτοαποτελεσματικότητας 36,94 (range 25-64). Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης κατέδειξαν μια θετική σύνδεση του θηλασμού στα πρόωρα βρέφη και της αυτοαποτελεσματικότητας της μητέρας. Αντίστοιχα, θετική είναι η σύνδεση μεταξύ της γνώσης/ενημέρωσης της μητέρας και του θηλασμού στα πρόωρα βρέφη. Κρίσιμη για την έναρξη και την επιτυχία του θηλασμού είναι η υποστήριξη που λαμβάνει η μητέρα από στενό και ευρύτερο περιβάλλον της, όπως επίσης από το ιατρικό, μαιευτικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Τέλος, η ηλικία, η εκπαίδευση, αλλά και οι παράγοντες που σχετίζονται με την κύηση, τοκετό και τη μετέπειτα υγεία του βρέφους ομοίως επηρεάζουν τον μητρικό θηλασμό στα πρόωρα βρέφη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι γυναίκες με υψηλότερου βαθμού αυτοαποτελεσματικότητα και γνώση μέσω προγραμμάτων θηλασμού έχουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν αποκλειστικά τα πρόωρα βρέφη τους σε σχέση με το να δώσουν αποκλειστικά γάλα φόρμουλα. Επιπροσθέτως, οι γυναίκες με υψηλότερου βαθμού αυτοαποτελεσματικότητα και γνώση με μικρότερη ηλικία, των οποίων τα βρέφη παρέμειναν μικρότερο διάστημα σε ΜΕΝΝ, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν μεικτή διατροφή σε σχέση με το να δώσουν αποκλειστικά γάλα φόρμουλα.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ: Επιστήμες Υγείας

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μητρικός θηλασμός, πρόωρα βρέφη, αυτοαποτελεσματικότητα, γνώση

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ABSTRACT

Lactation in premature infants in Greece

BACKGROUND: The benefits of breastfeeding for premature (and non-premature) infants are multiple for both the infant and the mother. Especially in cases of prematurity, the possibility of developing an illness in the infant is high, and for this reason, breast milk is recommended, which can protect the infant.

AIM: The dissertation aims to investigate the factors that influence breastfeeding in premature infants with an emphasis on knowledge and self-efficacy regarding breastfeeding practice. The research objectives analyzed are the investigation of whether women who have given birth to premature infants breastfeed or not, the examination of whether the profile of women plays an important role in the breastfeeding of the premature infant, the investigation of the factors that play an important role in the breastfeeding of the premature infant infants and finally, the development of suggestions on how women could be helped to breastfeed their premature infants.

METHODOLOGY: Quantitative research was conducted using a structured questionnaire, which was distributed via Google Forms, on social media groups-pages and forums visited by mothers of preterm infants. In addition to socio-demographic and factors related to pregnancy and childbirth, the research focus was on knowledge and self-efficacy about breastfeeding. The research sample consists of 154 participants, who gave birth to premature babies within the last 6 months.

RESULTS: The findings of the statistical analysis demonstrated a positive association between breastfeeding in preterm infants and maternal self-efficacy. Accordingly, the association between maternal knowledge/information and breastfeeding in preterm infants is positive. Critical to the initiation and success of breastfeeding is the support the mother receives from her close and wider environment, as well as from the medical, midwifery and nursing staff. Finally, age, education, but also factors related to pregnancy, delivery and the subsequent health of the infant similarly affect breastfeeding in premature infants.

CONCLUSIONS: Women with higher levels of self-efficacy and knowledge through breastfeeding programs are more likely to exclusively breastfeed their premature infants compared to exclusively formula feeding. Furthermore, women with higher levels of self-efficacy and knowledge, who are younger and whose infants spent less time in the NICU, are more likely to practice mixed feeding compared to exclusively formula feeding.

SUBJECT AREA: Medicine

KEYWORDS: Breastfeeding, premature infants, self-efficacy, knowledge

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ABSTRACT.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1.1 Η Γενικότερη αξία του θηλασμού για το βρέφος και τη μητέρα.	10
1.2 Τα ειδικότερα οφέλη του θηλασμού στην υγεία των βρεφών.	11
1.3 Τα ειδικότερα οφέλη του θηλασμού για τις μητέρες.	14
1.4 Πιθανές επιπλοκές κατά την διάρκεια της κύησης.	15
1.5 Αυτοαποτελεσματικότητα και θηλασμός.....	15
1.6 Η γνώση της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό και τα οφέλη του.....	18
1.7 Η σύνδεση του θηλασμού με δημογραφικά χαρακτηριστικά.	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	27
2.1 Δήλωση ερευνητικού προβλήματος.	27
2.2 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι.	28
2.3 Δομή έρευνας.	29
2.4 Σημαντικότητα έρευνας.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	31
3.1 Ερευνητικός σχεδιασμός και ερευνητικές μέθοδοι.	31
3.2 Δείγμα και διαδικασία έρευνας.	33

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

3.3 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας.	34
3.4 Εργαλείο έρευνας.	34
3.5 Μεταβλητές έρευνας.	35
3.6 Στατιστική ανάλυση.....	36
3.6.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση	36
3.6.2 Ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων	36
3.6.3 Πίνακες συνάφειας και έλεγχος χ^2	37
3.6.4 Δείκτης συσχέτισης Spearman's rho	37
3.6.5 Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	40
4.1 Κοινωνικά – δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό.	40
4.2 Αξιοπιστία κλιμάκων.	57
4.3 Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών.	61
4.4 Παράγοντες που συσχετίζονται με τον θηλασμό των πρόωρων βρεφών.	65
4.4.1 Έλεγχοι χ^2	65
4.4.2 Συσχετίσεις	82
4.4.3 Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση	84
5.1 Πλεονεκτήματα της έρευνας.....	93
5.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	97
5.3 Συμπεράσματα και προτάσεις.....	97
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ α	117
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ:.....	118
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ β	120

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: "Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ"	121
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	123
Παράρτημα δ	135
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (debriefing)	136

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Αξιοπιστία κλίμακας γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό	57
Πίνακας 2: Αξιοπιστία κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά με τον θηλασμό	59
Πίνακας 3: Πηγές ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό	62
Πίνακας 4: Λόγοι διακοπής θηλασμού	62
Πίνακας 5: Προτάσεις σχετικά με τους τρόπους υποστήριξης για τον θηλασμό	64
Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών	65
Πίνακας 7: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και αριθμού τέκνων	66
Πίνακας 8: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και επιπλοκών κύησης	67
Πίνακας 9: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και είδους τοκετού	68
Πίνακας 10: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και είδους κύησης	69
Πίνακας 11: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και μέρες παραμονής βρέφους στη ΜΕΝΝ	70
Πίνακας 12: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θηλασμού στο μαιευτήριο	72
Πίνακας 13: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θηλασμού στη ΜΕΝΝ	73
Πίνακας 14: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και επιστροφής στην εργασία ως λόγου διακοπής θηλασμού	74

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Πίνακας 15: : Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και αίσθησης ότι δεν είχε αρκετό γάλα ως λόγου διακοπής θηλασμού	75
Πίνακας 16: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και σύγχυσης θηλών ως λόγου διακοπής θηλασμού	75
Πίνακας 17: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και έλλειψης γνώσεων ως λόγου διακοπής θηλασμού	76
Πίνακας 18: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και προβλημάτων υγείας/χρήση φαρμάκων ως λόγου διακοπής θηλασμού.....	77
Πίνακας 19: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και προβλημάτων με θηλές ως λόγου διακοπής θηλασμού.....	78
Πίνακας 20: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και ασθένεια ή νοσηλεία βρέφους ως λόγου διακοπής θηλασμού.....	79
Πίνακας 21: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και μη επαρκής πρόσληψη βάρους βρέφους ως λόγου διακοπής θηλασμού	79
Πίνακας 22: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θεώρηση του θηλασμού ως δυσάρεστης εμπειρίας ως λόγου διακοπής θηλασμού	80
Πίνακας 23: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και μη κατάλληλης υποστήριξης στο μαιευτήριο ως λόγου διακοπής θηλασμού	81
Πίνακας 24: Συντελεστής συσχέτισης Spearman'srho	83
Πίνακας 25: Αποτελέσματα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης	85

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ/ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Σύθεση δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	40
Γράφημα 2: Σύθεση δείγματος ως προς το επάγγελμα	41
Γράφημα 3: Σύθεση δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	42
Γράφημα 4: Σύθεση δείγματος ως προς τον αριθμό των τέκνων.....	43
Γράφημα 5: Σύθεση δείγματος ως προς την εθνικότητα.....	44
Γράφημα 6: Επιπλοκές κύησης.....	45
Γράφημα 7: Εβδομάδα κύησης.....	46
Γράφημα 8: Είδος τοκετού.....	47
Γράφημα 9: Είδος κύησης.....	48
Γράφημα 10: Διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τον τοκετό	49
Γράφημα 11: Διάστημα παραμονής βρέφους στη ΜΕΝΝ.....	50
Γράφημα 12: Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό.....	51
Γράφημα 13: Θηλασμός στο μαιευτήριο	53
Γράφημα 14: Θηλασμός στη ΜΕΝΝ.....	54
Γράφημα 15: Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	55
Γράφημα 16: Θηλασμός σήμερα.....	56

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Η Γενικότερη αξία του θηλασμού για το βρέφος και τη μητέρα.

Το μητρικό γάλα αποτελεί την ιδανική διατροφή για τα βρέφη και ο μητρικός θηλασμός είναι ο φυσιολογικός τρόπος διατροφής ενός βρέφους καθώς του εξασφαλίζει υγεία και ανάπτυξη. Ως εκ τούτου, μια από τις πρώτες κρίσιμες αποφάσεις που θα λάβει μια νέα μητέρα αφορά τη σίτιση που θα παράσχει στο (πρόωρο και μη) νεογέννητο βρέφος της. Αυτή συνιστά μια ιδιαίτερος σημαντική απόφαση, καθώς η πρώιμη διατροφή σχετίζεται με την υγεία στη βρεφική ηλικία αλλά και αργότερα στη ζωή ενός ατόμου (Υπουργείο Υγείας, 2019; Almond et al., 2018; Wangetal., 2018).

Δεδομένων των πολλαπλών στοιχείων που καταδεικνύουν πως ο θηλασμός σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα για την υγεία των βρεφών, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-World Health Organization (WHO) και η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής- American Academy of Pediatrics (AAP) συνιστούν στις μητέρες να θηλάζουν αποκλειστικά τους πρώτους έξι μήνες ζωής ενός βρέφους και κατόπιν να συνεχίζουν για ένα έτος ή και περισσότερο. Πιο συγκεκριμένα, ο θηλασμός με μητρικό γάλα κατά τους έξι πρώτους μήνες ζωής ενός βρέφους αρκεί για να καλύψει τις ανάγκες του χωρίς να χρειάζεται η προσθήκη άλλης υγρής ή στερεάς τροφής. Στη συνέχεια, για να καλύψουν τις εξελισσόμενες διατροφικές τους απαιτήσεις, τα βρέφη θα πρέπει λαμβάνουν διατροφικά επαρκείς και ασφαλείς συμπληρωματικές τροφές ενώ ο θηλασμός συνεχίζεται για ηλικία έως δύο ετών ή και μετά (AAP, 2013; WHO, 2019; Υπουργείο Υγείας, 2019).

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής υποστηρίζει περαιτέρω ότι ο θηλασμός πρέπει να θεωρείται ζήτημα δημόσιας υγείας και όχι μόνο μια απλή επιλογή τρόπου ζωής και σίτισης (AAP, 2013). Ειδικότερα, τονίζει πως ο θηλασμός έχει ως αποτέλεσμα βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία των βρεφών και της μητέρας τόσο στον βιομηχανοποιημένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Γενικότερα και χωρίς απαραίτητα να αναλύονται συγκεκριμένες παθήσεις έχει υπολογιστεί ότι περισσότερες από 900 ζωές βρεφών ετησίως θα μπορούσαν να σωθούν μόνο στις ΗΠΑ εάν το 90% των μητέρων θηλάζαν αποκλειστικά για 6 μήνες. Επιπλέον, στις αναπτυσσόμενες χώρες, στις οποίες λαμβάνει χώρα περίπου το 90% των βρεφικών και παιδικών θανάτων παγκοσμίως, ο αποκλειστικός θηλασμός για 6 μήνες και

ο απογαλακτισμός μετά από 1 χρόνο θεωρείται η πιο αποτελεσματική παρέμβαση ώστε να μειωθεί και να καταπολεμηθεί η βρεφική θνησιμότητα (AAP, 2013).

Σε κάθε περίπτωση, ο μητρικός θηλασμός δεν προσφέρει οφέλη μόνο στα βρέφη, αλλά και στην ίδια τη μητέρα. Γενικά, η γαλουχία αποτελεί ένα αναπόσπαστο μέρος της αναπαραγωγικής διαδικασίας, καθώς ενεργοποιείται ήδη από την περιγεννητική περίοδο, ώστε ο οργανισμός της μητέρας να προετοιμαστεί κατάλληλα για την περίοδο μετά τον τοκετό. Ο θηλασμός φαίνεται να σχετίζεται με την καλή σωματική και συναισθηματική υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της λοχείας, την περίοδο της γαλουχίας και όλη τη μελλοντική της ζωή (Rollins et al., 2016; Spiro, 2017; WHO, 2019).

Σχετικές επιδημιολογικές αναλύσεις και μελέτες κατέδειξαν πως, σε σύγκριση με γυναίκες που δεν θήλασαν, οι θηλάζουσες γυναίκες ανέφεραν ότι αναζητούσαν ιατρική φροντίδα λιγότερο συχνά, κατέγραφαν χαμηλότερη συχνότητα αναπνευστικών, καρδιαγγειακών και γαστρεντερικών ασθενειών, καθώς και λιγότερα συμπτώματα που σχετίζονται με συναισθηματικά προβλήματα (Gertosio, et al., 2016; Turck et al., 2013).

Περαιτέρω, μέσω της διαδικασίας του θηλασμού οι μητέρες «οικοδομούν» με το βρέφος έναν ισχυρό συναισθηματικό δεσμό, καθώς καθίστανται ο βασικός φροντιστής αυτών και είναι σε θέση να καλύψουν ταυτόχρονα με τις βιολογικές ανάγκες του βρέφους και τις συναισθηματικές ανάγκες του για φροντίδα, ασφάλεια και σύνδεση μαζί της. Η ανάγκη για σύνδεση, όμως, αναπτύσσεται και στην ίδια τη μητέρα, η οποία μέσω του θηλασμού αλληλοεπιδρά άμεσα με το βρέφος και κατανοεί τις ανάγκες που έχει πιο άμεσα (Gremmo- Féger, 2013).

1.2 Τα ειδικότερα οφέλη του θηλασμού στην υγεία των βρεφών.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αυξανόμενα στοιχεία που υποστηρίζουν μια θετική αιτιώδη σχέση μεταξύ της πρώιμης διατροφής ενός ατόμου και των βελτιωμένων ατομικών αποτελεσμάτων σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Η ορθή ποιοτική διατροφή που καταναλώνεται από τις μητέρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και από τα (πρόωρα και μη) βρέφη κατά το πρώτο έτος της ζωής τους, μπορεί να ασκήσει μόνιμη και ισχυρή επίπτωση στους αναπτυσσόμενους ιστούς και τα όργανα. Σε κάθε άτομο η πιο γρήγορη περίοδος φυσικής και νευρικής ανάπτυξης είναι μεταξύ της γέννησης και της ηλικίας των 3 ετών, δεδομένο που καθιστά θεμελιώδη τα πρώιμα θρεπτικά συστατικά που λαμβάνουν βρέφη και νήπια κατά την

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

προαναφερθείσα χρονική περίοδο (Currie & Rossin-Slater, 2014; Langley- Evans, S., 2014; Case & Paxson, 2010).

Ο θηλασμός των (πρόωρων και μη) βρεφών έχει συσχετισθεί με υψηλότερες επιδόσεις σε τεστ νοημοσύνης και γνωστικής ανάπτυξης, ενώ παράλληλα θεωρείται ότι μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία και αργότερα στους ενήλικες. Επιπλέον, μειώνει τον κίνδυνο για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ παρέχει προστατευτική δράση έναντι της αυξημένης συστολικής αρτηριακής πίεσης. Ευρήματα άλλων επιστημονικών μελετών κατέδειξαν πως ο θηλασμός σχετίζεται με πολλά οφέλη για την υγεία σε βρέφη και παιδιά, συμπεριλαμβανομένου της μείωσης του κινδύνου λοιμώξεων του αυτιού (οξεία μέση ωτίτιδα), του εκζέματος (ατοπική δερματίτιδα), των σοβαρών παθήσεων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, τη διάρροια (μη ειδική γαστρεντερίτιδα) αλλά και το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Επιπλέον θεωρείται ότι παρέχει μια ασπίδα προστασίας ενάντια σε παθήσεις όπως λευχαιμία και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. (Brahm & Valdés, 2017; Binnsetal., 2016; Ip et al., 2007).

Ο θηλασμός παρέχει επίσης προστασία ενάντια στην κοιλιοκάκη καθώς έχει παρατηρηθεί μια μείωση της τάξης του 52% στον κίνδυνο ανάπτυξης κοιλιοκάκης σε βρέφη που θηλάζουν. Περαιτέρω ο θηλασμός σχετίζεται με μια σημαντική μείωση του κινδύνου ανάπτυξης φλεγμονωδών παθήσεων του εντέρου κατά την παιδική ηλικία. Σημαντική θεωρείται επίσης η συμβολή του θηλασμού στη μείωση του συνδρόμου του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες ο θηλασμός για μια διάρκεια έξι μηνών και ακολούθως ο σταδιακός απογαλακτισμός αποτελεί την πλέον αποτελεσματική παρέμβαση για την υγεία που υπάρχει. Έχει τη δυνατότητα να αποτρέψει περισσότερα από ένα εκατομμύριο βρεφικούς θανάτους ανά έτος, μέγεθος που ισοδυναμεί με 13% μείωση της παγκόσμιας βρεφικής θνησιμότητας (Brahm, & Valdés, 2017).

Σειρά άλλων ερευνών ανέδειξαν ευρήματα για τη σχέση θηλασμού και παχυσαρκίας. Ο θηλασμός δηλαδή προσφέρει σημαντικά οφέλη στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Τα βρέφη που θηλάζουν τείνουν να έχουν καλύτερο και πιο σταθερό βάρος κατά τη διάρκεια της ανάπτυξής τους, στοιχείο που διατηρούν και στην εφηβική και ενήλικη ζωή. Έρευνες κατέληξαν ότι η παιδική παχυσαρκία μέσω του μητρικού θηλασμού δύναται να μειωθεί κατά 30%, ενώ

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

παρόμοιο ποσοστό εμφανίζεται και στη μετέπειτα ζωή των παιδιών και ενηλίκων (Ortega-García, et al., 2018).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό και την παχυσαρκία, δεν αφορούν μόνο τα θρεπτικά στοιχεία που παρέχονται στο μητρικό γάλα, αλλά και στον τρόπο που διαμορφώνεται μια σταθερή και υγιεινή διατροφή από πολύ νωρίς, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται και καλύτερος προγραμματισμός της σύνθεσης του εντέρου. Ακόμη, μέσω του μητρικού θηλασμού διαχειρίζεται η όρεξη των παιδιών, τα οποία μαθαίνουν από πολύ νωρίς την κατανάλωση φαγητού για κάλυψη της ανάγκης της πείνας (Yamakawa et al., 2013; Wallby et al., 2017).

Πέρα όμως από οφέλη στη σωματική υγεία των βρεφών, ο μητρικός θηλασμό δύναται να αποτελέσει και ένα σημαντικό παράγοντα ενίσχυσης της ψυχοσυναισθηματικής υγείας των βρεφών. Σύμφωνα με τους Χαραμή και συν. (2015), το βρέφος μέσα από τη διαδικασία του θηλασμού και την επαφή/σύνδεση δέρμα με δέρμα με τη μητέρα του, είναι σε θέση να καλύψει τις ανάγκες του για ασφάλεια και συναισθηματική σύνδεση, καθώς έρχεται σε άμεση επαφή με τον βασικό φροντιστή του.

Όσον αφορά την προωρότητα και τη διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο ενός βρέφους, το μητρικό γάλα φαίνεται να επιδρά θετικά στα πρόωρα νεογνά με μεταβολικές διαταραχές. Ο αποκλειστικός θηλασμός, εκτός από τη διατήρηση σταθερών μεταβολικών παραμέτρων, συμβάλλει και στην αύξηση του βάρους των πρόωρων νεογνών και άρα στη μείωση του συνολικού χρόνου παραμονής στο μαιευτήριο. Επιπλέον το μητρικό γάλα έχει καλύτερη απορρόφηση και πέψη από το ανώριμο πεπτικό σύστημα του νεογνού, «συνδράμει» το νεογνό στην ανάπτυξη καλύτερων μαθησιακών ικανοτήτων, μειώνει τα οφθαλμολογικά προβλήματα που προκαλεί η προωρότητα, παρεμποδίζει την ανάπτυξη επικίνδυνων βακτηριδίων και γενικότερα προστατεύει από λοιμώξεις (Couto et al., 2020; Υπουργείο Υγείας Κύπρου).

Σύμφωνα με τον Όμιλο Ιασώ (n.d.) «η σίτιση με μητρικό γάλα είναι πάντα η καλύτερη για το πρόωρο νεογνό. Η σίτιση των πρόωρων νεογνών μέσα στις πρώτες 48 ώρες ζωής τους με μητρικό γάλα, αποτελεί το ισχυρότερο εφόδιο για την επιβίωσή τους, αφού το μητρικό γάλα με τα έτοιμα αντισώματα που διαθέτει, ισχυροποιεί το αμυντικό τους σύστημα και βοηθάει στην ανάπτυξη της φυσιολογικής χλωρίδας του εντέρου. Η χορήγηση μητρικού γάλακτος σε ποσότητα $\geq 50\%$ της συνολικής ποσότητας τροφής σε σχέση με χορήγηση $< 50\%$ κατά τις

πρώτες 14 ημέρες ζωής μετά τη γέννηση προκαλεί δπλασία ελάττωση της πιθανότητας νεκρωτικής εντεροκολίτιδας».

1.3 Τα ειδικότερα οφέλη του θηλασμού για τις μητέρες.

Ο θηλασμός επηρεάζει θετικά όχι μόνο τα βρέφη αλλά και τις μητέρες. Πιο συγκεκριμένα φαίνεται πως οι θηλάζουσες μητέρες έχουν αυξημένη προστασία σε παθήσεις όπως ο καρκίνος του μαστού, η υπέρταση, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επίσης ο θηλασμός βοηθά στην επαναφορά της μήτρας στο φυσιολογικό μέγεθος καθώς κατά τη φάση του θηλασμού εκκρίνεται η ωκυτοκίνη, μια ορμόνη που προκαλεί συσπάσεις στη μήτρα και την επαναφέρει στο φυσιολογικό μέγεθός της. Περαιτέρω οι γυναίκες που θηλάζουν εμφανίζουν λιγότερες πιθανότητες για επιλόχειο κατάθλιψη, συγκριτικά με όσες δεν θηλάζουν. Ο θηλασμός φαίνεται επίσης πως συμβάλλει σε θετικές αλλαγές του μεταβολισμού, διευκολύνει την απώλεια βάρους μετά τον τοκετό, μειώνει το άγχος αλλά και τις πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών. Οφέλη παρουσιάζονται και στα λιπίδια του αίματος. Η εγκυμοσύνη προκαλεί μια υπερλιπιδαιμική κατάσταση, με αυξημένες συγκεντρώσεις χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα της μητέρας. Μέσω της γαλουχίας προάγονται ευνοϊκές επιδράσεις στα λιπίδια του μητρικού αίματος (Brahm, & Valdés, 2017; Dieterich et al., 2014; Lamberts, n.d.).

Στην Ελλάδα ειδικότερα τα ποσοστά θηλασμού είναι ιδιαίτερα χαμηλά. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας το ποσοστό των βρεφών που θήλασαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα την πρώτη ημέρα ζωής ανέρχεται στο 66%, μέγεθος που υποχώρησε στο 51% στο τέλος της πρώτης εβδομάδας. Μέχρι τον πρώτο μήνα μόλις το 40% των βρεφών συνέχισε να θηλάζει αποκλειστικά με μητρικό γάλα. Στον τέταρτο μήνα ζωής συνέχισε να θηλάζει αποκλειστικά μόνο το 40% των βρεφών, ενώ με την ολοκλήρωση των τεσσάρων μηνών ζωής το ποσοστό υποχώρησε στο 25% (Υπουργείο Υγείας, 2023).

Από την πλευρά τους οι Sinusas και Gagliardi, (2001) υποστηρίζουν πως ο θηλασμός αποτελεί- σε κάποιο μεγάλο βαθμό- πεδίο εκπαίδευσης. Η πρώτη στρατηγική για τη διασφάλιση της έγκαιρης έναρξης του θηλασμού μπορεί να ξεκινήσει κατά τη διάρκεια της προγεννητικής φροντίδας. Η προγεννητική εκπαίδευση συνιστά ένα τομέα ενημέρωσης/πληροφόρησης για τις έγκυες γυναίκες (όπως καταδεικνύουν σχετικά ευρήματα από έρευνες) και μπορεί να ενσωματώσει γραπτό υλικό, ομάδες υποστήριξης και ατομικές συζητήσεις μεταξύ της μέλλουσας μητέρας και του γυναικολόγου της. Επίσης, τα

αποτελέσματα διαφόρων μελετών έχουν δείξει ότι η πρώιμη επαφή δέρμα με δέρμα βελτιώνει τον δεσμό μητέρας-βρέφους. Επιπλέον, τα βρέφη που έχουν πρώιμη μητρική επαφή έχει αποδειχθεί ότι θηλάζουν πιο αποτελεσματικά κατά το πρώτο τάισμα και, σε ορισμένες περιπτώσεις, εάν το μωρό μείνει μόνο του στο στήθος της μητέρας πλησιάζει αυθόρμητα στο στήθος και θηλάζει.

1.4 Πιθανές επιπλοκές κατά την διάρκεια της κύησης.

Η κύηση συνιστά μια φυσιολογική βιολογική κατάσταση για τη γυναίκα. Ωστόσο, κατά τη διάρκειά της επέρχονται διάφορες μεταβολές στο σώμα της. Μερικές γυναίκες αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτές οι επιπλοκές μπορεί να αφορούν την υγεία της μητέρας, την υγεία του εμβρύου ή και τα δύο. Ακόμη και γυναίκες που ήταν υγιείς πριν μείνουν έγκυες μπορεί να εμφανίσουν επιπλοκές. Αυτές οι επιπλοκές ενδέχεται να καταστήσουν την εγκυμοσύνη μια κατάσταση υψηλού κινδύνου. Ορισμένες κοινές επιπλοκές της εγκυμοσύνης περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, στις ακόλουθες: Υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης κύησης, φλεγμονές, προεκλαμψία, κατάθλιψη, αναιμία, ναυτία, εμετούς ακόμα. Αξίζει να αναφερθεί ότι στις επιπλοκές συγκαταλέγεται και ο πρόωρος τοκετός, δηλαδή η γέννηση ενός παιδιού πριν από τις 37 εβδομάδες κύησης (US Department of Health and Human Services, n.d.).

Οι περισσότερες εγκυμοσύνες προχωρούν χωρίς απρόβλεπτα περιστατικά και κινδύνους. Ωστόσο περίπου το 8% όλων των κυήσεων περιλαμβάνει επιπλοκές που, εάν αφεθούν χωρίς θεραπεία, μπορεί να βλάψουν τη μητέρα ή το έμβρυο/ νεογνό. Ενώ ορισμένες επιπλοκές σχετίζονται με προβλήματα υγείας που υπήρχαν πριν από την εγκυμοσύνη, άλλες συμβαίνουν απροσδόκητα και είναι αναπόφευκτες. Στις τελευταίες συγκαταλέγονται ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης, ο προδρομικός πλακούντας, η προεκλαμψία (Johns Hopkins, n.d.).

1.5 Αυτοαποτελεσματικότητα και θηλασμός

Η αυτοαποτελεσματικότητα συνιστά μια διαδικασία που σχετίζεται με την αυτοπεποίθηση του ατόμου και την ικανότητά του να ολοκληρώνει ένα συγκεκριμένο έργο, στο πλαίσιο του εκάστοτε κοινωνικού περιβάλλοντος και της ψυχολογικής και συναισθηματικής του κατάστασης. Η αυτοαποτελεσματικότητα ενδέχεται να κινητοποιήσει το κάθε άτομο προς την επίτευξη ενός στόχου. Ιδιαίτερη σημασία έχει το πως αξιολογεί ένα άτομο (συνειδητά ή ασυνείδητα) την αυτοαποτελεσματικότητά του καθότι αυτή επηρεάζει στόχους και σκοπούς και

την γενικότερη προσπάθεια που καταβάλει προς την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων (Bandura, 1986; Wheeler & Dennis, 2013; Παπαδάτου & Μπελλάλη, 2013)

Αν και η αξία του θηλασμού για την υγεία του βρέφους έχει αποδειχθεί σε πάρα πολλές μελέτες και επιστημονικές αναλύσεις, τα ποσοστά του σε πολλές χώρες εξακολουθούν να υπολείπονται σε σχέση με τις συστάσεις των Διεθνών Οργανισμών. Ως εκ τούτου σε όλο τον κόσμο οι φορείς και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν εντείνει τις προσπάθειές τους για τη βελτίωση των ποσοστών θηλασμού, στοχεύοντας σε σειρά παραγόντων που επηρεάζουν τη διαδικασία του θηλασμού, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα. Ως αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να οριστεί η πίστη στις ικανότητες κάποιου για την επίτευξη ενός στόχου ή την εκτέλεση μιας εργασίας. Η αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να επηρεάσει τα προσωπικά κίνητρα και την ικανότητα επιτυχίας ενός εγχειρήματος. Η θεωρία που συνδέει την αυτοαποτελεσματικότητα με τον θηλασμό υποστηρίζει ότι η διαδικασία του θηλασμού και η θεώρηση της εκάστοτε μητέρας για το πόσο πετυχημένο ή όχι είναι το «εγχείρημα» επηρεάζει την έναρξη, τη διάρκεια της διαδικασίας αλλά και τη συμπεριφορά κατά τη διάρκεια του θηλασμού (Brockway et al., 2017).

Οι όποιες παρεμβάσεις για τη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας είναι περισσότερο αποτελεσματικές σε ένα διάστημα 1-2 μήνες μετά τον τοκετό. Οι δράσεις ενημέρωσης για τον θηλασμό είναι πιο επιτυχημένες όταν επικεντρώνονται στην εκπαίδευση/ενημέρωση και πραγματοποιούνται τόσο σε νοσοκομεία όσο και σε άλλα σημεία της εκάστοτε τοπικής κοινότητας. Η υποστήριξη και ενημέρωση που παρέχεται σε μια γυναίκα από το κοινωνικό της δίκτυο όπως η οικογένεια, οι επαγγελματίες υγείας, οι φίλοι, ακόμα και οι γείτονες κατά τη διαδικασία της εγκυμοσύνης και του τοκετού είναι σημαντική και μπορεί να θεωρηθεί καθοριστικός παράγοντας για τη διατήρηση του θηλασμού. Σε κάθε περίπτωση η ενημέρωση μέσω πολλαπλών σημείων επαφής είναι αποτελεσματικότερη (Brockway et al., 2017; Ngo et al., 2019).

Οι αρνητικές εμπειρίες ή εμπόδια που βίωσαν οι μητέρες κατά τη διαδικασία του θηλασμού επηρεάζουν την αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, ιδιαίτερα την πρώτη περίοδο μετά την γέννηση του βρέφους. Στις αρνητικές εμπειρίες που σχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα περιλαμβάνονται η καθυστερημένη ή προβληματική λακτογένεση, η ελλιπής γνώση για τη διαδικασία του θηλασμού, η δυσκολία του βρέφους να εξοικειωθεί-στο μέτρο του εφικτού- με τον θηλασμό, οι αρχικές υψηλές προσδοκίες των μητέρων για τα

αποτελέσματα του θηλασμού, μια προηγούμενη εμπειρία θηλασμού λίγων εβδομάδων. Στις αρνητικές εμπειρίες πρέπει επίσης να συμπεριληφθεί η περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη και ενθάρρυνση της μητέρας για τον θηλασμό (Nilson et al., 2020).

Σύμφωνα με τους Awaliyah et al. (2019) η αυτοαποτελεσματικότητα ενισχύει τόσο την ποιότητα του θηλασμού όσο και τη διάρκειά του. Στους παράγοντες που διαμορφώνουν και επηρεάζουν την αυτοαποτελεσματικότητα περιλαμβάνονται ο συνολικός χρόνος που περνά η μητέρα με το βρέφος (άρα και το διάστημα που δεν εργάζεται), η ενημέρωση/εκπαίδευση για τα οφέλη του θηλασμού, η γενικότερη ψυχολογία της μητέρας, όπως επίσης η δυνατότητα για αποκλειστικό θηλασμό.

Οι Ngo et al., (2019) υποστηρίζουν πως οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοαποτελεσματικότητα είναι, μεταξύ άλλων, η ηλικία της μητέρας, το επάγγελμά της, ο τρόπος τοκετού, η προηγούμενη εμπειρία του θηλασμού (αν υπάρχει), η πιθανή επιλόχεια κατάθλιψη αλλά και η κοινωνική υποστήριξη. Επιπλέον παράγοντες όπως η γενικότερη ψυχολογία της μητέρας, καταστάσεις άγχους και στρες που ενδέχεται να βιώσει, αρνητικά συναισθήματα αλλά και η γενικότερη κατάσταση και εμπειρία του θηλασμού μπορούν να καθορίσουν τα επίπεδα της αυτοαποτελεσματικότητας.

Η αυτοαποτελεσματικότητα φαίνεται να συσχετίζεται αρνητικά με τη διάρκεια νοσηλείας της μητέρας στο νοσοκομείο. Ειδικότερα, χαμηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας συσχετίζονται με περισσότερες ημέρες νοσηλείας της μητέρας στο μαιευτήριο. Επιπλέον η αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται με την κοινωνική υποστήριξη που θα λάβει η μητέρα και με θέματα εκπαίδευσης/ενημέρωσης. Περαιτέρω πρακτικές όπως το rooming in, η επαφή δέρμα με δέρμα (skin-to-skin) μεταξύ μητέρας και βρέφους ενισχύουν την αυτοαποτελεσματικότητα. Αξίζει ακόμη να αναφερθούν έρευνες που καταγράφουν θετική σχέση μεταξύ της χρήσης πιπίλας και ευκολίας στον θηλασμό, δεδομένο που εμμέσως φαίνεται να ευνοεί την αυτοαποτελεσματικότητα καθώς προσφέρει μια πρακτική άνεση στη μητέρα (Gerhardsson, et al., 2018).

Ουσιαστικά για την επιτυχή διαδικασία του θηλασμού κρίσιμο ρόλο διαδραματίζουν οι αντιλήψεις και οι προθέσεις της μητέρας γύρω από αυτόν, την αποτελεσματικότητα και τα οφέλη που προσφέρει στο βρέφος. Αυτές οι προθέσεις και οι αντιλήψεις συνήθως είναι εμφανείς ήδη από την περίοδο της εγκυμοσύνης ή ακόμη και πριν από αυτή. Ειδικότερα, έρευνες έχουν αναδείξει ότι όσο περισσότερο ενημερωμένες είναι οι μητέρες γύρω από τον

θηλασμό και τους τρόπους πραγμάτωσης αυτού, τόσο περισσότερο εμφανίζουν θετικές προθέσεις για αυτόν ως μέσο σίτισης των βρεφών, και πολλές φορές ως αποκλειστικό μέσο σίτισης αυτών (Perrine et al, 2012; Moore et al., 2012).

Σειρά ερευνών καταδεικνύουν πως το κύριο εμπόδιο (που εμμέσως επηρεάζει και την μητέρα) για την έναρξη και τη διατήρηση του θηλασμού του πρόωρου νεογνού είναι η ανωριμότητα των συστημάτων του (αναπνευστικό, νευρικό και πεπτικό). Επιπλέον, το πρόωρο νεογνό παρουσιάζει συχνά διαταραχές της εγκεφαλικής ανάπτυξης, ανωμαλίες του μυϊκού τόνου, μειωμένη απελευθέρωση αντανακλαστικών και μειωμένη ικανότητα θερμορύθμισης. Ταυτόχρονα, ενώ τα πρόωρα νεογνά έχουν υψηλές απαιτήσεις σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά παρουσιάζουν σημαντικές δυσκολίες σίτισης από το στόμα (και πρόσληψης βάρους) λόγω έλλειψης συντονισμού αναρρόφησης-κατάποσης-αναπνοής, μειωμένης εντερικής κινητικότητας και μειωμένης εντερικής ωρίμανσης και ικανότητα πέψης (Sahni & Polin, 2013; Lau, 2006; Underwood, 2013).

1.6 Η γνώση της μητέρας σχετικά με τον θηλασμό και τα οφέλη του.

Παρά τις ευρέως αποδεκτές και επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις και απόψεις για τα πολλαπλά οφέλη του θηλασμού φαίνεται ότι δεν εφαρμόζεται από πολλές μητέρες ή διακόπτεται πρόωρα. Οι αιτίες είναι πολλές, μεταξύ των οποίων, η ελλιπής γνώση και ενημέρωση για το ζήτημα. Οι πληροφορίες και συμβουλές που λαμβάνουν οι μητέρες σχετικά με το βρέφος και τη διατροφή του προέρχονται από διάφορες πηγές και ποικίλλουν ως προς το περιεχόμενό τους. Παρόλο που οι μητέρες τείνουν να τηρούν τις συμβουλές των επαγγελματιών υγείας, οι στάσεις και οι απόψεις των τελευταίων στην προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού σε αρκετές περιπτώσεις ποικίλλουν, δεδομένο που ενδέχεται να προκαλέσει σύγχυση στις μητέρες. Επιπλέον, γυναίκες που δεν είχαν γνώση σχετικά με τις συστάσεις θηλασμού φαίνεται πως είχαν μικρότερη μέση διάρκεια θηλασμού. Η έλλειψη γνώσης ή η μερική γνώση για το ζήτημα μπορεί να οφείλεται σε εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την ικανοποίηση του βρέφους με το μητρικό γάλα, αλλά και την απουσία των απαραίτητων «δεξιοτήτων». Για παράδειγμα, το να μπορεί μια μητέρα να κρατά και να θέτει το βρέφος στο στήθος για να τραφεί είναι μια δεξιότητα που πρέπει να μάθει η μητέρα και που απαιτεί και τη συνεργασία του βρέφους (Wallenborn et al., 2017).

Οι Leahy-Warren et al. (2020), θεωρούν πολύ σημαντική την παροχή μιας κάποιας εκπαίδευσης/ενημέρωσης προς τις μητέρες νωρίς στην εγκυμοσύνη τους σχετικά με τη

σημασία της παροχής ανθρώπινου γάλακτος αλλά και τις δυσκολίες που ενδεχομένως να συναντήσουν στη φάση της γαλουχίας, ειδικά στα πρόωρα βρέφη. Η εξάσκηση της μητέρας στις τεχνικές σωστής συγκράτησης του βρέφους αλλά και η εξοικείωση με τις ενδείξεις πείνας αλλά και κορεσμού των βρεφών ενόσω βρίσκονται στη θερμοκοιτίδα θα βοηθήσει τη μητέρα να συνεχίσει σχετικά απρόσκοπτά το θηλασμό μετά το εξιτήριο και την επιστροφή στο σπίτι.

Σύμφωνα με τους Yang et al. (2018), η «έκθεση» μιας μητέρας στον θηλασμό, με οποιονδήποτε τρόπο, συμβάλλει στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών έναντι αυτού. Σε ό,τι αφορά τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως σε αρκετά κράτη υπάρχει ένα κενό ολοκληρωμένης γνώσης αναφορικά με το θέμα. Ως εκ τούτου η παρακολούθηση εξειδικευμένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων/σεμιναρίων αποτελεί βασικό παράγοντα για την ενίσχυση των γνώσεών τους. Τα συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να εστιάζουν σε θεωρητικές αλλά κυρίως σε πρακτικές γνώσεις αναφορικά με το θηλασμό.

Από την πλευρά τους οι Heidari et al. (2016), υποστηρίζουν πως η απουσία βασικών πρακτικών γνώσεων από τη μητέρα για τον θηλασμό, ειδικά την πρώτη περίοδο μετά την τεκνοποίηση αλλά και η ελλιπής πληροφόρηση από τους επαγγελματίες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένα ποσοστά θηλασμού ή σε μικρότερη διάρκεια. Ως εκ τούτου οι γυναίκες που βρίσκονται σε εγκυμοσύνη πρέπει να ενημερώνονται για τα πολλαπλά οφέλη του θηλασμού τόσο στο βρέφος όσο και στις ίδιες.

Οι Rollins et al. (2016), τονίζουν την πολύπλευρη αξία του θηλασμού και την ανάγκη πληρέστερης ενημέρωσης από τις μητέρες για τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και το γεγονός ότι η πρακτική του θηλασμού συμβάλλει σε ένα κόσμο πιο υγιή, καλύτερα μορφωμένο, πιο δίκαιο αλλά και περισσότερο βιώσιμο περιβαλλοντικά. Ειδικά για την περιβαλλοντική «πτυχή» αξίζει να σημειωθεί πως το μητρικό γάλα είναι ένα «φυσικό, ανανεώσιμο τρόφιμο» που είναι περιβαλλοντικά ασφαλές, παράγεται και παραδίδεται στο βρέφος χωρίς ρύπανση και περιττές συσκευασίες. Αντίθετα, τα υποκατάστατά του μητρικού γάλακτος αφήνουν οικολογικό αποτύπωμα και απαιτούν ενέργεια για να παρασκευαστούν, να συσκευαστούν, να μεταφερθούν και να διανεμηθούν.

Οι Yu et al. (2021) υποστηρίζουν ότι η γνώση τόσο της μητέρας όσο και των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με τον θηλασμό και την αξία του μητρικού γάλακτος είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Θεωρούν ότι η αποτυχία της γαλουχίας σχετίζεται με λόγους που συνδέονται τόσο

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

με τους επαγγελματίες υγείας όσο και με τη μητέρα. Για τους επαγγελματίες υγείας οι λόγοι σχετίζονται με:

Το γεγονός ότι αρκετοί πιστεύουν ότι δεν έχουν επαρκή γνώση και εμπειρία στην «προώθηση» του θηλασμού των βρεφών (κυρίως των πρόωρων) αφού δεν λαμβάνουν ειδική εκπαίδευση σχετικά με το θέμα.

Σε αρκετές περιπτώσεις δεν γνωρίζουν οι ίδιοι πλήρως τα οφέλη της γαλουχίας. Θεωρούν ότι η φόρμουλα συνιστά περισσότερο ισορροπημένη διατροφή και είναι συνολικά ανώτερη από τον θηλασμό, ειδικά στο κομμάτι της αύξησης βάρους των πρόωρων βρεφών.

Σε αντιστοιχία, πολλές μητέρες θεωρούν ότι:

- δεν έχουν επαρκείς γνώσεις για το πώς να βελτιώσουν τη γαλουχία τους ή πώς να αποθηκεύσουν σωστά το μητρικό γάλα.
- Δεν λαμβάνουν ολοκληρωμένη ενημέρωση για το θέμα
- Δεν έχουν και την στήριξη του ευρύτερου περιβάλλοντός τους (οικογένεια, φίλοι κλπ).
- Έδιναν έμφαση στα θέματα υγείας που αντιμετώπιζε το πρόωρο τέκνο τους και όχι στο ζήτημα του θηλασμού.
- Απογοητεύονταν και αποθαρρύνονταν από το μικρό σε όγκο και ροή μητρικό γάλα που παρήγαγαν.
- Δεν είχαν επαρκή χρόνο με το νεογνό στη θερμοκοιτίδα.

Σε ό,τι αφορά τις πηγές ενημέρωσης για το θηλασμό οι Tan et al., (2008) σε σχετική έρευνα που διεξήγαν συμπέραναν ότι οι ένα μεγάλο ποσοστό των εγκύων μητέρων ενημερώνεται για τον θηλασμό από το προσωπικό του μαιευτηρίου (γυναικολόγοι, παιδίατροι, μαίες, νοσηλεύτριες). Επίσης γνώση παρέχεται από άλλες γυναίκες που γέννησαν και θήλασαν. Επιπλέον ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών ενημερώθηκε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης μέσω διαφημιστικής καμπάνιας.

Σύμφωνα με τους Gianni et al., (2018) και τη σχετική έρευνα που διεξήγαν, το γεγονός της προωρότητας, δηλαδή το ότι ένα παιδί γεννήθηκε πρόωρα, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τον θηλασμό. Αντίστοιχα, το στρες και το άγχος της μητέρας σχετικά με την κλινική κατάσταση του βρέφους τους υποδείχθηκαν επίσης ως εμπόδιο από μητέρες πρόωρων παιδιών. Επιπλέον, ο πόνος και η γενικότερη δυσκολία που αντιμετώπισαν κατά την άντληση γάλακτος, όπως επίσης η έλλειψη υποστήριξης για τον θηλασμό από επαγγελματίες υγείας

αναφέρθηκαν ακόμη ως ανασταλτικοί παράγοντες. Στον αντίποδα η δερματική επαφή μητέρας-παιδιού έχει αναγνωρισθεί ευρέως ως ένας σημαντικός συντελεστής στην καθιέρωση και προώθηση του μακροχρόνιου θηλασμού των πρόωρων βρεφών. Η σημασία της εκπαίδευσης της μητέρας για την κατανόηση των σημείων πείνας στο βρέφος της έχει επίσης τονιστεί από μερίδα μητέρων ως ένας παράγοντας που ευνοεί τον θηλασμό.

Από την πλευρά τους οι Handayani et al. (2020), τονίζουν πως αυτό που έχει αποδειχθεί ότι έχει ισχυρή επιρροή στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού είναι η υποστήριξη που παρέχουν οι πατέρες του τέκνου στην απόφαση της μητέρας να θηλάσει. Ο σύζυγος/σύντροφος έχει πολύ σημαντικό ρόλο στην απόφαση της μητέρας να παρέχει αποκλειστικό θηλασμό στο παιδί της. Επίσης, η ευρύτερη οικογενειακή υποστήριξη αλλά και το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται ότι ευνοούν τον θηλασμό. Περαιτέρω και σε ένα πιο μακροσκοπικό επίπεδο, θετικά στη διάρκεια της πρακτικής του θηλασμού λειτουργούν οι πολιτικές της εκάστοτε κυβέρνησης για τις άδειες μιας εργαζόμενης μητέρας. Η δυνατότητα μιας μακροχρόνιας απουσίας της μητέρας από την εργασία της φαίνεται να ενισχύει την απόφαση τόσο για την έναρξη όσο και για τη διάρκεια του θηλασμού. Στο ίδιο μήκος κύματος, θετικά λειτουργεί η θεσμοθετημένη δυνατότητα μιας μητέρας να θηλάζει το βρέφος σε ώρες που εργάζεται. Αντίθετα, ως ανασταλτικοί παράγοντες για τον θηλασμό έχει αναφερθεί η (πολύ) νεαρή ηλικία της μητέρας, το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη ή και κατά τη διάρκεια αυτής, η προωρότητα του βρέφους αλλά και το είδος της απασχόλησης. Για παράδειγμα γυναίκες που απασχολούνται σε δομές υγείας εμφανίζουν μια τάση προς τον αποκλειστικό θηλασμό.

Σε σχετική έρευνα που διεξήγαν οι Kinshella et al., (2021) διαπίστωσαν πως η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα (πχ κάπνισμα), η κακή μητρική φροντίδα κατά τον τοκετό αλλά και η επιστροφή στις δραστηριότητες βιοπορισμού αποτέλεσαν βασικά εμπόδια για τον αποκλειστικό θηλασμό. Σημείωσαν επίσης το εξής: Για τις περισσότερες οικογένειες και γυναίκες του δυτικού και αναπτυσσόμενου κόσμου γενικότερα θεωρείται δεδομένη η γέννηση ενός τέκνου σε κάποιες δομές υγείας. Αυτό όμως δεν πρέπει να θεωρείται δεδομένο για πολλά κράτη της Αφρικής ή της Ασίας. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες που γέννησαν σε κάποια υγειονομική μονάδα (έστω και υποτυπώδη) είχαν περισσότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε πρακτικές αποκλειστικού θηλασμού.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Ιδιαίτερη σημασία για το θέμα του θηλασμού έχει και η παράμετρος της ικανοποίησης και ευχαρίστησης της μητέρας από την όλη πρακτική. Οι Alves et al, (2020) υποστηρίζουν πως αρκετές γυναίκες που θήλασαν ανέφεραν μια ηρεμία και εσωτερική ικανοποίηση εξαιτίας της τροφής που παρείχαν στο παιδί τους, αισθήματα που αποτέλεσαν κίνητρο για τη συνέχιση του θηλασμού. Στο ίδιο μήκος κύματος, ορισμένες γυναίκες δήλωσαν υπερήφανες που μπορούν και θηλάζουν.

Στους παράγοντες που σχετίζονται θετικά με τον θηλασμό και τα σχετικά κίνητρα είναι και οι αντιλήψεις ότι είναι πιο υγιεινή πρακτική για τα βρέφη, προωθεί τον δεσμό μητέρας-βρέφους, είναι οικονομικότερος και υπό συνθήκες πιο ευχάριστο. Επίσης, για πολλές μητέρες, ο θηλασμός φαίνεται ότι συνδέεται με μια φυσική ροή των πραγμάτων. Στον αντίποδα, ως εμπόδια για τον θηλασμό έχει αναφερθεί ότι το τάισμα με μπιμπερό είναι ευκολότερο, λιγότερο άβολο (σε δημόσιους χώρους κλπ), πιο συμβατό με την εργασία της μητέρας, ενώ δεν σχετίζεται με δυσάρεστες «επιπλοκές» όπως τον πόνο στις θηλές. Ακόμη το τάισμα με μπιμπερό μπορεί να γίνει από τον πατέρα ή κάποιον άλλο, αφήνοντας τη μητέρα να ξεκουραστεί. Ωστόσο ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια που έχουν καταγραφεί είναι ο παράγοντας της εργασίας. Η επιστροφή στην εργασία εκτός οικείας έχει περιγραφεί ως ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τη διατήρηση του θηλασμού. Η διάρκεια της άδειας μητρότητας συνδέεται άμεσα με τη διάρκεια του θηλασμού. Όσο πιο σύντομα επιστρέφουν οι γυναίκες στην εργασία τους τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να διακόψουν τον αποκλειστικό θηλασμό (Moore & Coty, 2006).

Από την πλευρά τους οι Wang et al., (2018) υπογραμμίζουν πως ο πρόωρος τοκετός συχνά περιπλέκεται με την πιθανότητα οξείας και χρόνιας ασθένειας για το πρόωρο βρέφος, ενώ η χρήση μητρικού γάλακτος λειτουργεί ως ασπίδα. Στις περιπτώσεις των πρόωρων τοκετών οι μητέρες συχνά αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια για τον θηλασμό, συμπεριλαμβανομένων δυσκολιών στην έναρξη της γαλουχίας, στην ανάπτυξη και διατήρηση επαρκούς παροχής γάλακτος και στη μετάβαση από τη σίτιση από τη θερμοκοιτίδα και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (MENN) στον θηλασμό. Η καθυστέρηση στην έναρξη της γαλουχίας μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με τις συνθήκες του πρόωρου τοκετού. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες περιλαμβάνουν τον τοκετό πριν από την απόφαση της μητέρας για τον τρόπο σίτισης, την ιατρική κατάσταση της μητέρας μετά τη γέννηση και την κακή επικοινωνία ή άλλα εμπόδια μεταξύ της μητρικής και της βρεφικής μονάδας. Επίσης λόγω της πρόωρης γέννησής τους, τα πρόωρα βρέφη συχνά αντιμετωπίζουν

φυσιολογικά και νευροαναπτυξιακά εμπόδια ή ασθένειες που σχετίζονται με την ανωριμότητά τους τα οποία εμποδίζουν την ικανότητά τους να διατηρήσουν ανεξάρτητα την παροχή γάλακτος από τη μητέρα τους. Για την έναρξη και τη διατήρηση της γαλουχίας, οι μητέρες των πρόωρων βρεφών συχνά πρέπει να βγάλουν γάλα για να αναπτύξουν επαρκές απόθεμα για την κάλυψη των διατροφικών αναγκών των βρεφών τους. Εξαιτίας των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι μητέρες των πρόωρων βρεφών στην έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, η υποστήριξη και η εκπαίδευση είναι κρίσιμες, ειδικά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η συνέχιση του θηλασμού πέρα από τη νοσηλεία στο μαιευτήριο έχει συνδεθεί με στρατηγικές και παρεμβάσεις που χρησιμοποιούνται για την υποστήριξη των μητέρων ενώ τα βρέφη νοσηλεύονται, συμπεριλαμβανομένης της «μεταφοράς του βρέφους στο στήθος της επαφής με το δέρμα της μητέρας αλλά και της στήριξης από την οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον της μητέρας.

1.7 Η σύνδεση του θηλασμού με δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Διάφορα δημογραφικά δεδομένα φαίνεται να επηρεάζουν τόσο την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει όσο και τη διάρκεια του θηλασμού. Σύμφωνα με τους Lio et al., (2021) οι νεότερες σε ηλικία μητέρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν περισσότερο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό πριν από τους έξι μήνες. Οι ερευνητές θεωρούν ότι οι γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν κατάλληλη συμβουλευτική από επαγγελματία υγείας και να κάνουν ορθή χρήση των υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τον θηλασμό. Επιπλέον οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες ενδέχεται να είναι περισσότερο συνειδητοποιημένες για την εγκυμοσύνη και τη γενικότερη αξία του θηλασμού. Σε ό,τι αφορά τη σχέση εργασίας-θηλασμού επισημαίνεται πως οι μητέρες που επιστρέφουν σύντομα στην εργασία τους μετά την γέννα και εν πάση περιπτώσει πριν τους έξι μήνες είναι πιθανότερο να διακόψουν τον αποκλειστικό θηλασμό ή να διακόψουν εντελώς τον θηλασμό και το βρέφος να τρέφεται αποκλειστικά με γάλα «φόρμουλα».

Οι Yalcin et al. (2015) εκτιμούν πως η έναρξη και η περίοδος θηλασμού συνδέονται θετικά με την ηλικία της μητέρας και το μέγεθος της οικογένειας. Εξηγούν πως οι μεγαλύτερες σε ηλικία μητέρες φαίνεται ότι θηλάζουν το βρέφος για μακρύτερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, προς την ίδια κατεύθυνση λειτουργεί η ύπαρξη άλλων τέκνων στην οικογένεια που έχουν θηλαστεί. Επίσης παρατηρούν ότι η ύπαρξη μεγάλων οικογενειών με την παρουσία ηλικιωμένων (γιαγιάδες κλπ) ευνοεί τον θηλασμό. Στη σχετική έρευνα αναφέρονται ακόμη

ευρήματα που καταδεικνύουν ότι οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή είναι πιθανότερο να θηλάσουν για μικρότερο χρονικό διάστημα.

Το εκπαιδευτικό/μορφωτικό επίπεδο της μητέρας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της δεκτικότητας των μητέρων προς τον θηλασμό. Μητέρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν έλλειψη γνώσης σχετικά με τον θηλασμό και τις σωστές πρακτικές του, ενώ δυσκολεύονται να εφαρμόσουν αποτελεσματικά τις συμβουλές που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας. Σύνδεση φαίνεται επίσης να υπάρχει μεταξύ του θηλασμού και του αριθμού των τέκνων που γεννιούνται. Πιο συγκεκριμένα στις περιπτώσεις γέννησης δίδυμων ή τρίδυμων μωρών το ποσοστό του αποκλειστικού θηλασμού είναι χαμηλότερο συγκριτικά με τις περιπτώσεις γέννησης ενός τέκνου (Patel et al., 2015).

Από την πλευρά της η Tigka et al., (2022) προσδιορίζει τους παράγοντες που σχετίζονται με τον θηλασμό και τη διάρκειά του. Ειδικότερα «ξεχωρίζει» παράγοντες όπως την απασχόληση, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, αλλά και τον τρόπο τοκετού. Αναφέρει επίσης ως προσδιοριστικούς παράγοντες την πιθανότητα παχυσαρκίας της μητέρας πριν τη γέννηση του τέκνου, το βάρος γέννησης του τέκνου αλλά και πιθανές ασθένειες. Σε ό,τι αφορά την πιθανότητα παχυσαρκίας της μητέρας αναφέρεται ότι συνδέεται αρνητικά με τον αποκλειστικό θηλασμό. Δηλαδή γυναίκες με υψηλό Δείκτη μάζας σώματος πριν τη γέννηση (που όμως δεν οφείλεται στα κιλά της εγκυμοσύνης) είναι πιθανότερο να τρέφουν το (πρόωρο και μη) τέκνο τους με έναν συνδυασμό γαλουχίας και άλλου γάλακτος. Επίσης άλλη μια αιτία που επηρεάζει τη γαλουχία στα πρόωρα βρέφη είναι το βάρος γέννησης. Επειδή τα πρόωρα βρέφη είναι συνήθως ελλιποβαρή (<2.500 κιλά) συνήθως κατά τους έξι πρώτους μήνες της ζωής τους λαμβάνουν και άλλο γάλα, πέρα από το μητρικό.

Οι Briere et al. (2014) σε σχετική ανάλυση υποστηρίζουν ότι οι μητέρες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο είναι πιο πιθανό να έχουν μικρότερη διάρκεια θηλασμού μετά την «έξοδο» του τέκνου από τη ΜΕΝΝ, ειδικά στις περιπτώσεις που η παραμονή του βρέφους στη ΜΕΝΝ ήταν μακρά. Επίσης τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης αλλά και το κάπνισμα συνδέονται με το χρονικά μειωμένο θηλασμό. Στην ανάλυση αναφέρθηκε επίσης πως ορισμένες από τις αιτίες που οι μητέρες διέκοψαν τον θηλασμό είναι η ανησυχία ότι τα βρέφη τους είχαν αδύναμο πιπίλισμα και δεν έπαιρναν βάρος, η αίσθηση ότι τα βρέφη προτιμούσαν το μπιμπερό αλλά και η ελλιπή υποστήριξη από το περιβάλλον για την συνέχιση της γαλουχίας.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Σύμφωνα με τους Kair et al. (2016) οι μονογονεϊκές μητέρες έναντι των παντρεμένων, οι παχύσαρκες έναντι εκείνων που έχουν κανονικό βάρος, οι μητέρες με χαμηλότερο μορφωτικό και εκπαιδευτικό επίπεδο έναντι εκείνων που διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να συγκεντρώνουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν για μικρότερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, επειδή το πρόωρο βρέφος βρίσκεται μικρότερο χρονικό διάστημα με τη μητέρα εξαιτίας της παραμονής του σε θερμοκοιτίδα έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να μη λάβει αργότερα αποκλειστικά μητρικό γάλα, σε σχέση με ένα βρέφος που θα γεννηθεί χωρίς προωρότητα.

Η στάση και η συμπεριφορά των μητέρων απέναντι στον θηλασμό σχετίζεται με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες. Οι μη εργαζόμενες μητέρες φαίνεται να συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με μειωμένες πιθανότητες να έχουν θετικές στάσεις έναντι του θηλασμού. Τούτο μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη γνώσης για τα διατροφικά πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος, στην έλλειψη ευκαιριών αναζήτησης πληροφοριών λόγω ενός μικρού κοινωνικού δικτύου και σε κοινωνικούς περιορισμούς και παραδόσεις μεταξύ των μη εργαζομένων μητέρων. Περαιτέρω, οι μητέρες που εργάζονται σε μη κυβερνητικούς/δημόσιους τομείς συγκεντρώνουν λιγότερες πιθανότητες να έχουν θετική στάση για το θηλασμό. Οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις θηλασμού στον χώρο εργασίας, η διάρκεια της άδειας μητρότητας και η απουσία πολιτικών μητρότητας σε ιδιωτικούς οργανισμούς είναι μεταξύ των παραγόντων που επηρεάζουν τη διακοπή και τη διάρκεια του θηλασμού στα πρόωρα βρέφη (Yahya et al., 2021).

Στους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν επίσης την ποιότητα του θηλασμού αλλά και την διάρκειά του συγκαταλέγονται το πόσο όψιμη είναι η προωρότητα (σε αντιδιαστολή με τα μη πρόωρα ή τα πολύ πρόωρα βρέφη), οι πολλαπλές κύσεις, η πιθανότητα η μητέρα να καπνίζει κατά τη διάρκεια της κύησης, πιθανά προβλήματα υγείας της μητέρας, η προηγούμενη εμπειρία από άλλα τέκνα, αλλά και η ηλικία της μητέρας. Όλοι οι προαναφερόμενοι παράγοντες αυξάνουν τις πιθανότητες η γαλουχία να μην είναι επιτυχής ή να διαρκέσει μικρό χρονικό διάστημα (Maastруп et al., 2014).

Σύμφωνα με τους Jiang et al., (2022) η μικρότερη ηλικία κύησης της μητέρας αποτελεί ένα δυσμενή παράγοντα για τη διαδικασία του αποκλειστικού θηλασμού των πρόωρων βρεφών μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο. Επιπλέον, η προωρότητα λειτουργεί ανασταλτικά για τον θηλασμό επειδή τα πρόωρα βρέφη σε αρκετές περιπτώσεις δυσκολεύονται στην κατάποση

αλλά και το πιπίλισμα, συγκριτικά τουλάχιστον με βρέφη που δεν γεννιούνται πρόωρα. Σημασία έχει επίσης και η εβδομάδα κύησης, δηλαδή όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες να θηλάσει η μητέρα. Περαιτέρω, ο τύπος τοκετού επηρεάζει επίσης το ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού των πρόωρων βρεφών για 6 μήνες μετά το εξιτήριο. Σε σύγκριση με τον τοκετό με καισαρική τομή, ο κοιλιακός τοκετός πρόωρων βρεφών είχε υψηλότερο ποσοστό αποκλειστικού θηλασμού.

Από την πλευρά τους οι Laanterä et al., (2010) διερεύνησαν τη γνώση για το θηλασμό με ορισμένα δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης τους οι γυναίκες διαθέτουν καλύτερη ενημέρωση από τους άνδρες για τον θηλασμό. Επίσης οι οικογένειες που έχουν ήδη ένα παιδί έχουν καλύτερη ενημέρωση συγκριτικά με τις οικογένειες που δεν έχουν καθόλου παιδιά. Περαιτέρω, οι γυναίκες με κύηση μεγαλύτερη των 32 εβδομάδων είχαν πιο ολοκληρωμένη γνώση σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν πριν τις 32 εβδομάδες και άρα υψηλότερες πιθανότητες να θηλάσουν. Ακόμη, περισσότερες γνώσεις για τον θηλασμό φαίνεται να διαθέτουν οι γυναίκες που είναι παντρεμένες σε σχέση με εκείνες που θα «συμπεριληφθούν» σε μια μονογονεϊκή οικογένεια. Διαφοροποιήσεις καταγράφηκαν και σε ό,τι αφορά την ηλικία. Οι έγκυες γυναίκες άνω των 25 ετών διέθεταν καλύτερη γνώση και πληροφόρηση για τον θηλασμό, συγκριτικά με τις γυναίκες κάτω των 25 ετών.

Ξεχωριστή αναφορά πρέπει να γίνει και για το κάπνισμα. Οι μητέρες που καπνίζουν φαίνεται να έχουν λιγότερες πιθανότητες να εφαρμόσουν αποκλειστικό θηλασμό για μια σειρά από αιτίες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Καταρχάς οι μητέρες που καπνίζουν παράγουν λιγότερο γάλα εξαιτίας της νικοτίνης, δεδομένο που δυσκολεύει τη διαδικασία του θηλασμού. Επιπλέον οι μητέρες που καπνίζουν δεν φαίνεται ότι θέλουν να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής ο οποίος σχετίζεται και με το θηλασμό. Επίσης, το κάπνισμα φαίνεται να επιδρά αρνητικά στην όρεξη του βρέφους (Ηλιάδου, 2019).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 Δήλωση ερευνητικού προβλήματος.

Ο θηλασμός και η χρήση μητρικού γάλακτος εν γένει αποτελεί βασική σύσταση για όλα τα βρέφη και ειδικά για τα πρόωρα βρέφη (American Academy of Pediatrics, 2012; Yu et al., 2021). Η πρόωρη γέννηση συνδέεται αρκετές φορές με κάποια ασθένεια του βρέφους και για αυτό συνιστάται το μητρικό γάλα, το οποίο μπορεί να προστατεύσει το βρέφος (American Academy of Pediatrics, 2012; Congatel., 2017; Lechner & Vohr, 2017). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προτείνει αποκλειστικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του βρέφους, ωστόσο σε πολλές χώρες αυτό δεν εφαρμόζεται, γεγονός το οποίο οδηγεί σε μεγαλύτερη έκθεση σε κίνδυνο για τα πρόωρα βρέφη εξαιτίας της διακοπής του θηλασμού (Ericson et al., 2016; Daglas et al., 2020; Lima et al., 2019; Yu et al., 2021).

Τόσο η μητέρα όσο και το πρόωρο βρέφος, αντιμετωπίζουν πολλές προκλήσεις και εμπόδια σε σχέση με τον θηλασμό και ιδιαίτερα κατά τη φάση της εκκίνησης, της ανάπτυξης και διατήρησης επαρκούς ποσότητας γάλακτος και της μετάβασης από τη σίτιση με μπιμπερό ή με άλλες μεθόδους που χρησιμοποιούνται στη μονάδα στη σίτιση από το στήθος απευθείας. Η καθυστέρηση στην εκκίνηση του θηλασμού, συνδέεται πολλές φορές με την προωρότητα. Η κατάσταση υγείας της μητέρας εξαιτίας του πρόωρου τοκετού μπορεί πολλές φορές να αποτελέσει τροχοπέδη στην εκκίνηση του θηλασμού (Morag et al., 2016; Daglas et al., 2020).

Ως αποτέλεσμα των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι μητέρες και τα βρέφη, η υποστήριξη και η εκπαίδευση είναι βασικές, ειδικά κατά τη διάρκεια που βρίσκονται στο μαιευτήριο. Η συνέχιση του θηλασμού μετά από το μαιευτήριο συνδέεται με στρατηγικές και παρεμβάσεις για την υποστήριξη των μητέρων όσο το βρέφος βρίσκεται ακόμη στο μαιευτήριο, συμπεριλαμβάνοντας και την επαφή του βρέφους με το στήθος της μητέρας (Briere et al., 2015; Briere et al., 2016), την επαφή δέρμα με δέρμα, την αγκαλιά (Flacking et al., 2011; Gathwala et al., 2010), και την προσωπική ή ομαδική υποστήριξη (Oza-Frank et al., 2014). Όλα τα

παραπάνω, ως στρατηγικές υποστήριξης, έχουν ως στόχο να τονώσουν το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας της μητέρας, δηλαδή να νιώσει ικανή να μπορεί να θηλάσει το βρέφος της, αλλά και να αποκτήσει την απαραίτητη γνώση για να κατανοήσει πόσο σημαντικός είναι ο θηλασμός για το πρόωρο βρέφος τους.

2.2 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι.

Ο ερευνητικός σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διαπιστωθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τον θηλασμό των πρόωρων βρεφών, επικεντρώνοντας ιδιαίτερα στις γνώσεις και στην αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με τον θηλασμό. Οι ερευνητικοί στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

1. Διερεύνηση του αν οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα βρέφη θηλάζουν ή όχι
2. Εξέταση του αν το προφίλ των γυναικών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον θηλασμό του πρόωρου βρέφους
3. Διερεύνηση των παραγόντων που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον θηλασμό του πρόωρου βρέφους
4. Ανάπτυξη προτάσεων σχετικά με το πώς θα μπορούσαν να βοηθηθούν οι γυναίκες σχετικά με τον θηλασμό του πρόωρου βρέφους τους.

Από τον πρώτο ερευνητικό στόχο πηγάζουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

E1: Σε τι ποσοστό οι γυναίκες του δείγματος θηλάζουν αποκλειστικά το πρόωρο βρέφος τους;

E2: Σε τι ποσοστό οι γυναίκες του δείγματος δίνουν γάλα φόρμουλα στο πρόωρο βρέφος τους;

E3: Σε τι ποσοστό οι γυναίκες του δείγματος εφαρμόζουν μεικτή διατροφή στο πρόωρο βρέφος τους;

Από τον δεύτερο ερευνητικό στόχο, πηγάζουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

E4: Τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων, μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, εθνικότητα), επηρεάζουν τον θηλασμό του πρόωρου βρέφους;

E5: Τα στοιχεία που αφορούν τις συνθήκες γέννησης του πρόωρου βρέφους (επιπλοκές κύησης, είδος τοκετού, είδος κύησης, εβδομάδα κύησης, διάστημα που έχει παρέλθει από τη γέννηση, διάστημα αποχωρισμού βρέφους στη MENN, επιστροφή σε εργασία) επηρεάζουν τον θηλασμό του πρόωρου βρέφους;

E6: Τα στοιχεία που αφορούν το προφίλ των γυναικών σχετικά με τον θηλασμό (πηγές ενημέρωσης, λόγοι διακοπής, προηγούμενη εμπειρία, παρακολούθηση προγεννητικών μαθημάτων, θηλασμός στο μαιευτήριο, θηλασμός στη MENN), επηρεάζουν τον θηλασμό του πρόωρου βρέφους;

Από τον τρίτο ερευνητικό στόχο, πηγάζουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

E7: Η αυτοαποτελεσματικότητα σχετικά με τον θηλασμό συμβάλλει στον θηλασμό του πρόωρου βρέφους;

E8: Ο βαθμός γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό συμβάλλει στον θηλασμό του πρόωρου βρέφους;

Από τον τέταρτο ερευνητικό στόχο, πηγάζουν τα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

E9: Σε τι βαθμό θεωρούν οι συμμετέχουσες πως οι επαγγελματίες που σχετίζονται με τον θηλασμό (μαία, γυναικολόγος, παιδίατρος, μαιευτήριο/MENN) ότι συμβάλλουν θετικά στην προσπάθειά τους να θηλάσουν το πρόωρο βρέφος τους;

E10: Σε τι βαθμό θεωρούν οι συμμετέχουσες πως η υποστήριξη από το άμεσο περιβάλλον τους συμβάλλει θετικά στην προσπάθειά τους να θηλάσουν το πρόωρο βρέφος τους;

2.3 Δομή έρευνας.

Η παρούσα εργασία δομείται συνολικά σε πέντε (5) κεφάλαια. Το πρώτο είναι η Εισαγωγή, το δεύτερο αφορά το Σκοπό της συγκεκριμένης Μελέτης, το τρίτο τη Μεθοδολογία, το τέταρτο τα Αποτελέσματα της έρευνας και το πέμπτο και τελευταίο αφορά τη Συζήτηση. Η Εισαγωγή περιλαμβάνει την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ο Σκοπός της Μελέτης τους ερευνητικούς σκοπούς και στόχους, η Μεθοδολογία περιλαμβάνει το υλικό και τις μεθόδους που εφαρμόστηκαν στο εμπειρικό μέρος της μελέτης. Τα δε αποτελέσματα αφορούν τα ευρήματα της εμπειρικής έρευνας. Η Συζήτηση αναλύει (κυρίως) τα συμπεράσματα, τις προτάσεις αλλά και τους περιορισμούς.

2.4 Σημαντικότητα έρευνας.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Η σημαντικότητα της έρευνας έγκειται στη σχετική έλλειψη βιβλιογραφικών αναφορών σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τον θηλασμό των πρόωρων βρεφών, τόσο διεθνώς, όσο και στην Ελλάδα. Συνεπώς, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς δεδομένων των ωφελειών του θηλασμού, τόσο στη μητέρα όσο και στο βρέφος (πόσο μάλλον στο πρόωρο βρέφος) μπορούν να γίνουν πολύ συγκεκριμένες προτάσεις ώστε να ενισχυθεί ο θηλασμός στα πρόωρα βρέφη. Τα ευρήματα, λοιπόν, εκτός του ότι αναμένεται να συμπληρώσουν ένα σχετικό βιβλιογραφικό κενό, αφορούν επίσης τους επαγγελματίες υγείας, τους σύμβουλους θηλασμού, ακόμα και το Υπουργείο Υγείας, το οποίο δύναται να εφαρμόσει πολιτικές προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης του θηλασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Ερευνητικός σχεδιασμός και ερευνητικές μέθοδοι.

Η λειτουργία του ερευνητικού σχεδιασμού σε μία έρευνα είναι να διασφαλίσει ότι τα αποδεικτικά στοιχεία που αποκτούνται στο πλαίσιο αυτής, δίνουν τη δυνατότητα να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά το ερευνητικό πρόβλημα όσο το δυνατόν πιο ξεκάθαρα. Η απόκτηση αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με το ερευνητικό πρόβλημα γενικά συνεπάγεται τον καθορισμό του είδους των αποδεικτικών στοιχείων που απαιτούνται για τον έλεγχο μιας θεωρίας, για την αξιολόγηση ενός προγράμματος ή για την ακριβή περιγραφή ενός φαινομένου. Ωστόσο, οι ερευνητές μπορούν συχνά να ξεκινήσουν τις έρευνές τους πολύ νωρίς, προτού σκεφτούν κριτικά ποιες πληροφορίες απαιτούνται για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Χωρίς να ληφθούν υπόψη αυτά τα ζητήματα σχεδιασμού εκ των προτέρων, τα συμπεράσματα που εξάγονται κινδυνεύουν να είναι αδύναμα και μη πειστικά και, κατά συνέπεια, δεν θα αντιμετωπίσουν επαρκώς το συνολικό ερευνητικό πρόβλημα (Creswell, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη αυτό, την έκταση και την πολυπλοκότητα των σχεδίων έρευνας, η οποία μπορεί να ποικίλλει σημαντικά, οποιοδήποτε σχέδιο έρευνας ακολουθεί τα παρακάτω βήματα (Creswell, 2014):

1. Προσδιορισμός του ερευνητικού προβλήματος με σαφήνεια και επαρκή αιτιολόγηση
2. Επανεξέταση προηγούμενης δημοσιευμένης βιβλιογραφίας που σχετίζεται με την προβληματική περιοχή
3. Προσδιορισμός ξεκάθαρων και ρητών υποθέσεων (δηλαδή, ερευνητικά ερωτήματα) που είναι κεντρικές για το επιλεγμένο πρόβλημα
4. Αποτελεσματική περιγραφή των δεδομένων που θα είναι απαραίτητα για έναν επαρκή έλεγχο των υποθέσεων και τεκμηρίωση του πώς θα ληφθούν τέτοια δεδομένα
5. Περιγραφή των μεθόδων ανάλυσης που θα εφαρμοστούν στα δεδομένα για να καθοριστεί εάν οι υποθέσεις είναι αληθείς ή ψευδείς.

Οι μελέτες αιτιότητας, μπορούν να εφαρμοστούν όταν επιδιώκεται η επαλήθευση μίας δήλωσης της μορφής: «Αν Χ, τότε Υ». Αυτός ο τύπος έρευνας χρησιμοποιείται για να μετρήσει την επίδραση που θα έχει μια συγκεκριμένη αλλαγή σε μία ή περισσότερες μεταβλητές σε μία άλλη. Το αιτιώδες αποτέλεσμα εμφανίζεται όταν η αλλαγή σε ένα φαινόμενο, μια ανεξάρτητη

μεταβλητή, οδηγεί ή καταλήγει, κατά μέσο όρο, σε παραλλαγή σε ένα άλλο φαινόμενο, την εξαρτημένη μεταβλητή. Ο συγκεκριμένος ερευνητικός σχεδιασμός, επιτρέπει την κατανόηση του γιατί παρατηρείται ένα συγκεκριμένο φαινόμενο. Οι έρευνες αυτές μπορούν να διεξαχθούν μελλοντικά και από άλλους ερευνητές. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχει πάντα η πιθανότητα ότι, από καθαρή σύμπτωση, δύο άσχετα γεγονότα να φαίνονται να σχετίζονται. Τα συμπεράσματα σχετικά με τις αιτιώδεις σχέσεις είναι δύσκολο να προσδιοριστούν, λόγω μιας ποικιλίας εξωτερικών μεταβλητών που υπάρχουν σε ένα κοινωνικό περιβάλλον. Αυτό σημαίνει ότι η αιτιότητα μπορεί μόνο να συναχθεί, ποτέ να αποδειχθεί. Εάν δύο μεταβλητές συσχετίζονται, η αιτία πρέπει να προηγείται του αποτελέσματος. Ωστόσο, παρόλο που δύο μεταβλητές μπορεί να σχετίζονται αιτιωδώς, μερικές φορές μπορεί να είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποια μεταβλητή έρχεται πρώτη και επομένως να καθοριστεί ποια μεταβλητή είναι η πραγματική αιτία και ποια το πραγματικό αποτέλεσμα (Ader et al., 2008). Στην προκειμένη περίπτωση, εφαρμόστηκε ο εν λόγω σχεδιασμός, δεδομένου ότι μελετάται η επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας και των γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό στο θηλασμό των πρόωρων βρεφών. Για να μπορέσει να μετριάσει το γεγονός των εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν αυτή τη σχέση, συμπεριλήφθηκαν και κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό κατά την εξέταση της αιτιώδους σχέσης.

Ο περιγραφικός ερευνητικός σχεδιασμός από την άλλη πλευρά, βοηθά στην απάντηση ερωτήσεων “ποιος, γιατί, πότε, πού και πώς” σε σχέση με ένα συγκεκριμένο ερευνητικό πρόβλημα. Μία περιγραφική έρευνα δεν απαντά ωστόσο το “γιατί”, όπως η αιτιώδης έρευνα που παρουσιάστηκε παραπάνω. Χρησιμοποιείται για να ληφθούν πληροφορίες σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση ενός φαινομένου (Ader et al., 2008). Εδώ, δεδομένου ότι ο πρώτος και ο τέταρτος ερευνητικός στόχος και τα αντίστοιχα ερευνητικά ερωτήματα που πηγάζουν από αυτούς επιχειρούν μάλλον να περιγράψουν μία κατάσταση, δηλαδή τον τρόπο σίτισης του πρόωρου βρέφους και τις προτάσεις σε σχέση με την υποστήριξη σχετικά με τον θηλασμό, εφαρμόστηκε και ο εν λόγω σχεδιασμός.

Ως προς τις ερευνητικές μεθόδους, χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική ερευνητική μέθοδος έναντι της ποιοτικής, με τη χρήση του δομημένου ερωτηματολογίου ως εργαλείου έρευνας. Η ποσοτική ερευνητική μέθοδος οδηγεί στη συλλογή ποσοτικών δεδομένων και στην ανάλυσή τους μέσω στατιστικών μεθόδων, απαντώντας το “γιατί”, αλλά χωρίς να απαντάται το “πώς”,

κάτι το οποίο θα μπορούσε να προκύψει μέσω ποιοτικής έρευνας και ημι-δομημένων συνεντεύξεων. Ενώ η ποσοτική έρευνα οδηγεί σε αντικειμενικότητα σε σχέση με την υποκειμενικότητα της ποιοτικής έρευνας, δεν ερευνάται σε βάθος το φαινόμενο. Αν και η μεικτή έρευνα θα οδηγούσε στον μετριασμό των μειονεκτημάτων τόσο της ποσοτικής όσο και της ποιοτικής έρευνας, δεν ήταν δυνατό να εφαρμοστεί καθώς θα ήταν εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία (Franklin, 2012). Η επιλογή του δομημένου ερωτηματολογίου για συλλογή δεδομένων από δείγμα γυναικών που γέννησαν πρόωρα βρέφη τους τελευταίους 6 μήνες συνεπάγεται πρωτογενή δεδομένα σε σχέση με τα δευτερογενή τα οποία έχουν συλλεχθεί από άλλους ερευνητές.

3.2 Δείγμα και διαδικασία έρευνας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 154 συμμετέχουσες, που γέννησαν πρόωρα βρέφη εντός των τελευταίων 6 μηνών. Δηλαδή, δεδομένου ότι όπως αναφέρεται και παρακάτω το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε Απρίλιο και Μάιο του 2024, οι συμμετέχουσες γέννησαν μεταξύ Νοέμβριου-Δεκέμβριου 2023 και Απριλίου-Μαΐου 2024. Ως προς τη μέθοδο δειγματοληψίας, εφαρμόστηκαν μη πιθανολογικές μέθοδοι έναντι των πιθανολογικών, δηλαδή κάθε μονάδα του εξεταζόμενου πληθυσμού, δηλαδή οι γυναίκες που γέννησαν πρόωρα βρέφη εντός των τελευταίων 6 μηνών στην Ελλάδα, δεν είχε την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί. Ως προς την τεχνική δειγματοληψίας, εφαρμόστηκε το δείγμα ευκολίας, δηλαδή, κάθε συμμετέχουσα που δέχθηκε να συμμετάσχει εθελοντικά στην έρευνα συμπεριλήφθηκε στο τελικό δείγμα (Chambers&Skinner, 2003).

Ο διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων έγινε μέσω του διαδικτυακού εργαλείου Google Forms, στον σύνδεσμο: <https://forms.gle/fq7ETkX2oXZaCnVm9>. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αναρτήθηκε στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ιδιαίτερα στο Facebook, στη σελίδα “31 εβδομάδες”, <https://www.facebook.com/31ebdomades/> που αφορά τις μαμάδες που γέννησαν πρόσφατα πρόωρα μωρά, στην ομάδα “Μανούλες με προωράκια”, <https://www.facebook.com/groups/319556165405478>, “Νέες Μανούλες”, <https://www.facebook.com/groups/357078575081054>, αλλά και σε forum, όπως: <https://www.parentscafe.gr/forum/>, <https://mammyland.com/>, <https://parents.org.gr/forum/>.

Αρχικά, λήφθηκε συγκατάθεση για την ανάρτηση του ερωτηματολογίου, καθώς και των σχετικών φορμών ενημέρωσης και συγκατάθεσης από τους διαχειριστές των σελίδων/ομάδων/φόρουμ. Αφού αναρτήθηκε το ερωτηματολόγιο, οι απαντήσεις που αποτελούν το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν όσες συναίνεσαν στη διαδικασία της έρευνας. Η

φάση της συλλογής διήρκησε συνολικά δύο μήνες, τον Απρίλιο και τον Μάιο του 2024, για να μπορέσει να συλλεγεί ένα επαρκές δείγμα.

3.3 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, για την ανάρτηση του ερωτηματολογίου στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ζητήθηκε αφενός η άδεια από τους διαχειριστές των σελίδων/ομάδων/φόρουμ, ανάρτηση η οποία αφαιρέθηκε μετά το τέλος Μαΐου, που ολοκληρώθηκε η συλλογή των δεδομένων. Για το τελικό δείγμα, αναπτύχθηκαν τρεις διαφορετικές φόρμες. Η πρώτη, παρείχε τις κατάλληλες πληροφορίες στις συμμετέχουσες, ώστε να μπορούν έπειτα να αποφασίσουν αν θέλουν να συμμετέχουν στην έρευνα. Συγκεκριμένα, στη φόρμα αυτή, αναφερόταν ο τίτλος, ο σκοπός της έρευνας, τον λόγο που έχουν επιλεγεί να συμμετάσχουν, το πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που θα δώσουν, αν μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα και τα στοιχεία επικοινωνίας με την ερευνήτρια. Η επόμενη φόρμα αφορά στη συγκατάθεση των συμμετεχουσών. Συμπεριλήφθηκαν οι απαντήσεις μόνο όσων απάντησαν σε όλα θετικά. Αφού συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, είχαν τη δυνατότητα να ενημερωθούν μετά τη συλλογή δεδομένων και να αναθεωρήσουν σε περίπτωση που ήθελαν να αποσυρθούν από την έρευνα. Μπορούσαν επίσης να δώσουν email για να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα. Καθώς δεν είχαν αποκρυφτεί πληροφορίες, καμία συμμετέχουσα δεν απέσυρε την απάντησή της σε αυτό το στάδιο. Γενικά, διατηρήθηκε η ανωνυμία των συμμετεχουσών και τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας μόνο. Τα δεδομένα βρίσκονταν σε φάκελο με κωδικό ώστε να μην υπάρχει πρόσβαση σε μη εξουσιοδοτημένο τρίτο.

3.4 Εργαλείο έρευνας.

Ως προς το εργαλείο της έρευνας που αναπτύχθηκε, αυτό είναι συναφές με τους ερευνητικούς στόχους, αλλά και την οικεία θεωρία σχετικά με τους παράγοντες που συμβάλουν στον θηλασμό εν γένει και ειδικότερα στα πρόωρα βρέφη. Η πρώτη ενότητα, περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με το γενικότερο προφίλ των γυναικών, δηλαδή την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό τέκνων, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, την εθνικότητα, τις τυχόν επιπλοκές κύησης, την εβδομάδα κύησης στην οποία γέννησαν, το είδος του τοκετού, το είδος της κύησης, το διάστημα που έχει

παρέλθει από τη γέννηση, τις μέρες που τυχόν αποχωρίστηκαν το βρέφος από τη MENN, το διάστημα μετά από τη γέννηση που επέστρεψαν ή θα επιστρέψουν στην εργασία τους, το αν παρακολούθησαν προγεννητικά μαθήματα για τον θηλασμό, τις πηγές ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό, το αν είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, το αν θηλάζουν σήμερα το βρέφος που γεννήθηκε πρόωρα, τους λόγους διακοπής θηλασμού, το αν θήλασαν το πρόωρο βρέφος

στο μαιευτήριο, το αν θήλασαν το πρόωρο βρέφος στη MENN και τέλος τους τρόπους που προτείνουν που θα συνέβαλαν στον θηλασμό του πρόωρου βρέφους τους.

Η δεύτερη ενότητα, περιλαμβάνει την κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά με τον θηλασμό, στη σύντομη εκδοχή της, η οποία αναπτύχθηκε από την Dennis (2003) και μεταφράστηκε στα ελληνικά από την Ηλιάδου (2019). Περιλαμβάνει συνολικά 14 δηλώσεις, δομημένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=καθόλου σίγουρη, 5=πολύ σίγουρη). Η μέγιστη δυνατή βαθμολογία λοιπόν είναι $14 \times 5 = 70$, άρα μία βαθμολογία άνω του 35, κρίνεται ως ικανοποιητική. Η τρίτη και τελευταία ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα των γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό, η οποία αναπτύχθηκε από τους Hala et al. (2013) και μεταφράστηκε ομοίως από την Ηλιάδου (2019). Περιλαμβάνει συνολικά 12 ερωτήσεις, δομημένες σε πενταβάθμια κλίμακα Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, 5=συμφωνώ απόλυτα). Η δήλωση “Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα είναι εξυπνότερα από αυτά που θηλάζουν.” αντιστράφηκε, καθώς υψηλότερος βαθμός συμφωνίας δηλώνει χαμηλότερου επιπέδου γνώση σχετικά με τον θηλασμό. Η μέγιστη βαθμολογία είναι $12 \times 5 = 60$, άρα μία βαθμολογία άνω του 30 κρίνεται ικανοποιητική.

3.5 Μεταβλητές έρευνας.

Δεδομένης της επιλογής του αιτιώδους ερευνητικού σχεδιασμού, με την εφαρμογή ποσοτικής πρωτογενούς έρευνας με συλλογή δεδομένων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, οι μεταβλητές της έρευνας δύνανται να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: στην εξαρτημένη μεταβλητή, στις ανεξάρτητες μεταβλητές και στις μεταβλητές ελέγχου. Η εξαρτημένη μεταβλητή στην παρούσα έρευνα αφορά τον τρόπο σίτισης του πρόωρου βρέφους σήμερα, η οποία είναι ποιοτική-ονομαστική μεταβλητή που λαμβάνει τρεις δυνατές τιμές: 1=ναι, αποκλειστικά, 2=όχι, δίνω γάλα φόρμουλα, 3=ναι, εφαρμόζω όμως μεικτή διατροφή. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές, είναι ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας και γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό, οι οποίες είναι ποσοτικές μεταβλητές, αφού υπολογίζονται με βάση τη συνολική βαθμολογία στο σύνολο των

δηλώσεων. Τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία, αλλά και τα στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό, που περιλαμβάνονται στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου, αποτελούν μεταβλητές ελέγχου, καθώς επηρεάζουν τη σχέση μεταξύ της εξαρτημένης και των ανεξάρτητων μεταβλητών, βάσει και του θεωρητικού πλαισίου που παρουσιάστηκε. Οι μεταβλητές αυτές είναι κατά πλειοψηφία ποιοτικές.

3.6 Στατιστική ανάλυση.

3.6.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση

Εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, για τις ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, αλλά και για τις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, όπως η ηλικία, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, η εθνικότητα, η εβδομάδα κύησης και ο αριθμός των τέκνων. Συγκεκριμένα, για τις ποιοτικές ονομαστικές και διατακτικές μεταβλητές εξήχθησαν οι σχετικές συχνότητες ποσοστά και τα αποτελέσματα παρουσιάστηκαν με τη μορφή ραβδογραμμάτων. Για τις ποσοτικές μεταβλητές και ιδιαίτερα για την ηλικία, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, τον βαθμό αποτελεσματικότητας και γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό, εξήχθησαν τα περιγραφικά στατιστικά και συγκεκριμένα η ελάχιστη και μέγιστη τιμή, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση. Για τις ποσοτικές μεταβλητές που λαμβάνουν λίγες τιμές, όπως ο αριθμός των τέκνων (παρατηρήθηκαν τιμές 1-3), η εβδομάδα κύησης (παρατηρήθηκαν τιμές 30-36 εβδομάδες) και η εθνικότητα, εξήχθησαν ομοίως ραβδογράμματα.

3.6.2 Ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων

Η ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων είναι μια ανάλυση συχνοτήτων για δεδομένα που περιλαμβάνουν περισσότερες από μία απαντήσεις ανά συμμετέχοντα. Παραδείγματα στοιχείων έρευνας που δημιουργούν πολλαπλές απαντήσεις: “Σημειώστε όλες τις απαντήσεις που ισχύουν” (πολλαπλές διχοτομικές μεταβλητές), «Καταγράψτε τους λόγους που κάνετε σωματική άσκηση». (πολλαπλές απαντήσεις). Τέτοια δεδομένα είναι κατάλληλα για ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων. Αντί να αντιμετωπίζονται οι αποκρίσεις 1, 2, 3 κ.λπ. ως ξεχωριστές μεταβλητές, η ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων επιτρέπει το συνδυασμό και συλλογική ανάλυση του συνόλου των απαντήσεων. Η ανάλυση πολλαπλών απαντήσεων είναι μια διαδικασία δύο βημάτων. Αρχικά πρέπει να οριστούν τα σύνολα των πολλαπλών απαντήσεων και έπειτα να διεξαχθούν οι αναλύσεις πολλαπλών απαντήσεων. Αυτό θα παράγει μια ανάλυση

πολλαπλών απαντήσεων που δείχνει τις συχνότητες και τα ποσοστά με βάση το σύνολο των περιπτώσεων και με βάση το σύνολο των απαντήσεων που δόθηκαν (Johnson & Wichern, 2007). Στην προκειμένη περίπτωση, υπάρχουν τρεις ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχουσες μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Η πρώτη ερώτηση, αφορά τις πηγές ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό. Η δεύτερη ερώτηση αφορά τους λόγους διακοπής θηλασμού και η τρίτη ερώτηση τις προτάσεις τους σχετικά με την ενίσχυση του θηλασμού. Κάθε μία από τις δηλώσεις σε αυτές τις ερωτήσεις, αποτελεί και μία διχοτομική μεταβλητή, που λαμβάνει τιμές 0 και 1. Οι μεταβλητές λαμβάνουν την τιμή 1 αν η συμμετέχουσα επέλεξε τη συγκεκριμένη δήλωση.

3.6.3 Πίνακες συνάφειας και έλεγχος χ^2

Για να μπορέσει να ελεγχθεί ο βαθμός στον οποίο συσχετίζεται ο θηλασμός σήμερα με τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό, εξήχθησαν οι πίνακες συνάφειας και διενεργήθηκε ο έλεγχος Pearson chi-square, για να διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Ένας πίνακας συνάφειας, περιλαμβάνει τις σχετικές συχνότητες των συνδυασμών μεταξύ δύο ποιοτικών μεταβλητών. Οι πίνακες συνάφειας ταξινομούν τις τιμές που λαμβάνει μία μεταβλητή στις σειρές και τις τιμές που λαμβάνει η άλλη στις στήλες. Οι τιμές στα σημεία που συνδέονται οι γραμμές και οι στήλες περιλαμβάνουν τις συχνότητες για κάθε μοναδικό συνδυασμό των δύο μεταβλητών. Έτσι, χρησιμοποιούνται για να κατανοηθεί η σχέση μεταξύ των ποιοτικών-κατηγορικών μεταβλητών. Ο έλεγχος χ^2 του Pearson, χρησιμοποιείται στην περίπτωση που υπάρχουν ποιοτικές/κατηγορικές μεταβλητές. Ένας από τους ελέγχους, ο οποίος εφαρμόστηκε εδώ, ελέγχει την ανεξαρτησία, δηλαδή τον βαθμό στον οποίο δύο μεταβλητές συνδέονται μεταξύ τους. Ο έλεγχος αυτός, μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε ποιοτικές/κατηγορικές μεταβλητές και όταν υπάρχουν κατ' ελάχιστο πέντε παρατηρήσεις σε κάθε ομάδα ή συνδυασμό ομάδων. Επιπλέον, επειδή αποτελεί μη παραμετρικό έλεγχο, δεν απαιτεί να κατανέμονται κανονικά τα δεδομένα, το οποίο θα αποτελούσε έναν περιορισμό εφαρμογής του. Στην ανάλυση αυτή συμπεριλήφθηκαν τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τα στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό, σε σχέση με το αν οι γυναίκες του δείγματος θηλάζουν σήμερα το πρόωρο βρέφος τους.

3.6.4 Δείκτης συσχέτισης Spearman's rho

Καθώς η ηλικία, η εβδομάδα κύησης, ο αριθμός τέκνων, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας, αλλά και οι γνώσεις σχετικά με τον θηλασμό είναι ποσοτικές μεταβλητές, για να μπορέσει να διαπιστωθεί αν συσχετίζονται με τον θηλασμό

σήμερα, η οποία είναι κατηγορική μεταβλητή-ονομαστική, χωρίς να παρουσιάζει δηλαδή κάποια διάταξη, δημιουργήθηκαν τρεις διχοτομικές μεταβλητές, για τον αποκλειστικό θηλασμό, τη σίτιση με γάλα φόρμουλα και τη μεικτή διατροφή. Αυτές οι τρεις διχοτομικές μεταβλητές, παράλληλα με τις ποσοτικές μεταβλητές που αναφέρθηκαν παραπάνω, αλλά και τις διατακτικές/κατηγορικές μεταβλητές της εκπαίδευσης, του διαστήματος που έχει μεσολαβήσει από τη γέννηση και το διάστημα παραμονής στη ΜΕΝΝ, ελέγχθηκαν για το αν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανά δύο, με τον συντελεστή Spearman's rho.

Ο συντελεστής αυτός, μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν χρειάζεται να εντοπιστεί κάποια σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών (όχι απαραίτητα γραμμική), ποσοτικών ή ποιοτικών-διατακτικών. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα του συγκεκριμένου δείκτη εκτός του ότι δεν περιορίζει τη σχέση μεταξύ των μεταβλητών στη γραμμική, είναι και ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα από την ύπαρξη ακραίων τιμών στις ποσοτικές μεταβλητές (Izenman, 2008). Στην προκειμένη περίπτωση, ο συντελεστής αυτός εξήχθη για να μπορέσουν να διαπιστωθούν οι παράγοντες που συσχετίζονται με τον αποκλειστικό θηλασμό, τη μεικτή διατροφή και τη σίτιση με γάλα φόρμουλα του πρόωρου βρέφους.

3.6.5 Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση

Η πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιείται για να προβλέψει τη διακύμανση μίας ποιοτικής-ονομαστικής εξαρτημένης μεταβλητής, δεδομένης μίας ή πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών. Αποτελεί επέκταση της διωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης, επιτρέποντας να υπάρχει εξαρτημένη μεταβλητή με πάνω από δύο κατηγορίες. Ως προς τις ανεξάρτητες μεταβλητές, δεν υπάρχει περιορισμός, καθώς αυτές μπορεί να είναι είτε ποιοτικές είτε ποσοτικές. Στην προκειμένη περίπτωση, η εξαρτημένη μεταβλητή, ο θηλασμός σήμερα είναι ποιοτική και λαμβάνει τρεις κατηγορίες, οι οποίες δεν παρουσιάζουν κάποια διάταξη (Greene, 2012). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές είναι ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας και γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό, ενώ τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία και τα στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό συμπεριλήφθηκαν στο μοντέλο, ως μεταβλητές ελέγχου, που επηρεάζουν δηλαδή τη σχέση μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητων μεταβλητών. Στην προκειμένη περίπτωση, ως ομάδα αναφοράς τέθηκε το αν οι γυναίκες σιτίζουν το βρέφος με γάλα φόρμουλα, επομένως οι συντελεστές της παλινδρόμησης που αφορούν τον αποκλειστικό

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

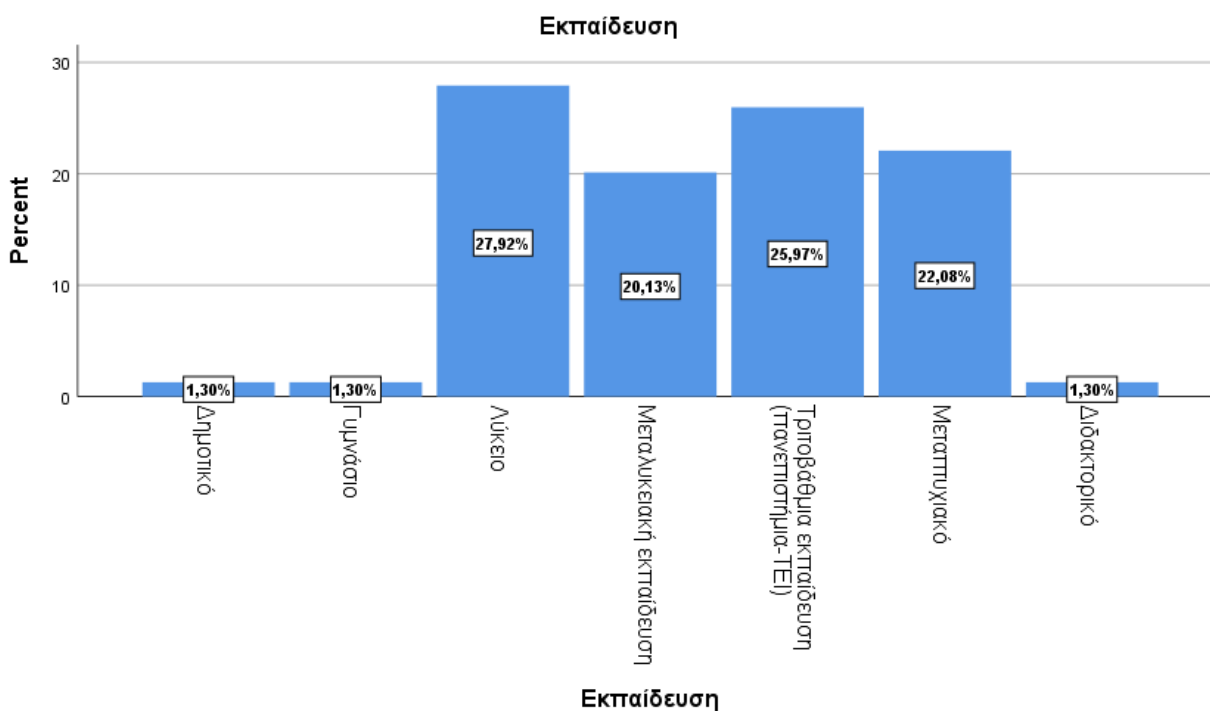
Θηλασμό και τη μεικτή διατροφή εκφράζουν το πόσο πιο πιθανό είναι για παράδειγμα μία γυναίκα να θηλάσει αποκλειστικά σε σχέση με το να δώσει γάλα φόρμουλα, όταν μεταβάλλεται μία από τις μεταβλητές του μοντέλου, κρατώντας τις υπόλοιπες σταθερές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Κοινωνικά – δημογραφικά στοιχεία και στοιχεία σχετικά με τον θηλασμό.

Ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, το 27,9% έχει τελειώσει το λύκειο, το 26% έχει ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, το 22,1% έχει μεταπτυχιακό, το 20,1% μεταλυκειακή εκπαίδευση, ενώ σε πολύ μικρά ποσοστά, έχουν τελειώσει δημοτικό, γυμνάσιο ή είναι κάτοχοι διδακτορικού (1,3%).

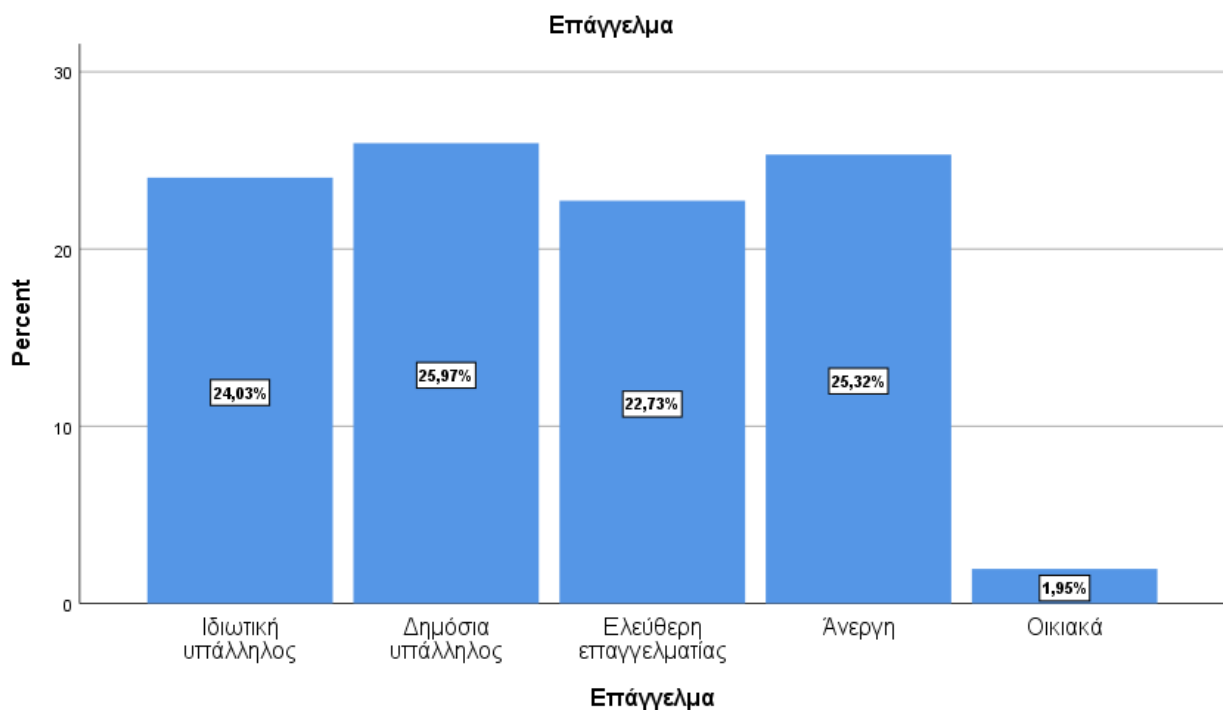
Γράφημα 1: Σύνθεση δείγματος ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο



Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

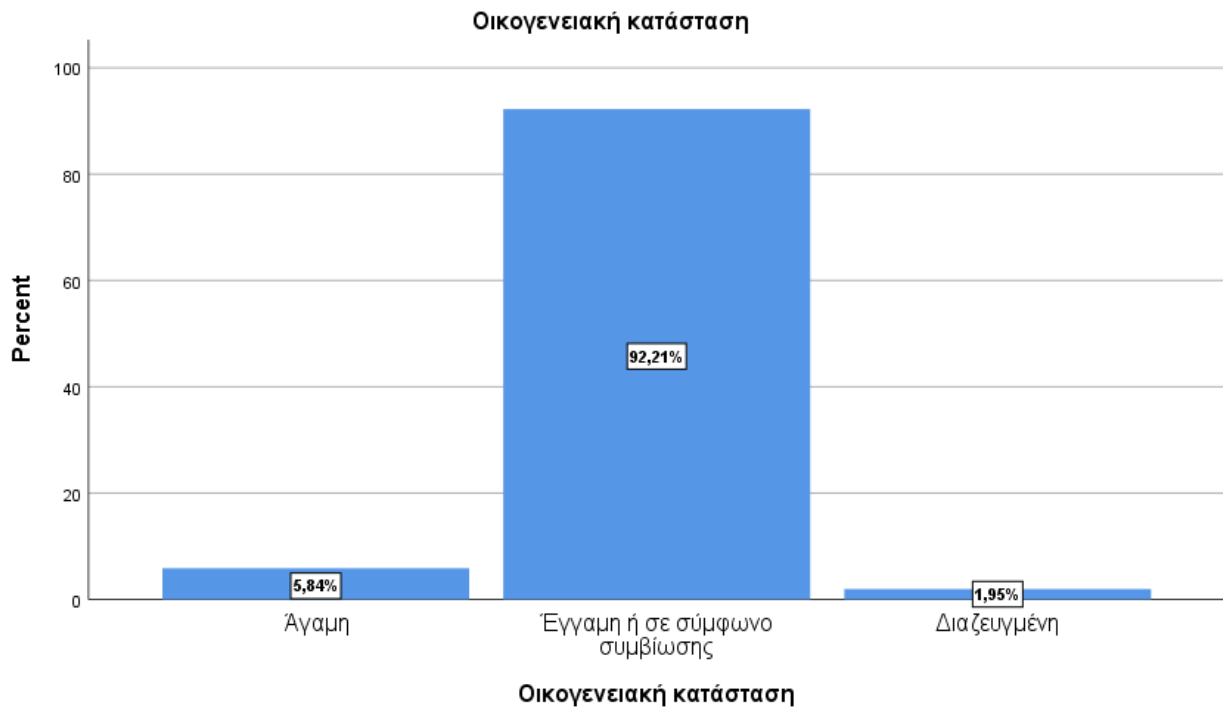
Ως προς το επάγγελμα, το 26% του δείγματος είναι δημόσιες υπάλληλοι, το 25,3% είναι άνεργες, το 24% είναι ιδιωτικές υπάλληλοι, το 22,7% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό 1,9% ασχολούνται με οικιακά.

Γράφημα 2: Σύνοψη δείγματος ως προς το επάγγελμα



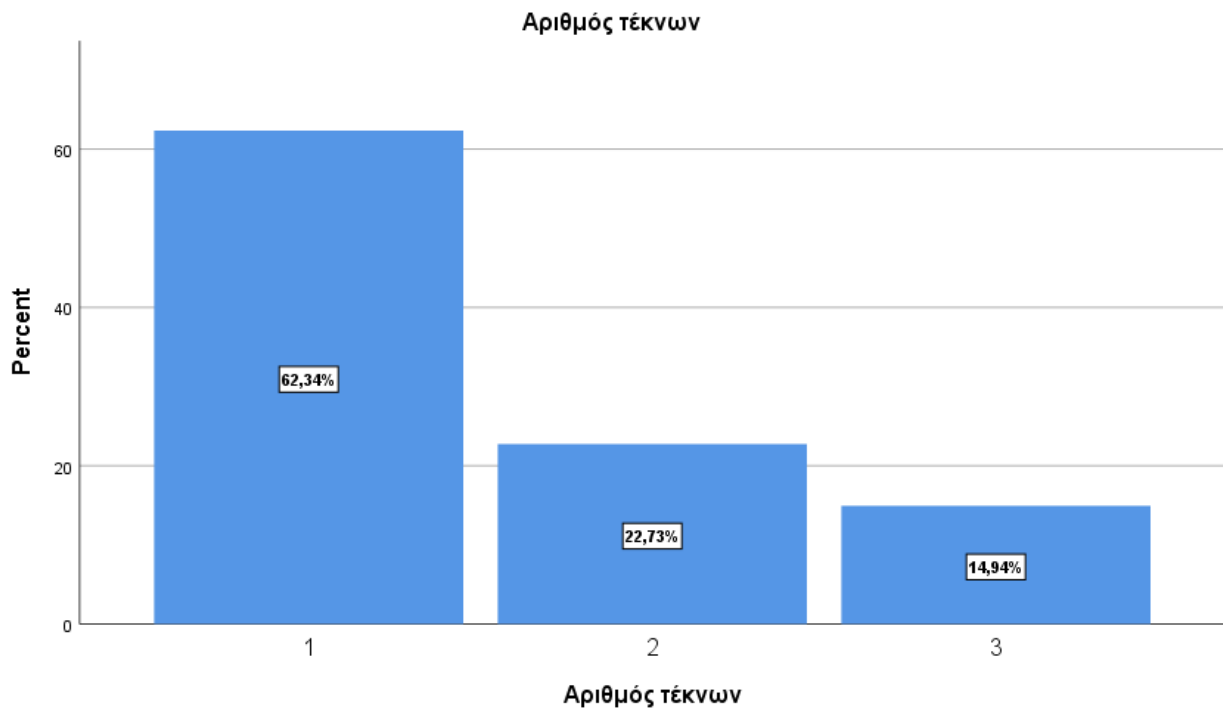
Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος, 92,2%, είναι έγγαμες ή σε σύμφωνο συμβίωσης. Σε ποσοστό 5,8% είναι άγαμες και σε ποσοστό 1,9% διαζευγμένες.

Γράφημα 3: Σύνθεση δείγματος ως προς την οικογενειακή κατάσταση



Σε μεγάλο ποσοστό 62,3%, οι συμμετέχουσες έχουν ένα παιδί, σε ποσοστό 22,7% δύο παιδιά και σε ποσοστό 14,9% τρία παιδιά.

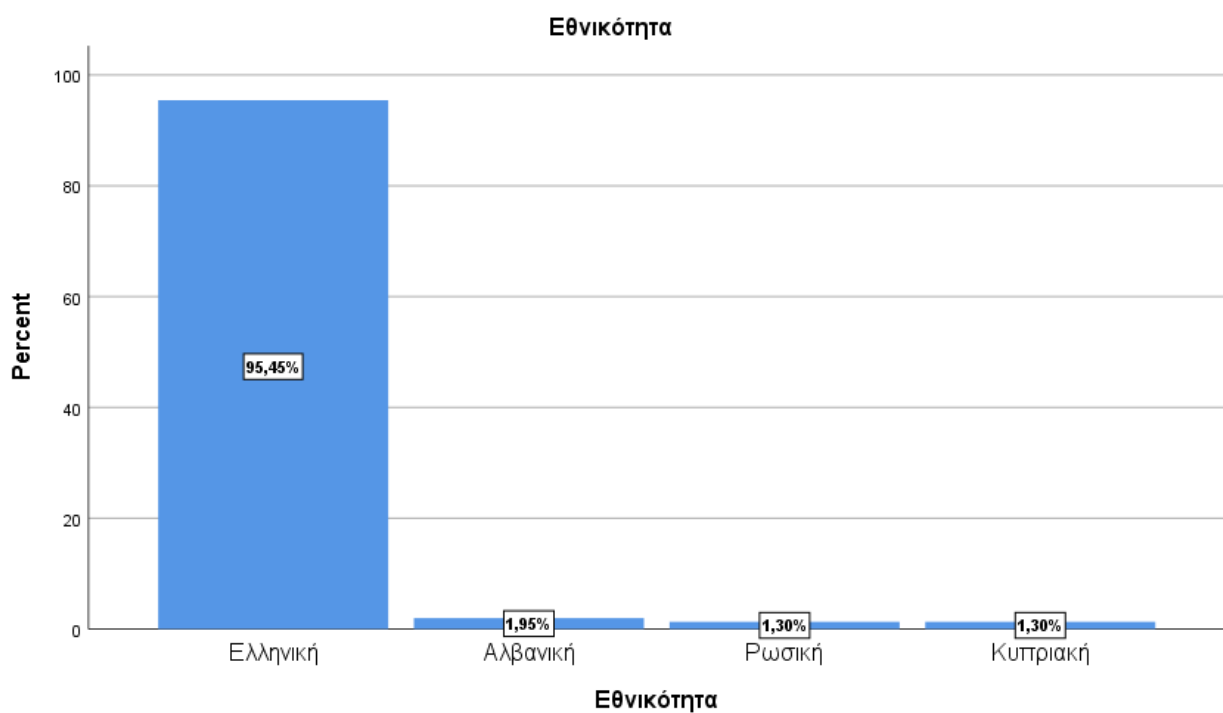
Γράφημα 4: Σύθεση δείγματος ως προς τον αριθμό των τέκνων



Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Η μεγάλη πλειοψηφία είναι Ελληνίδες, ενώ σε μικρά ποσοστά είναι Αλβανίδες (1,9%), Ρωσίδες (1,9%) ή Κύπριες (1,3%).

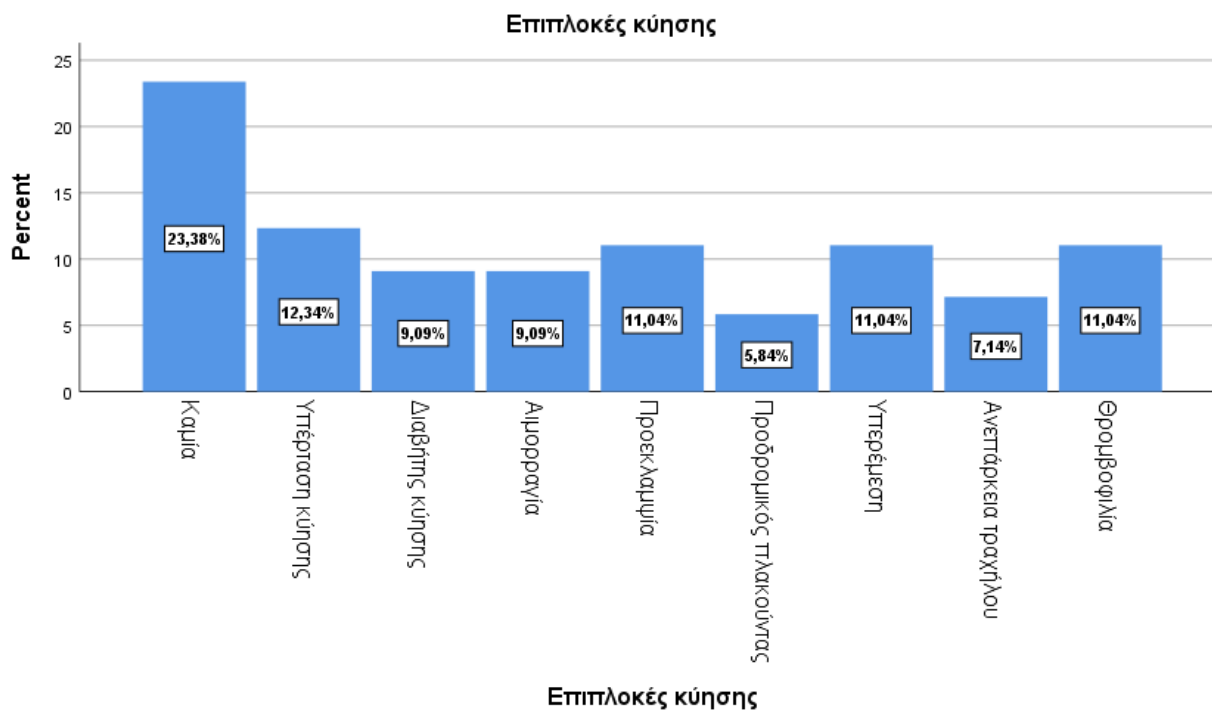
Γράφημα 5: Σύθεση δείγματος ως προς την εθνικότητα



Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

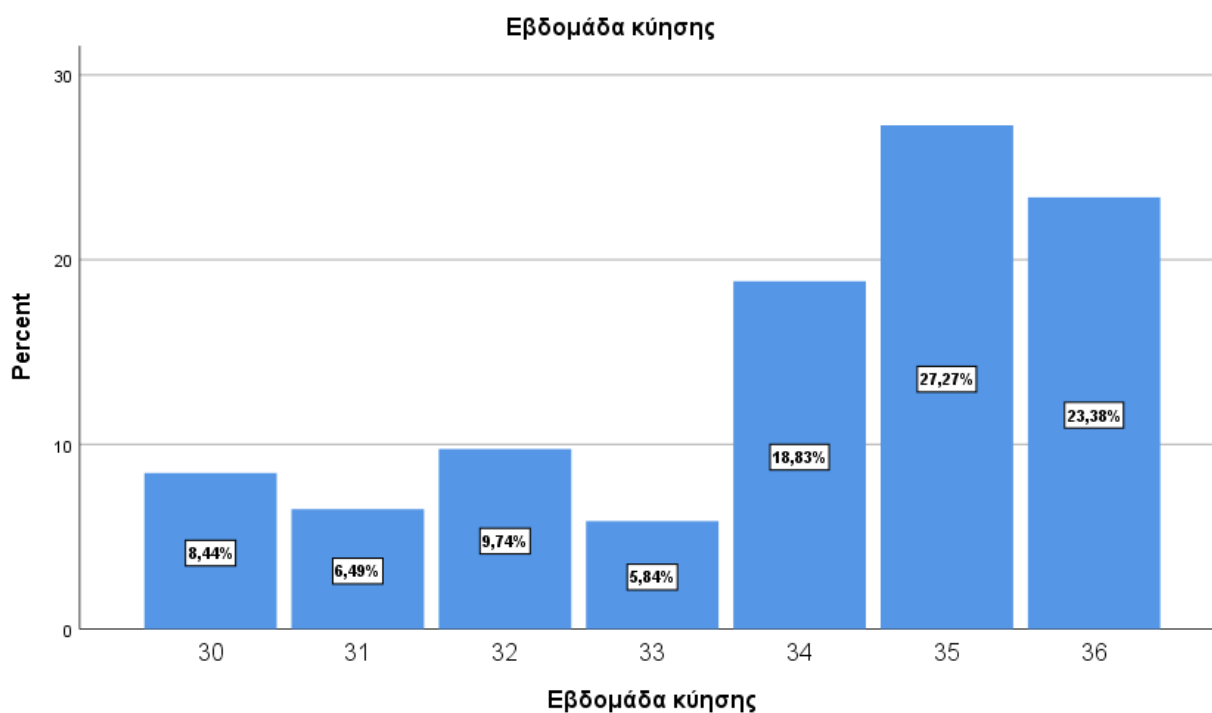
Σε ποσοστό 23,4% οι συμμετέχουσες δεν είχαν κάποια επιπλοκή κύησης, σε ποσοστό 12,3% είχαν υπέρταση κύησης, σε ποσοστά 11% είχαν προεκλαμψία, υπερέμεση και θρομβοφιλία, σε ποσοστά 9,1% είχαν διαβήτη κύησης και αιμορραγία, σε ποσοστό 7,1% ανεπάρκεια τραχήλου και σε ποσοστό 5,8% προδρομικό πλακούντα.

Γράφημα 6: Επιπλοκές κύησης



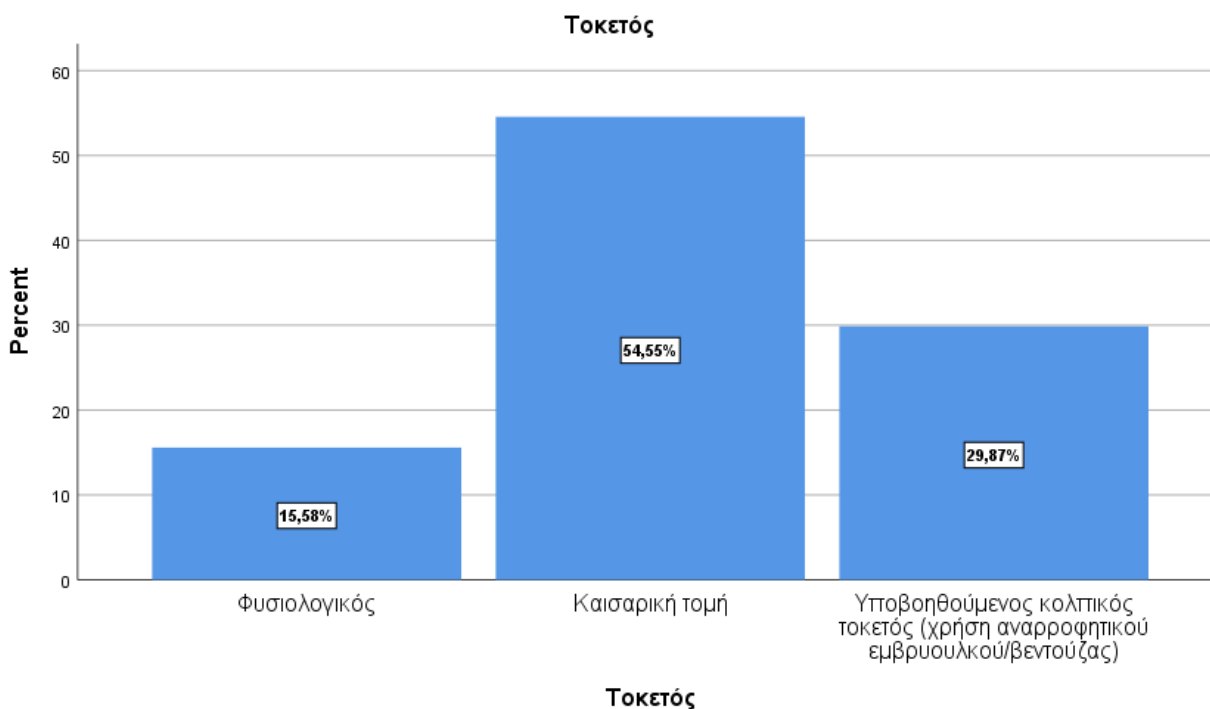
Οι περισσότερες συμμετέχουσες γέννησαν μεταξύ 34-36 εβδομάδων. Σε ποσοστό 27,3% γέννησαν την 35η εβδομάδα, σε ποσοστό 23,4% την 36η εβδομάδα, σε ποσοστό 18,8% την 34η εβδομάδα, σε ποσοστό 9,7% την 32η εβδομάδα, σε ποσοστό 8,4% την 30η εβδομάδα, σε ποσοστό 6,5% την 31η εβδομάδα και σε ποσοστό 5,8% την 33η εβδομάδα.

Γράφημα 7: Εβδομάδα κύησης



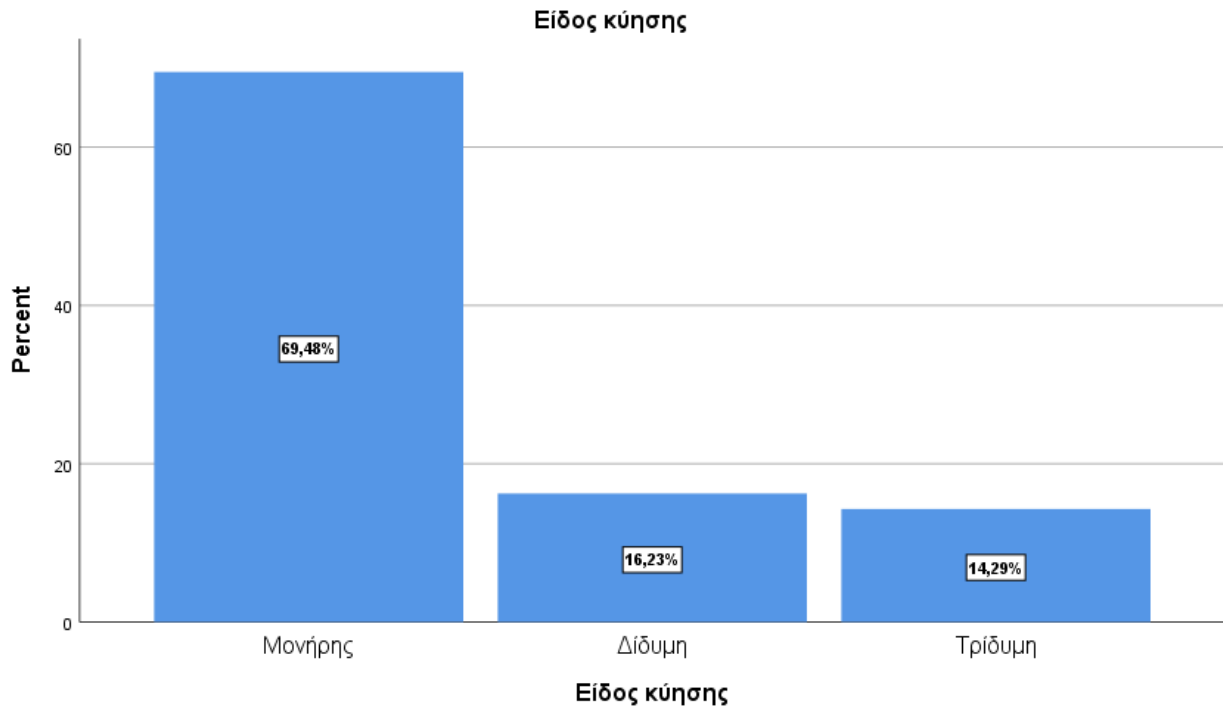
Οι περισσότερες συμμετέχουσες γέννησαν με καισαρική (54,5%), ενώ σε μικρότερο ποσοστό με υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό (29,9%) και τέλος με φυσιολογικό τοκετό (15,9%).

Γράφημα 8: Είδος τοκετού



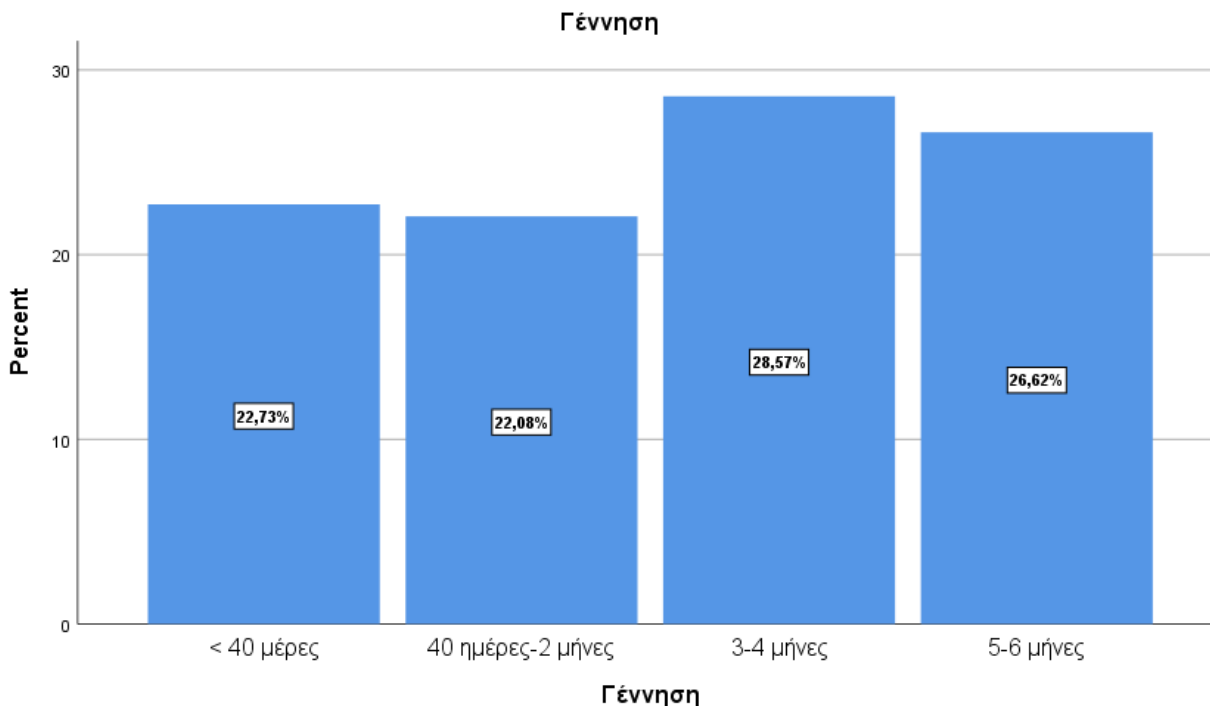
Η πλειοψηφία των συμμετεχουσών είχαν μονήρη κύηση (69,5%), ενώ ακολουθούν όσες είχαν δίδυμη (16,2%) και τρίδυμη (14,3%).

Γράφημα 9: Είδος κύησης



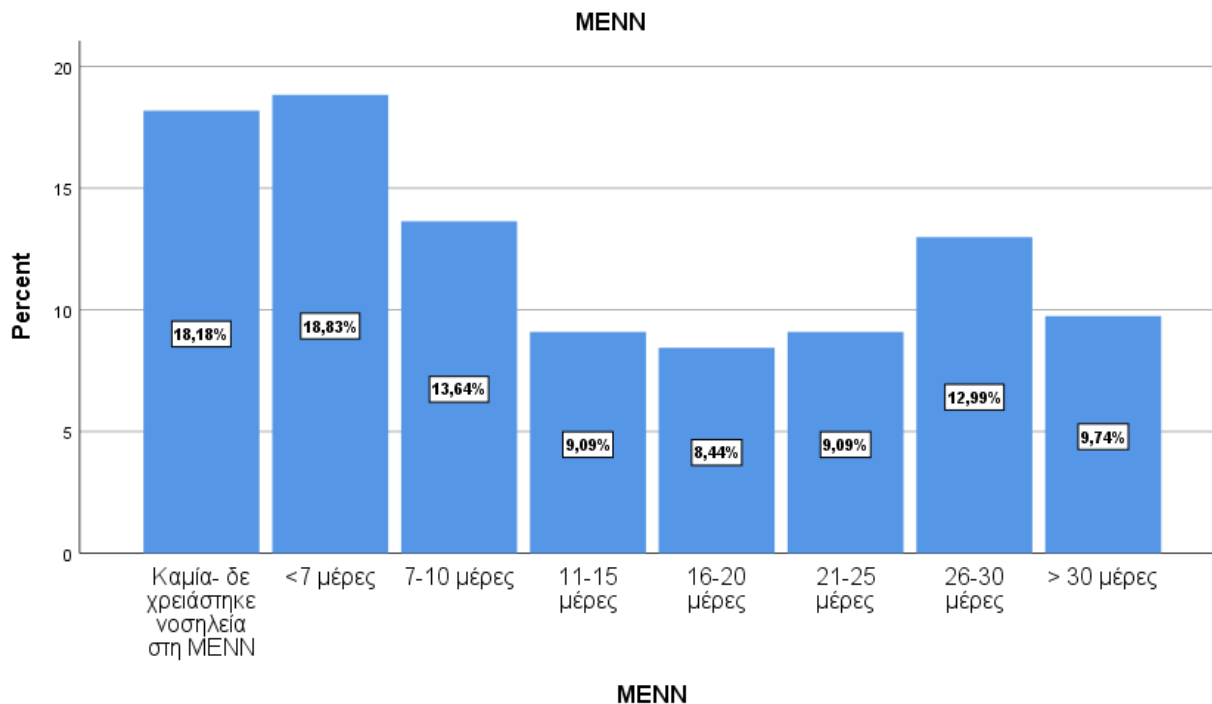
Σε ποσοστό 28,6% οι συμμετέχουσες γέννησαν πριν από 3-4 μήνες, σε ποσοστό 26,6% πριν από 5-6 μήνες, σε ποσοστό 22,7% λιγότερο από 40 μέρες και σε ποσοστό 22,1% μεταξύ 40 ημερών και δύο μηνών.

Γράφημα 10: Διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τον τοκετό



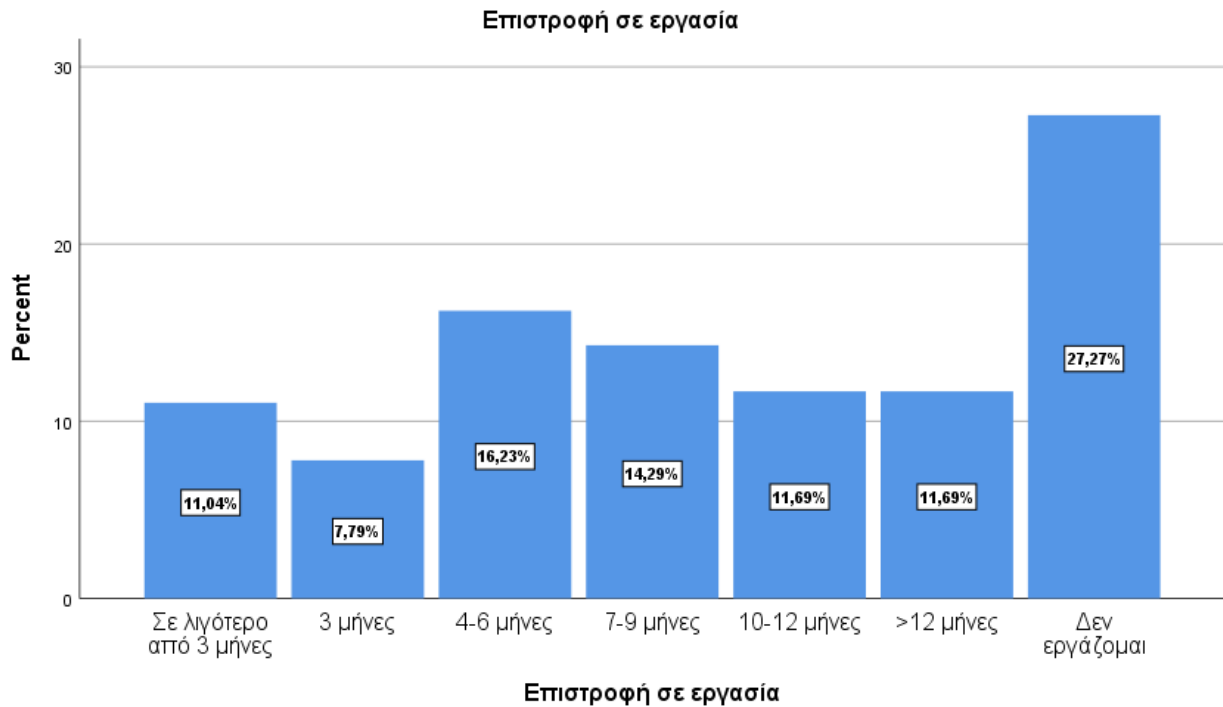
Ως προς τη νοσηλεία του βρέφους στη MENN, σε ποσοστό 18,8% νοσηλεύτηκε κάτω από μία εβδομάδα, σε ποσοστό 18,2% δεν νοσηλεύτηκε, σε ποσοστό 13,6% νοσηλεύτηκε 7-10 μέρες, σε ποσοστό 13% νοσηλεύτηκε 26-30 μέρες, σε ποσοστό 9,7% νοσηλεύτηκε πάνω από 30 μέρες, σε ποσοστά 9,1% νοσηλεύτηκαν 11-15 μέρες και 21-25 μέρες και τέλος σε ποσοστό 8,4% 16-20 μέρες. Ως προς τη μέση τιμή, ανέρχεται σε 2,59, το οποίο δεδομένου ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι ποιοτική-διατακτική, σημαίνει ότι οι περισσότερες συμμετέχουσες γέννησαν κατά μέσο όρο πριν από 3-4 μήνες. Η τυπική απόκλιση είναι 1,112, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι ο κύριος όγκος δεδομένων βρίσκεται μεταξύ των 40 ημερών και 5-6 μηνών.

Γράφημα 11: Διάστημα παραμονής βρέφους στη ΜΕΝΝ



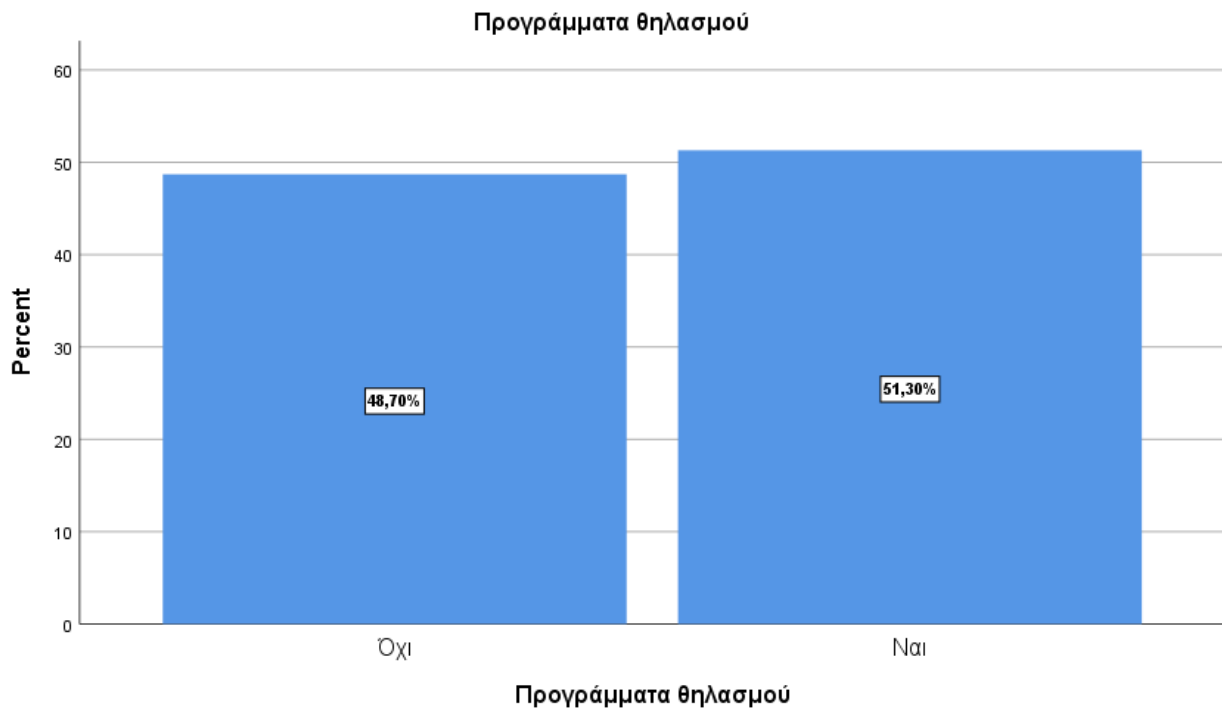
Ως προς την επιστροφή σε εργασία, το 27,3% δήλωσε πως δεν εργάζεται (όσες δήλωσαν πως είναι άνεργες ή ασχολούνται με οικιακά), το 16,2% δήλωσε πως θα επιστρέψει σε 4-6 μήνες, το 14,3% δήλωσε πως θα επιστρέψει σε 7-9 μήνες, σε ποσοστά 11,7% θα επιστρέψουν σε 10-12 μήνες ή σε πάνω από 12 μήνες, σε ποσοστό 11% σε λιγότερο από 3 μήνες και σε ποσοστό 7,8% σε 3 μήνες. Ως προς τη μέση τιμή, ανέρχεται σε 3,99, το οποίο δεδομένου ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή είναι ποιοτική-διατακτική, σημαίνει ότι τα βρέφη παρέμειναν κατά μέσο όρο 11-15 μέρες στη ΜΕΝΝ. Η τυπική απόκλιση είναι 2,395, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι ο κύριος όγκος δεδομένων βρίσκεται μεταξύ των μηδενικών ημερών και των 26-30 ημερών.

Γράφημα 12: Επιστροφή στην εργασία μετά τον τοκετό



Σε ποσοστό 51,3%, οι συμμετέχουσες είχαν παρακολουθήσει προγράμματα θηλασμού κατά τη διάρκεια της κύησης.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»



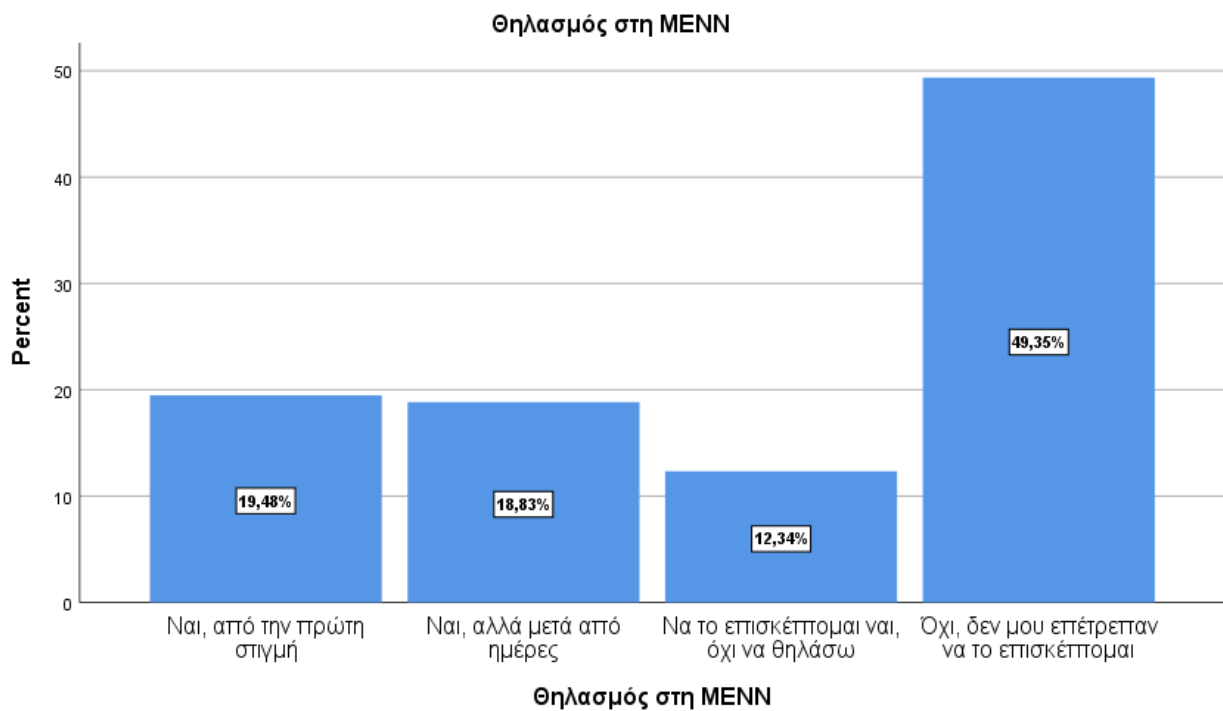
Σε ποσοστό 33,8%, οι συμμετέχουσες δήλωσαν πως στο μαιευτήριο τους συνέστησαν να δώσουν γάλα φόρμουλα, σε ποσοστά 21,4% δήλωσαν πως επέλεξαν να δώσουν εξαρχής γάλα φόρμουλα, ή να κάνουν μικτή διατροφή, ή να βγάξουν γάλα με το θήλαστρο, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό 1,9% θήλασε αποκλειστικά.

Γράφημα 13: Θηλασμός στο μαιευτήριο



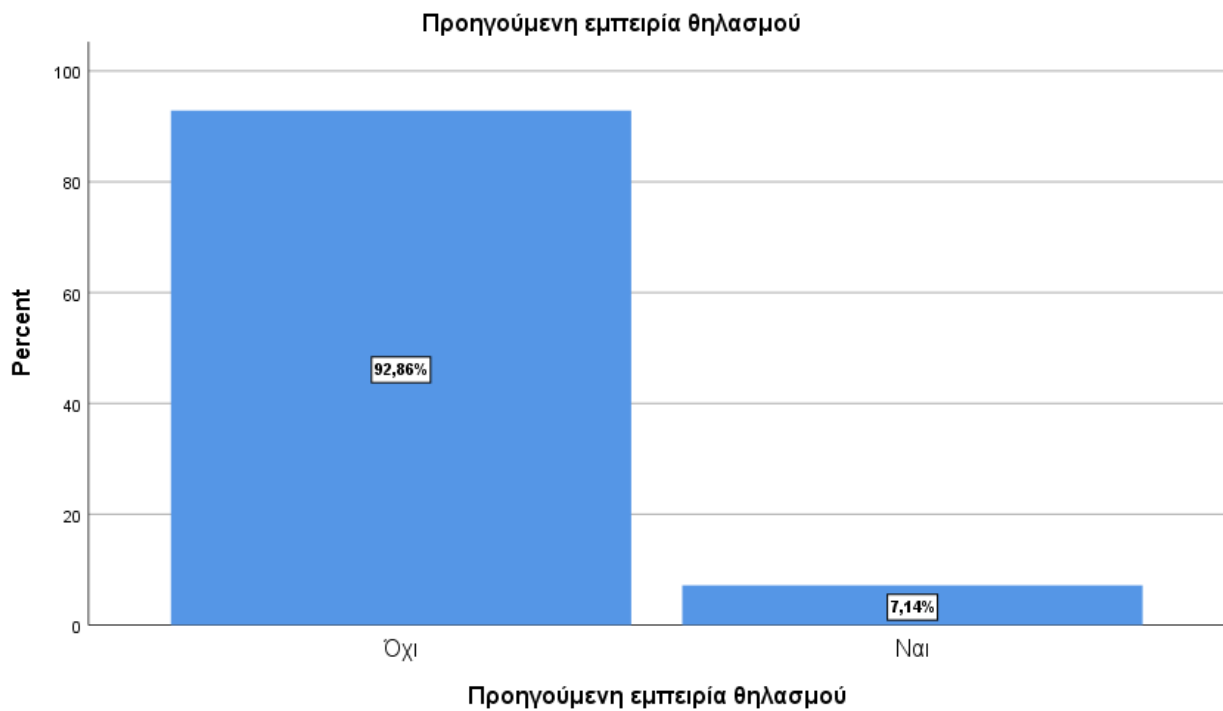
Ως προς τον θηλασμό στη ΜΕΝΝ, το 49,4% δήλωσε πως δεν τους επέτρεπαν να επισκέπτονται το βρέφος, το 19,5% δήλωσαν πως θήλασαν το βρέφος στη ΜΕΝΝ από την πρώτη στιγμή, το 18,8% πως τους επέτρεψαν τον θηλασμό μετά από μέρες και το εναπομείναν 12,3% ότι τους επέτρεπαν να το επισκέπτονται, αλλά όχι να το θηλάσουν.

Γράφημα 14: Θηλασμός στη MENN



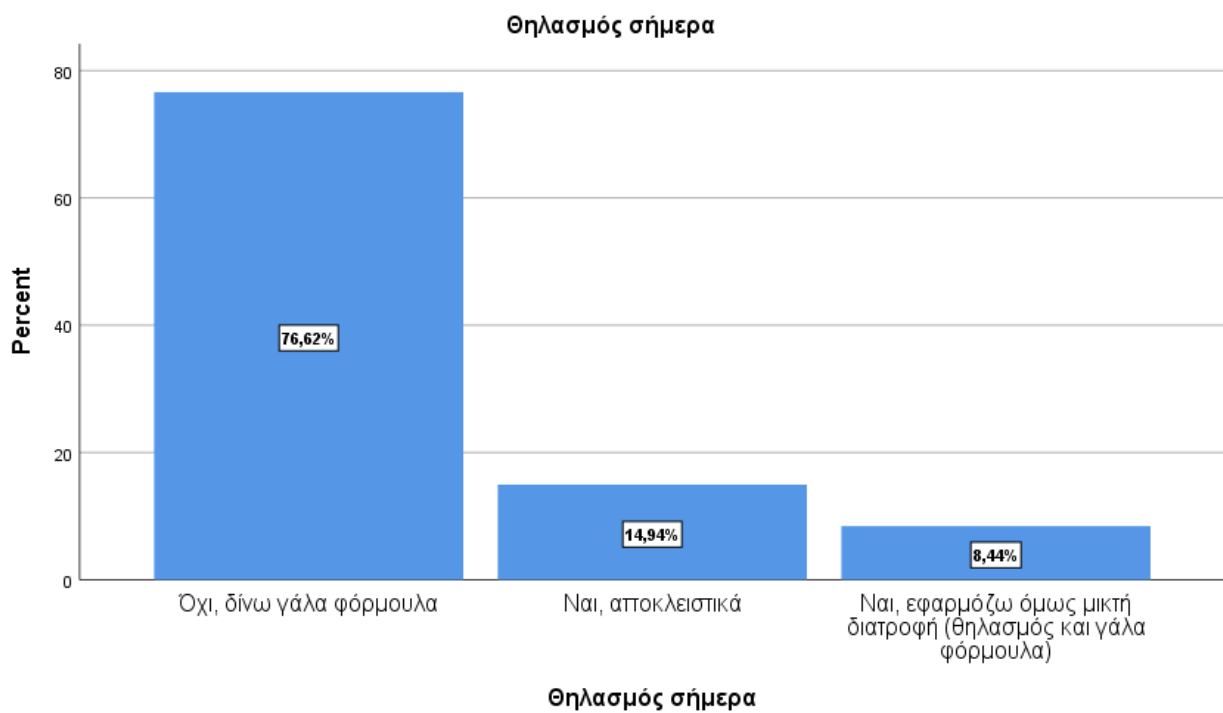
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, 92,9%, δεν είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.

Γράφημα 15: Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού



Μεγάλο ποσοστό, 76,6% δήλωσαν πως δίνουν γάλα φόρμουλα, σε ποσοστό 14,9% θηλάζουν αποκλειστικά και σε ποσοστό 8,4% εφαρμόζουν μικτή διατροφή.

Γράφημα 16: Θηλασμός σήμερα



4.2 Αξιοπιστία κλιμάκων.

Ως προς την κλίμακα των γνώσεων, η αξιοπιστία των 15 στοιχείων ανέρχεται σε 0,877, που είναι πολύ καλή. Παρατηρείται πως οι ερωτήσεις που θα μπορούσαν να αφαιρεθούν και να συνεισφέρουν θετικά στην αξιοπιστία της κλίμακας είναι οι: «Συστήνεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του παιδιού» και «Ο μητρικός θηλασμός είναι οικονομικότερος από τη σίτιση με ξένο γάλα.», καθώς αφενός η διορθωμένη ανά στοιχείο συνολική συσχέτιση είναι αρνητική και αφετέρου επειδή όταν αφαιρεθούν υπάρχει μικρή βελτίωση στον Cronbach α. Ωστόσο, επειδή η βελτίωση είναι πάρα πολύ μικρή και στις δύο περιπτώσεις, δεν χρειάστηκε η αφαίρεση κάποιας από τις ερωτήσεις.

Πίνακας 1: Αξιοπιστία κλίμακας γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατροφής για το μωρό	38,38	81,244	,691	,861
Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει το μωρό από διάρροια, αλλεργία και ωτίτιδα	38,43	79,514	,755	,857
Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από τον καρκίνο του στήθους	38,28	81,091	,711	,860
Συστήνεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του παιδιού	36,69	97,497	-,045	,890
Ο μητρικός θηλασμός είναι οικονομικότερος από τη σίτιση με ξένο γάλα.	36,15	97,213	-,001	,884

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Τα μωρά που θηλάζουν παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα σπάνια	38,31	81,955	,666	,862
Τα νεογνά που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν την τάση να αναπτύσσουν τις κινητικές τους δεξιότητες γρηγορότερα	38,21	82,718	,667	,863
Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα είναι εξυπνότερα από αυτά που θηλάζουν.	38,36	80,913	,702	,860
Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στο στενότερο δεσμό μεταξύ της μητέρας και του παιδιού της.	38,31	82,177	,658	,863
Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει το παιδί σας από την παχυσαρκία	38,16	83,261	,653	,863
Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει τη μητέρα από οστεοπόρωση αργότερα στην ζωή της	38,16	83,021	,698	,862
Ο μητρικός θηλασμός βοηθά στη σύσπαση της μήτρας μετά τον τοκετό και τον έλεγχο της αιμορραγίας	38,40	79,169	,756	,857
Τα μωρά που θηλάζουν είναι πιο υγιή από αυτά που σιτίζονται με ξένο γάλα	38,32	81,711	,688	,861
Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο από το γάλα φόρμουλας.	36,79	96,754	,000	,888
Ο μητρικός θηλασμός είναι πιο βολικός από την σίτιση με ξένο γάλα	38,13	96,584	-,010	,892

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Ως προς την κλίμακα της αυτοαποτελεσματικότητας, ο δείκτης Cronbach α ανέρχεται σε 0,874, που υποδηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία. Και εδώ, υπάρχουν δύο στοιχεία που θα μπορούσαν να αφαιρεθούν και θα μπορούσαν να συνεισφέρουν ελαφρώς στην αξιοπιστία της κλίμακας και συγκεκριμένα το στοιχείο: «Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό θηλάζει σωστά σε όλη τη διάρκεια του θηλασμού» και «Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με τη διαδικασία του θηλασμού και να είμαι ικανοποιημένη.». Ωστόσο, επειδή και εδώ η συνεισφορά θα ήταν χαμηλή σε όρους αξιοπιστίας, δεν έγινε κάποια αφαίρεση.

Πίνακας 2: Αξιοπιστία κλίμακας αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά με τον θηλασμό

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Μπορώ πάντα να αξιολογήσω ότι το μωρό μου παίρνει αρκετό γάλα.	34,64	86,662	0,678	0,858
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω επιτυχημένα στο θηλασμό όπως και σε άλλες προκλήσεις	34,65	85,223	0,728	0,855
Μπορώ πάντα να θηλάσω το μωρό μου χωρίς να χρησιμοποιήσω ξένο γάλα.	34,66	84,853	0,744	0,855
Μπορώ πάντα να διασφαλίσω ότι το μωρό	33,38	100,003	0,010	0,894

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

θηλάζει σωστά σε όλη τη διάρκεια του θηλασμού.				
Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με τη διαδικασία του θηλασμού και να είμαι ικανοποιημένη.	32,54	102,159	-0,036	0,883
Μπορώ πάντα να καταφέρνω να θηλάσω ακόμη και όταν το μωρό μου κλαίει	34,51	86,840	0,639	0,860
Μπορώ πάντα να θέλω να συνεχίζω να θηλάζω.	34,60	85,117	0,700	0,857
Μπορώ πάντα να θηλάζω άνετα ενώ είναι παρόντα τα μέλη της οικογένειάς μου.	34,58	87,264	0,645	0,860
Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού	34,62	86,277	0,678	0,858
Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος.	34,57	85,318	0,703	0,857
Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο.	34,68	84,822	0,723	0,855
Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα.	34,66	84,972	0,702	0,856
Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό	34,55	86,053	0,708	0,857

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει.	33,60	98,515	0,041	0,897
--	-------	--------	-------	-------

4.3 Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών.

Ως προς την ενημέρωση, οι δημοφιλέστερες απαντήσεις η ενημέρωση από παιδίατρο (53,9%) και η ενημέρωση από γυναικολόγο (52,6%), η ενημέρωση από τη μητέρα και η ενημέρωση από συγγενείς (51,3%), καθώς τα έχουν επιλέξει πάνω από τις μισές γυναίκες του δείγματος. Ελάχιστες γυναίκες δεν έχουν ενημέρωση από κανέναν (1,3%). Παρατηρείται πως γενικά τα ποσοστά που έχει λάβει κάθε απάντηση είναι σημαντικά, καθώς η ενημέρωση από φίλες αντιστοιχεί στο 50%, η ενημέρωση από μαιευτήριο στο 48,7%, η ενημέρωση από μαία στο 46,1% και η ενημέρωση μέσω προσωπικής αναζήτησης στο 43,5%.

Πίνακας 3: Πηγές ενημέρωσης σχετικά με τον θηλασμό

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Πηγές ενημέρωσης ^a	Ενημέρωση από γυναικολόγο	81	12,0%	52,6%
	Ενημέρωση από μαία	71	10,5%	46,1%
	Ενημέρωση από κανέναν	2	0,3%	1,3%
	Ενημέρωση από μητέρα	79	11,7%	51,3%
	Ενημέρωση από παιδίατρο	83	12,3%	53,9%
	Ενημέρωση μέσω προσωπικής αναζήτησης	67	9,9%	43,5%
	Ενημέρωση από σύμβουλο θηλασμού	62	9,2%	40,3%
	Ενημέρωση από μαιευτήριο	75	11,1%	48,7%
	Ενημέρωση από φίλες	77	11,4%	50,0%
	Ενημέρωση από συγγενείς	79	11,7%	51,3%
Total		676	100,0%	439,0%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

Ως προς τους λόγους διακοπής, το 76,6% των γυναικών δήλωσε προβλήματα με το ότι δεν είχε αρκετό γάλα, την έλλειψη γνώσεων και την ασθένεια και νοσηλεία βρέφους. Σε ποσοστό 70,1% δήλωσαν τη μη επαρκή πρόσληψη βάρους, σε ποσοστό 65,6% ότι τους ήταν δυσάρεστη εμπειρία, σε ποσοστό 64,9% ότι επέστρεψαν στην εργασία τους, σε ποσοστό 50,6% ότι δεν είχαν κατάλληλη υποστήριξη στο μαιευτήριο, σε ποσοστό 50% ότι είχαν προσωπικά προβλήματα υγείας και χρήση φαρμάκων, ενώ λιγότερο δημοφιλείς απαντήσεις ήταν ότι δεν έχουν ακόμα διακόψει τον θηλασμό (23,4%) και η σύγχυση θηλών (16,9%).

Πίνακας 4: Λόγοι διακοπής θηλασμού

Responses

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

		N	Percent	Percent of Cases
Λόγοι διακοπής θηλασμού^a	Δεν έχω διακόψει τον θηλασμό	36	3,9%	23,4%
	Επέστρεψα στην εργασία μου	100	10,8%	64,9%
	Δεν είχα αρκετό γάλα	118	12,8%	76,6%
	Σύγχυση θηλών	26	2,8%	16,9%
	Έλλειψη γνώσεων	118	12,8%	76,6%
	Προσωπικά προβλήματα υγείας και χρήση φαρμάκων	77	8,3%	50,0%
	Προβλήματα με τις θηλές	44	4,8%	28,6%
	Ασθένεια και νοσηλεία βρέφους	118	12,8%	76,6%
	Μη επαρκής πρόσληψη βάρους	108	11,7%	70,1%
	Μου ήταν δυσάρεστη εμπειρία	101	10,9%	65,6%
	Δεν είχα κατάλληλη υποστήριξη στο μαιευτήριο	78	8,4%	50,6%
Total		924	100,0%	600,0%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

Αναφορικά με τους τρόπους που οι συμμετέχουσες θεωρούν κατάλληλους για να βοηθηθούν με τον θηλασμό, 57,1% δήλωσαν πως θα ήθελαν υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον, έπειτα υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον (55,2%), καλύτερη υποστήριξη από το μαιευτήριο (53,9%), από τον γυναικολόγο (53,2%), από τον παιδίατρο (51,9%), καλύτερη ενημέρωση προγεννητικά για τον θηλασμό (48,7%), επίσκεψη μαίας στο σπίτι (48,7%), δικτύωση μέσω σχετικών φόρουμ (48,7%), υποστήριξη από το φιλικό περιβάλλον (47,4%), καλύτερη κλινική υποστήριξη και συμβουλευτική από το προσωπικό της ΜΕΝΝ (μαίες/ νεογνολόγους) όπου νοσηλεύτηκε το βρέφος (44,9%) και τέλος δυνατότητα παραμονής της μητέρας στη ΜΕΝΝ για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (42,2%). Από τις γυναίκες που δήλωσαν πως δεν έχουν διακόψει τον θηλασμό, το 29,3% γέννησε σε διάστημα 5-6 μηνών, το 26,5% σε διάστημα 40 ημερών-2 μηνών και σε ποσοστό 25,7% σε διάστημα χαμηλότερο των 40 ημερών. Επομένως, το διάστημα στο οποίο έχουν γεννήσει δεν διαδραματίζει σημαντικό

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ρόλο στη μη διακοπή του θηλασμού, καθώς δεν προκύπτει κάποια ξεκάθαρη τάση, π.χ ότι θηλάζουν περισσότερο εκείνες που έχουν γεννήσει πιο πρόσφατα.

Πίνακας 5: Προτάσεις σχετικά με τους τρόπους υποστήριξης για τον θηλασμό

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
Τρόποι που θα βοηθούσαν στο θηλασμό^a	Καλύτερη υποστήριξη από τις μαίες στο Μαιευτήριο	83	9,8%	53,9%
	Καλύτερη ενημέρωση προγεννητικά σχετικά με τον θηλασμό	75	8,8%	48,7%
	Καλύτερη κλινική υποστήριξη και συμβουλευτική από το προσωπικό της ΜΕΝΝ (μαίες/νεογνολόγους) όπου νοσηλεύτηκε το βρέφος	69	8,1%	44,8%
	Δυνατότητα παραμονής της μητέρας στη ΜΕΝΝ για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα	65	7,6%	42,2%
	Επίσκεψη μαίας στο σπίτι μετά το εξιτήριο του βρέφους για συμβουλευτική και υποστήριξη για τον θηλασμό	75	8,8%	48,7%
	Υποστήριξη για τον θηλασμό από το οικογενειακό περιβάλλον	88	10,4%	57,1%
	Υποστήριξη για τον θηλασμό από τον γυναικολόγο	82	9,6%	53,2%
	Υποστήριξη για τον θηλασμό από τον παιδίατρο	80	9,4%	51,9%
	Υποστήριξη για τον θηλασμό από φιλικό περιβάλλον	73	8,6%	47,4%

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

	Υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον	85	10,0%	55,2%
	Δικτύωση μέσω σχετικών φόρουμ	75	8,8%	48,7%
Total		850	100,0%	551,9%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

Ως προς την ηλικία, η ελάχιστη παρατηρούμενη είναι 25 έτη και η μέγιστη 45 έτη. Η μέση τιμή ανέρχεται σε περίπου 36 έτη (35,54). Το ελάχιστο παρατηρούμενο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα είναι 270€ και το μέγιστο 2.950€. Κατά μέσο όρο, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ανέρχεται σε 1.668,15€. Στο ερωτηματολόγιο που αφορά τις γνώσεις σχετικά με τον μητρικό θηλασμό, η ελάχιστη παρατηρούμενη βαθμολογία είναι 30 και η μέγιστη 67. Η μέση τιμή ανέρχεται σε 40,65. Στην κλίμακα αυτοαποτελεσματικότητας, η ελάχιστη παρατηρούμενη τιμή ανέρχεται σε 25 και η μέγιστη σε 64. Η μέση τιμή ανέρχεται σε 36,94.

Πίνακας 6: Περιγραφικά στατιστικά μεταβλητών

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	154	25	45	35,54	6,010
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	154	270	2950	1668,15	641,267
Βαθμολογία γνώσεων	154	30	67	40,65	9,873
Βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας	154	25	64	36,94	10,103
Valid N (listwise)	154				

4.4 Παράγοντες που συσχετίζονται με τον θηλασμό των πρόωρων βρεφών.

4.4.1 Έλεγχοι χ^2

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η εκπαίδευση δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(12)=10,448$, $p=0,577$. Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το επάγγελμα δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(8)=5,923$, $p=0,656$. Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(4)=3,970$, $p=0,410$.

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως ο αριθμός τέκνων επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(4)=17,376$, $p=0,002$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως η πλειοψηφία των γυναικών που έχουν ένα παιδί δίνουν γάλα φόρμουλα (65,6%) και ακολουθούν όσες θηλάζουν αποκλειστικά (21,9%) και όσες εφαρμόζουν μικτή διατροφή (12,5%). Από τις γυναίκες που έχουν δύο παιδιά, η πολύ μεγάλη πλειοψηφία της τάξης του 94,3% δίνει γάλα φόρμουλα, ενώ σε πολύ μικρά ποσοστά 2,9% είτε θηλάζουν αποκλειστικά είτε εφαρμόζουν μικτή διατροφή. Από τις γυναίκες που έχουν τρία παιδιά, η μεγάλη πλειοψηφία της τάξης του 95,7% δίνει γάλα φόρμουλα, ενώ το εναπομείναν 4,3% θηλάζει αποκλειστικά. Επομένως, φαίνεται πως όσο περισσότερα παιδιά έχουν οι συμμετέχουσες, τείνουν να δίνουν περισσότερο γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 7: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και αριθμού τέκνων

Contingency Tables		Αριθμός τέκνων			
Θηλασμός σήμερα		1	2	3	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	63	33	22	118
	% within column	65.6 %	94.3 %	95.7 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	21	1	1	23
	% within column	21.9 %	2.9 %	4.3 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	12	1	0	13
	% within column	12.5 %	2.9 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	96	35	23	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η εθνικότητα δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(6)=2,224$, $p=0,898$. Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως οι επιπλοκές κύησης επηρεάζουν το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(16)=154,000$, $p<.001$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως από τις γυναίκες που δήλωσαν πως δεν είχαν καμία επιπλοκή κύησης, η πλειοψηφία, το 63,9% θηλάζει αποκλειστικά, ενώ το εναπομείναν 36,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Αντίθετα, όλες οι γυναίκες που δήλωσαν κάποια επιπλοκή κύησης, δίνουν γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 8: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και επιπλοκών κύησης

Agency Tables		Επιπλοκές κύησης									
Θηλασμός ήμερα		Καμία	Υπέρταση κύησης	Διαβήτης κύησης	Αιμορραγία	Προεκλαμψία	Προδρομικός πλακούντας	Υπερέμεση	Ανεπάρκεια τραχήλου	Θρομβοφιλία	
Πρόωρα ουλα	Observed	0	19	14	14	17	9	17	11	17	
	% within column	0.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	
Αποκλειστικά	Observed	23	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% within column	63.9 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	
Μικτή διατροφή (γάλα ουλα)	Observed	13	0	0	0	0	0	0	0	0	
	% within column	36.1 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	
Όλες	Observed	36	19	14	14	17	9	17	11	17	
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	1

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το είδος του τοκετού επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(4)=24,907$, $p<.001$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως από τις γυναίκες που δήλωσαν πως γέννησαν φυσιολογικά, οι μισές δίνουν γάλα φόρμουλα, ενώ το 33,3% θηλάζει αποκλειστικά και το εναπομείναν 16,7% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, η μεγάλη πλειοψηφία της τάξης του 71,4% δίνει γάλα φόρμουλα, ενώ το 17,9% θηλάζει αποκλειστικά και το εναπομείναν 10,7% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Όλες οι γυναίκες που γέννησαν με υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό, δίνουν γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 9: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και είδους τοκετού

Contingency Tables						
Θηλασμός σήμερα		Τοκετός			Total	
		Φυσιολογικός	Καισαρική τομή	Υποβοηθούμενος κολπικός τοκετός (χρήση αναρροφητικού εμβρυουλκού/ βεντούζας)		
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	12	60	46	118	
	% within column	50.0 %	71.4 %	100.0 %	76.6 %	
Ναι, αποκλειστικά	Observed	8	15	0	23	
	% within column	33.3 %	17.9 %	0.0 %	14.9 %	
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	4	9	0	13	
	% within column	16.7 %	10.7 %	0.0 %	8.4 %	
Total	Observed	24	84	46	154	
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το είδος της κύησης επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(4)=20,637$, $p<.001$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως από τις γυναίκες που δήλωσαν πως είχαν μονήρη κύηση, η πλειοψηφία της τάξης του 66,4% δίνει γάλα φόρμουλα, ενώ το 21,5% θηλάζει αποκλειστικά και το 12,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις γυναίκες που δήλωσαν πως είχαν δίδυμη και τρίδυμη κύηση, όλες δίνουν γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 10: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και είδους κύησης

Contingency Tables						
Θηλασμός σήμερα		Είδος κύησης				Total
		Μονήρης	Δίδυμη	Τρίδυμη		
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	71	25	22	118	
	% within column	66.4 %	100.0 %	100.0 %	76.6 %	
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	0	23	
	% within column	21.5 %	0.0 %	0.0 %	14.9 %	
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	0	13	
	% within column	12.1 %	0.0 %	0.0 %	8.4 %	
Total	Observed	107	25	22	154	
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το διάστημα εντός του οποίου γέννησαν (κάτω των 40 ημερών-6 μήνες) δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(6)=5,311$, $p=0,505$. Αυτό, έχει αναφερθεί και παραπάνω, αφού όλες θηλάζουν ακόμα και δεν έχουν

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

διακόψει δεν είναι εκείνες που απαραίτητα γέννησαν πρόσφατα. Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως οι μέρες που νοσηλεύτηκε το βρέφος στη MENN επηρεάζουν το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(14)=49,492$, $p<.001$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι το βρέφος δεν χρειάστηκε νοσηλεία, το 42,9% δίνει γάλα φόρμουλα, το 39,3% θηλάζει αποκλειστικά και το εναπομένειν 17,9% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις γυναίκες που δήλωσαν πως το βρέφος νοσηλεύτηκε λιγότερο από 7 μέρες, το 58,6% δίνει γάλα φόρμουλα, το 24,1% θηλάζει αποκλειστικά και το εναπομένειν 17,2% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι το βρέφος νοσηλεύτηκε 7-10 μέρες, το 61,9% δίνει γάλα φόρμουλα, το 23,8% θηλάζει αποκλειστικά και το εναπομένειν 14,3% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Όσες γυναίκες δήλωσαν πως το βρέφος νοσηλεύτηκε από 11 μέρες και πάνω, δίνουν όλες γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 11: Πίνακας συνάφειας θηλασμού και μέρες παραμονής βρέφους στη MENN

Contingency Tables											
		MENN									
Θηλασμός σήμερα		Καμία- δε χρειάσ τηκε νοσηλ εία στη MENN	<7 μέρες	7-10 μέρες	11-15 μέρες	16-20 μέρες	21-25 μέρες	26-30 μέρες	> 30 μέρες	Total	
Όχι, δίνω γάλα φόρμου λα	Obs erve d	12	17	13	14	13	14	20	15	118	
	% withi n colu mn	42.9 %	58.6 %	61.9 %	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	100. 0%	76.6 %	
Ναι, αποκλ ειστικά	Obs erve d	11	7	5	0	0	0	0	0	23	
	% withi n colu mn	39.3 %	24.1 %	23.8 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	0.0 %	14.9 %	
Ναι, εφαρμ όζω	Obs erve d	5	5	3	0	0	0	0	0	13	

Πίνακας 12: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θηλασμού στο μαιευτήριο

Contingency Tables		Θηλασμός στο μαιευτήριο					Total
Θηλασμός σήμερα		Ναι, αποκλειστικά	Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα	Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα	Ναι, αλλά έκανα μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Δε θήλασα, αλλά του έδινα γάλα που έβγαζα με θήλαστρο	
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	0	26	41	28	23	118
	% within column	0.0 %	78.8 %	78.8 %	84.8 %	69.7 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	3	6	8	3	3	23
	% within column	100.0 %	18.2 %	15.4 %	9.1 %	9.1 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	0	1	3	2	7	13
	% within column	0.0 %	3.0 %	5.8 %	6.1 %	21.2 %	8.4 %
Total	Observed	3	33	52	33	33	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το αν θήλασε η μητέρα στη MENN, επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(6)=48,146$, $p<0.001$. Εξετάζοντας τον πίνακα συνάφειας, προκύπτει πως από τις γυναίκες που δήλωσαν ότι θήλασαν από την πρώτη στιγμή, το 46,7% δίνει γάλα φόρμουλα, το 33,3% θηλάζει αποκλειστικά, ενώ το 20% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις συμμετέχουσες που θήλασαν στη MENN μετά από μέρες, το 63,2% δίνει γάλα φόρμουλα, το 31% θηλάζει αποκλειστικά, ενώ το 13,8% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

συμμετέχουσες που επισκέπτονταν το βρέφος αλλά δεν το θηλάζαν, το 63,2% δίνει γάλα φόρμουλα, το 21,1% θηλάζει αποκλειστικά και το 15,8% εφαρμόζει μικτή διατροφή. Από τις συμμετέχουσες που δεν τους επέτρεπαν να επισκέπτονται το βρέφος στη ΜΕΝΝ, δίνουν όλες γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 13: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θηλασμού στη ΜΕΝΝ

Contingency Tables						
		Θηλασμός στη ΜΕΝΝ				
Θηλασμός σήμερα		Ναι, από την πρώτη στιγμή	Ναι, αλλά μετά από ημέρες	Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω	Όχι, δεν μου επέτρεπαν να το επισκέπτομαι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	14	16	12	76	118
	% within column	46.7 %	55.2 %	63.2 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	10	9	4	0	23
	% within column	33.3 %	31.0 %	21.1 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	6	4	3	0	13
	% within column	20.0 %	13.8 %	15.8 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	30	29	19	76	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Όπως προκύπτει από τους ελέγχους χ^2 σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης, καμία από τις πηγές ενημέρωσης δεν φαίνεται να επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ή όχι σήμερα, καθώς όλα τα p-valueτων ελέγχων είναι υψηλότερα του επιπέδου σημαντικότητας 5%. Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού δεν επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=0,113$, $p=0,945$. Αυτό ενδεχομένως να εξηγείται γιατί ίσως στο δείγμα καμία γυναίκα δεν είχε προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η επιστροφή στην εργασία επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=87,006$, $p<.001$. Από όσες δήλωσαν πως λόγος διακοπής του θηλασμού ήταν πως επέστρεψαν στην εργασία τους, όλες δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 33,3% δίνει γάλα φόρμουλα, το 42,6% θηλάζει αποκλειστικά και το 24,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 14: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και επιστροφής στην εργασία ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables					
Θηλασμός σήμερα		διακοπη2			Total
		Όχι	Ναι		
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	18	100	118	
	% within column	33.3 %	100.0 %	76.6 %	
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23	
	% within column	42.6 %	0.0 %	14.9 %	
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13	
	% within column	24.1 %	0.0 %	8.4 %	
Total	Observed	54	100	154	
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως το αν οι συμμετέχουσες είχαν αρκετό γάλα επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=154,000$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 63,9% θηλάζει αποκλειστικά και το 36,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 15: : Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και αίσθησης ότι δεν είχε αρκετό γάλα ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπη3		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	0	118	118
	% within column	0.0 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	63.9 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	36.1 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	36	118	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως αν ο λόγος διακοπής ήταν η σύγχυση θηλών επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=9,543$, $p=0.008$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 71,9% δίνει γάλα φόρμουλα, το 18% θηλάζει αποκλειστικά και το 10,2% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 16: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και σύγχυσης θηλών ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπη4		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	92	26	118

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

	% within column	71.9 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	18.0 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	10.2 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	128	26	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η έλλειψη γνώσεων επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=154,000$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 63,9% θηλάζει αποκλειστικά και το 36,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 17: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και έλλειψης γνώσεων ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπή5		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	0	118	118
	% within column	0.0 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	63.9 %	0.0 %	14.9 %

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	36.1 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	36	118	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως τα προσωπικά προβλήματα υγείας και η χρήση φαρμάκων επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=46,983$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 53,2% δίνει γάλα φόρμουλα, το 29,9% θηλάζει αποκλειστικά και το 16,9% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 18: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και προβλημάτων υγείας/χρήση φαρμάκων ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπή		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	41	77	118
	% within column	53.2 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	29.9 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	16.9 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	77	77	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως τα προβλήματα με τις θηλές επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=18,793$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 67,3% δίνει γάλα φόρμουλα, το 20,9% θηλάζει αποκλειστικά και το 11,8% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 19: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και προβλημάτων με θηλές ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables					
Θηλασμός σήμερα		διακοπή7			Total
		Όχι	Ναι		
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	74	44	118	
	% within column	67.3 %	100.0 %	76.6 %	
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23	
	% within column	20.9 %	0.0 %	14.9 %	
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13	
	% within column	11.8 %	0.0 %	8.4 %	
Total	Observed	110	44	154	
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %	

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η ασθένεια και η νοσηλεία του βρέφους επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=154,000$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 63,9% θηλάζει αποκλειστικά και το 36,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 20: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και ασθένεια ή νοσηλεία βρέφους ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπη8		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	0	118	118
	% within column	0.0 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	63.9 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	36.1 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	36	118	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως η μη επαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=110,308$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 21,7% δίνει γάλα φόρμουλα, το 50% θηλάζει αποκλειστικά και το 28,3% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 21: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και μη επαρκής πρόσληψη βάρους βρέφους ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Θηλασμός σήμερα		διακοπη9		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	10	108	118
	% within column	21.7 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	50.0 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	28.3 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	46	108	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως αν ο θηλασμός ήταν δυσάρεστη εμπειρία επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=89,534$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 32,1% δίνει γάλα φόρμουλα, το 43,4% θηλάζει αποκλειστικά και το 24,5% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 22: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και θεώρηση του θηλασμού ως δυσάρεστης εμπειρίας ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπη10		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	17	101	118
	% within column	32.1 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	43.4 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	24.5 %	0.0 %	8.4 %

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Total	Observed	53	101	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τον έλεγχο χ^2 , προκύπτει πως αν δεν υπήρχε κατάλληλη υποστήριξη στο μαιευτήριο επηρεάζει το αν οι συμμετέχουσες θηλάζουν ακόμη, $\chi^2(2)=48,219$, $p<.001$. Όλες όσες απάντησαν θετικά στην ερώτηση, δίνουν γάλα φόρμουλα. Από όσες απάντησαν αρνητικά, το 52,6% δίνει γάλα φόρμουλα, το 30,3% θηλάζει αποκλειστικά και το 17,1% εφαρμόζει μικτή διατροφή.

Πίνακας 23: Πίνακας συνάφειας θηλασμού σήμερα και μη κατάλληλης υποστήριξης στο μαιευτήριο ως λόγου διακοπής θηλασμού

Contingency Tables				
Θηλασμός σήμερα		διακοπη11		
		Όχι	Ναι	Total
Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα	Observed	40	78	118
	% within column	52.6 %	100.0 %	76.6 %
Ναι, αποκλειστικά	Observed	23	0	23
	% within column	30.3 %	0.0 %	14.9 %
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)	Observed	13	0	13
	% within column	17.1 %	0.0 %	8.4 %
Total	Observed	76	78	154
	% within column	100.0 %	100.0 %	100.0 %

Από τους ελέγχους χ^2 , που αφορούν τις πηγές υποστήριξης που θα ήθελαν οι συμμετέχουσες για να τους βοηθήσουν στον θηλασμό, δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική σχέση, καθώς τα p-valueτων ελέγχων είναι άνω του επιπέδου σημαντικότητας 5%.

4.4.2 Συσχετίσεις

Ως προς τις συσχετίσεις, φαίνεται πως ο αποκλειστικός θηλασμός συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ηλικία και μάλιστα αρνητικά, $r_{ho}(152)=-.162$, $p<.001$. Άρα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο λιγότερο πιθανό να θηλάζει αποκλειστικά η συμμετέχουσα. Επιπλέον, αρνητική συσχέτιση προκύπτει και με βάση τον αριθμό των τέκνων, $r_{ho}(152)=-.241$, $p=0.003$. Δηλαδή, όσο περισσότερα παιδιά έχει μία συμμετέχουσα, τόσο λιγότερο πιθανό να θηλάζει αποκλειστικά. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εβδομάδα κύησης στην

οποία γέννησε η συμμετέχουσα, $r_{ho}(152)=0,568$, $p<.001$. Άρα, όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης, τόσο πιο πιθανό να θηλάζει αποκλειστικά η συμμετέχουσα. Το διάστημα παραμονής στη ΜΕΝΝ, συσχετίζεται αρνητικά και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τον αποκλειστικό θηλασμό, $r_{ho}(152)=-.407$, $p<.001$. Επομένως, όσο περισσότερο παρέμεινε το βρέφος στη ΜΕΝΝ, τόσο λιγότερο πιθανό να θηλάζει σήμερα αποκλειστικά η συμμετέχουσα. Η αυτοαποτελεσματικότητα συσχετίζεται θετικά και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τον αποκλειστικό θηλασμό, $r_{ho}(152)=0,354$, $p<.001$. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερος ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με τον θηλασμό, τόσο πιο πιθανό η μητέρα να θηλάζει αποκλειστικά. Το ίδιο ισχύει και για τις γνώσεις σε σχέση με τον θηλασμό, $r_{ho}(152)=0,304$, $p<.001$.

Αντίστοιχα, φαίνεται πως η εφαρμογή μεικτής διατροφής συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ηλικία και μάλιστα αρνητικά, $r_{ho}(152)=-.233$, $p=-0.004$. Άρα, όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο λιγότερο πιθανό να εφαρμόζει μεικτή διατροφή η συμμετέχουσα. Επιπλέον, αρνητική συσχέτιση προκύπτει και με βάση τον αριθμό των τέκνων, $r_{ho}(152)=-.190$, $p=0.018$. Δηλαδή, όσο περισσότερα παιδιά έχει μία συμμετέχουσα, τόσο λιγότερο πιθανό να εφαρμόζει μεικτή διατροφή. Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εβδομάδα κύησης στην οποία γέννησε η συμμετέχουσα, $r_{ho}(152)=0,412$, $p<.001$. Άρα, όσο μεγαλύτερη η εβδομάδα κύησης, τόσο πιο πιθανό να εφαρμόζει μεικτή διατροφή η συμμετέχουσα. Το διάστημα παραμονής στη ΜΕΝΝ, συσχετίζεται αρνητικά και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη μεικτή διατροφή $r_{ho}(152)=-.274$, $p=.001$. Επομένως, όσο περισσότερο παρέμεινε το βρέφος στη ΜΕΝΝ, τόσο λιγότερο πιθανό να εφαρμόζει μεικτή διατροφή η συμμετέχουσα. Η αυτοαποτελεσματικότητα συσχετίζεται θετικά και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τη μεικτή

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

διατροφή, $\rho(152)=0,312$, $p<.001$. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερος ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας σε σχέση με τον θηλασμό, τόσο πιο πιθανό η μητέρα να εφαρμόζει μεικτή διατροφή. Το ίδιο ισχύει και για τις γνώσεις σε σχέση με τον θηλασμό, $\rho(152)=0,290$, $p<.001$. Παρατηρείται ότι ποιοτικά, τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά των γυναικών που δήλωσαν ότι θηλάζουν αποκλειστικά το πρόωρο βρέφος τους.

Τέλος, για τις γυναίκες που σήμερα δίνουν γάλα φόρμουλα στο πρόωρο βρέφος τους, προκύπτει θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία, $\rho(152)=0,290$, $p<.001$. Επομένως, μεγαλύτερη ηλικία δίνει μεγαλύτερη πιθανότητα σίτισης με γάλα φόρμουλα. Αντίστοιχα θετική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπάρχει με τον αριθμό των τέκνων, $\rho(152)=0,328$, $p<.001$. Συνεπώς, όσο περισσότερα παιδιά έχει μία συμμετέχουσα, τόσο πιθανότερο να δίνει γάλα φόρμουλα. Ύστερα, αρνητική και στατιστικά σημαντική συσχέτιση προκύπτει με την εβδομάδα κύησης, $\rho(152)=-0,749$, $p<.001$. Όσο πιο πρόωρο το βρέφος, τόσο πιο πιθανό να δίνει γάλα φόρμουλα η μητέρα. Το διάστημα παραμονής στη ΜΕΝΝ επηρεάζει ομοίως τη σίτιση με γάλα φόρμουλα, $\rho(152)=0,522$, $p<.001$. Όσο περισσότερο έμεινε το βρέφος στη ΜΕΝΝ, τόσο πιο πιθανό να δίνει η μητέρα γάλα φόρμουλα. Όσο χαμηλότερος ο βαθμός αυτοαποτελεσματικότητας της μητέρας, τόσο πιθανότερο να δίνει γάλα φόρμουλα, $\rho(152)=-0,503$, $p<.001$. Το ίδιο ισχύει και για τις γνώσεις σχετικά με τον θηλασμό, $\rho(152)=-0,447$, $p<.001$.

Πίνακας 24: Συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho

		Αποκλειστικά		Γάλα φόρμουλα		Μεικτή διατροφή	
Ηλικία	Spearman's rho	0.290	***	-0.162	*	-0.233	**
	df	152		152		152	
	p-value	< .001		0.045		0.004	
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	Spearman's rho	-0.019		0.040		-0.022	
	df	152		152		152	
	p-value	0.818		0.626		0.783	
Εβδομάδα κύησης	Spearman's rho	-0.749	***	0.568	***	0.412	***
	df	152		152		152	
	p-value	< .001		< .001		< .001	
Βαθμολογία γνώσεων	Spearman's rho	-0.447	***	0.304	***	0.290	***

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

	df	152		152		152	
	p-value	< .001		< .001		< .001	
Βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητα	Spearman's rho	-0.503	***	0.354	***	0.312	***
	df	152		152		152	
	p-value	< .001		< .001		< .001	
Γέννηση	Spearman's rho	-0.001		-0.042		0.054	
	df	152		152		152	
	p-value	0.995		0.609		0.506	
MENN	Spearman's rho	0.522	***	-0.407	***	-0.274	***
	df	152		152		152	
	p-value	< .001		< .001		< .001	

4.4.3 Πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση

Από την πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση, προκύπτει πως το μοντέλο είναι συνολικά στατιστικά σημαντικό, $\chi^2(44)=147,342$, $p<.001$. Ως προς τις μεταβλητές που έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στον αποκλειστικό θηλασμό, αυτές είναι η αυτοαποτελεσματικότητα, $B=0,583$, $p=0.012$, το αν η συμμετέχουσα είναι δημόσια υπάλληλος, $B=-5,649$, $p=0,026$ και το αν η γυναίκα έχει παρακολουθήσει προγράμματα θηλασμού κατά τη διάρκεια της κύησης, $B=8,206$, $p=0,036$. Καθώς η ομάδα αναφοράς είναι το αν η γυναίκα δίνει γάλα φόρμουλα, φαίνεται πως οι γυναίκες που έχουν υψηλότερου βαθμού αυτοαποτελεσματικότητα, είναι πιο πιθανό να θηλάσουν αποκλειστικά σε σχέση με όσες δίνουν γάλα φόρμουλα. Αν η συμμετέχουσα είναι δημόσια υπάλληλος, είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσει αποκλειστικά σε σχέση με το να δώσει γάλα φόρμουλα. Τέλος, αν η γυναίκα έχει παρακολουθήσει προγράμματα θηλασμού, είναι πιο πιθανό να θηλάζει αποκλειστικά σε σχέση με το να δίνει γάλα φόρμουλα.

Ως προς τις μεταβλητές που έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην εφαρμογή της μεικτής διατροφής, αυτές είναι η ηλικία, $B=-0,526$, $p=0,005$, το διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη γέννηση του βρέφους και συγκεκριμένα αν έχει γεννηθεί πριν από 3-4 μήνες, $B=8,378$, $p=0,011$ και το αν έχει γεννηθεί πριν από 5-6 μήνες, $B=-4,872$, $p=0,011$. Τέλος και εδώ η παρακολούθηση των προγραμμάτων θηλασμού διαδραματίζει και εδώ σημαντικό ρόλο,

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

B=17,286, p=0,049. Συνεπώς, όσο μεγαλύτερη η ηλικία, τόσο λιγότερο πιθανό είναι η γυναίκα να εφαρμόζει μεικτή διατροφή σε σχέση με το να δίνει γάλα φόρμουλα. Αν το βρέφος έχει γεννηθεί πριν από 3-4 μήνες είναι πιο πιθανό να εφαρμόζεται μεικτή διατροφή σε σχέση με το να δίνεται γάλα φόρμουλα, ενώ αν το βρέφος έχει γεννηθεί πριν από 5-6 μήνες, είναι λιγότερο πιθανό να εφαρμόζεται μεικτή διατροφή σε σχέση με το να δίνεται γάλα φόρμουλα. Η παρακολούθηση των προγραμμάτων θηλασμού κάνει πιο πιθανή την εφαρμογή μεικτής διατροφής σε σχέση με τη σίτιση με γάλα φόρμουλα.

Πίνακας 25: Αποτελέσματα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης

Θηλασμός σήμερα ^a		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
Ναι, αποκλειστικά	Intercept	-12,818	12,189	1,106	1	0,293			
	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	-0,001	0,001	0,154	1	0,695	0,999	0,997	1,002
	Βαθμολογία γνώσεων	0,093	0,164	0,323	1	0,57	1,098	0,795	1,515
	Βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας	0,583	0,232	6,284	1	0,012	1,791	1,136	2,824
	Ηλικία	-0,132	0,111	1,414	1	0,234	0,877	0,705	1,089
	Πηγές ενημέρωσης	0,188	0,391	0,231	1	0,631	1,207	0,56	2,6
	[Επάγγελμα=Ιδιωτική υπάλληλος=,00]	0,05	2,896	0	1	0,986	1,051	0,004	306,661
	[Επάγγελμα=Ιδιωτική υπάλληλος=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

[Επάγγελμα=Δημόσια υπάλληλος=,00]	-5,649	2,534	4,971	1	0,026	0,004	2,45E-05	0,505
[Επάγγελμα=Δημόσια υπάλληλος=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Επάγγελμα=Ελεύθερη επαγγελματίας=,00]	-4,087	3,135	1,699	1	0,192	0,017	3,60E-05	7,835
[Επάγγελμα=Ελεύθερη επαγγελματίας=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Τοκετός=Καισαρική τομή=,00]	-0,968	1,294	0,56	1	0,454	0,38	0,03	4,794
[Τοκετός=Καισαρική τομή=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Γέννηση=40 ημέρες-2 μήνες=,00]	-1,554	1,924	0,652	1	0,419	0,211	0,005	9,175
[Γέννηση=40 ημέρες-2 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Γέννηση=3-4 μήνες=,00]	2,239	1,912	1,372	1	0,242	9,383	0,221	397,755
[Γέννηση=3-4 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Γέννηση=5-6 μήνες=,00]	-2,596	1,521	2,911	1	0,088	0,075	0,004	1,471
[Γέννηση=5-6 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

[Θηλασμός στο μειευτήριο=Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα=,00]	-1,329	1,465	0,823	1	0,364	0,265	0,015	4,674
[Θηλασμός στο μειευτήριο=Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Θηλασμός στο μειευτήριο=Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα=,00]	-0,046	1,293	0,001	1	0,972	0,955	0,076	12,048
[Θηλασμός στο μειευτήριο=Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Ναι, αλλά μετά από ημέρες=,00]	-2,81	1,532	3,366	1	0,067	0,06	0,003	1,212
[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Ναι, αλλά μετά από ημέρες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

	[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω=,00]	-3,362	2,338	2,068	1	0,15	0,035	0	3,388
	[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Επιστροφή σε εργασία=1]	-0,678	1,761	0,148	1	0,7	0,508	0,016	16,025
	[Επιστροφή σε εργασία=2]	-5,153	3,406	2,289	1	0,13	0,006	7,29E-06	4,586
	[Επιστροφή σε εργασία=3]	-2,459	2,425	1,028	1	0,311	0,086	0,001	9,922
	[Επιστροφή σε εργασία=4]	-0,769	1,986	0,15	1	0,699	0,464	0,009	22,748
	[Επιστροφή σε εργασία=5]	-4,452	2,482	3,218	1	0,073	0,012	8,99E-05	1,511
	[Επιστροφή σε εργασία=6]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Επιστροφή σε εργασία=7]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Προγράμματα θηλασμού=0]	8,206	3,907	4,412	1	0,036	3662,16	1,731	7748913,3
	[Προγράμματα θηλασμού=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός)	Intercept	-45,071	23,102	3,806	1	0,051			
	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	-0,001	0,002	0,342	1	0,559	0,999	0,994	1,003

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

και γάλα φόρμουλα)	Βαθμολογία γνώσεων	0,577	0,378	2,338	1	0,126	1,781	0,85	3,734
	Βαθμολογία αυτοαποτελεσματικότητας	0,482	0,273	3,128	1	0,077	1,62	0,949	2,765
	Ηλικία	-0,526	0,187	7,901	1	0,005	0,591	0,409	0,853
	Πηγές ενημέρωσης	-0,085	0,548	0,024	1	0,877	0,918	0,314	2,689
	[Επάγγελμα=Ιδιωτική υπάλληλος=,00]	3,568	3,695	0,933	1	0,334	35,448	0,025	49471,828
	[Επάγγελμα=Ιδιωτική υπάλληλος=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Επάγγελμα=Δημόσια υπάλληλος=,00]	-1,014	3,217	0,099	1	0,753	0,363	0,001	198,601
	[Επάγγελμα=Δημόσια υπάλληλος=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Επάγγελμα=Ελεύθερη επαγγελματίας=,00]	1,416	3,956	0,128	1	0,72	4,119	0,002	9588,287
	[Επάγγελμα=Ελεύθερη επαγγελματίας=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Τοκετός=Καισαρική τομή=,00]	-1,726	1,799	0,921	1	0,337	0,178	0,005	6,051
	[Τοκετός=Καισαρική τομή=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Γέννηση=40 ημέρες-2 μήνες=,00]	1,748	2,437	0,514	1	0,473	5,742	0,048	681,334
	[Γέννηση=40 ημέρες-2 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

[Γέννηση=3-4 μήνες=,00]	8,378	3,289	6,491	1	0,011	4350,292	6,908	2739758,9
[Γέννηση=3-4 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Γέννηση=5-6 μήνες=,00]	-4,872	1,926	6,398	1	0,011	0,008	0	0,334
[Γέννηση=5-6 μήνες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Θηλασμός στο μαιευτήριο=Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα=,00]	5,521	3,18	3,015	1	0,083	249,96	0,491	127268,7
[Θηλασμός στο μαιευτήριο=Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Θηλασμός στο μαιευτήριο=Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα=,00]	0,32	2,016	0,025	1	0,874	1,377	0,026	71,637
[Θηλασμός στο μαιευτήριο=Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Ναι, αλλά μετά από ημέρες=,00]	-0,836	1,783	0,22	1	0,639	0,433	0,013	14,274
[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Ναι, αλλά μετά από ημέρες=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω=,00]	-6,46	3,762	2,948	1	0,086	0,002	9,82E-07	2,494
[Θηλασμός στη ΜΕΝΝ=Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω=1,00]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Επιστροφή σε εργασία=1]	-0,005	3,069	0	1	0,999	0,995	0,002	407,457
[Επιστροφή σε εργασία=2]	-7,242	12,006	0,364	1	0,546	0,001	4,32E-14	11873546
[Επιστροφή σε εργασία=3]	-2,748	3,293	0,697	1	0,404	0,064	0	40,651
[Επιστροφή σε εργασία=4]	0,296	2,728	0,012	1	0,914	1,344	0,006	282,207
[Επιστροφή σε εργασία=5]	1,075	3,409	0,1	1	0,752	2,931	0,004	2336,413
[Επιστροφή σε εργασία=6]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Επιστροφή σε εργασία=7]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

[Προγράμματα θηλασμού=0]	17,286	8,762	3,892	1	0,049	32166862	1,119	9,245E+14
[Προγράμματα θηλασμού=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Πλεονεκτήματα της έρευνας.

Το δείγμα των 154 γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα χαρακτηρίζεται από ορισμένα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, που το διαφοροποιούν σε σχέση με άλλα δείγματα. Ειδικότερα, οι περισσότερες έχουν πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν όσες έχουν απολυτήριο Λυκείου. Περαιτέρω, εμφανίζεται μια σχετική ισορροπία στο κομμάτι της επαγγελματικής απασχόλησης μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών υπαλλήλων αλλά και εκείνων που είναι άνεργες. Επίσης, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είναι έγγαμες ή σε σύμφωνο συμβίωσης, ενώ σε ποσοστό άνω του 60% έχουν μόνο ένα παιδί. Στην έρευνα συμμετείχαν με ποσοστό άνω του 95% Ελληνίδες, ενώ πολύ μικρά ποσοστά αντιστοιχούν σε γυναίκες με καταγωγή από Αλβανία, Ρωσία αλλά και Κύπρο. Αξίζει να αναφερθεί ότι περίπου το 23% εξ αυτών δεν αντιμετώπισαν επιπλοκές κατά την κύησή τους, ενώ τα βασικότερα προβλήματα για εκείνες που αντιμετώπισαν ήταν η υπέρταση, η προεκλαμψία και η υπερέμεση. Οι περισσότερες συμμετέχουσες γέννησαν με καισαρική μεταξύ 34-36 εβδομάδων. Ως προς τη νοσηλεία του βρέφους στη ΜΕΝΝ το υψηλότερο ποσοστό νοσηλεύτηκε για διάστημα λιγότερο από μια εβδομάδα, ενώ ποσοστό της τάξεως του 18% δεν νοσηλεύτηκε. Αναφορικά με την επιστροφή στην εργασία το υψηλότερο ποσοστό των γυναικών ανέφερε ότι επέστρεψε σε διάστημα 4-6 μηνών. Οι περισσότερες γυναίκες (μέσος όρος ηλικίας τα 35,5 έτη) είχαν μονήρη κύηση, ενώ παραπάνω από τις μισές είχαν παρακολουθήσει προγράμματα θηλασμού κατά τη διάρκεια της κύησης. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε πως δεν είχε προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.

Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε κατέδειξαν έναν «πλουραλισμό» ως προς τις πηγές ενημέρωσης των εγκύων σχετικά με τον θηλασμό. Πιο συγκεκριμένα όλες οι πηγές που αναφέρθηκαν συγκεντρώνουν ποσοστό άνω του 40% με πρώτη την ενημέρωση από γυναικολόγο (53,9%). Ο «πλουραλισμός» στην ενημέρωση και ο κομβικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας (γυναικολόγοι, παιδίατροι) επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία όπως επίσης ο κρίσιμος ρόλος του ευρύτερου οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος (Sinusas και Gagliardi, 2001; Tan et al., 2008; Brockway et al., 2017; Ngo et al., 2019).

Η βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται και σε μεγάλο βαθμό στο ερώτημα περί διακοπής του θηλασμού καθώς αναφέρονται μια σειρά από αιτίες με σημαντικότερη την έλλειψη γάλακτος, την απουσία επαρκών γνώσεων αλλά και την αδυναμία του βρέφους να πάρει βάρος (Lau, 2006; Sahni & Polin, 2013; Underwood, 2013; Heidari et al., 2016; Wallenborn et al., 2017, Ηλιάδου, 2019).

Σε ό,τι αφορά τους τρόπους υποστήριξης για τον θηλασμό ξεχωρίζουν η στήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον και τις μαίες αλλά και η υποστήριξη από το συγγενικό περιβάλλον, ευρήματα που ευθυγραμμίζονται με τη βιβλιογραφία (Sinusas και Gagliardi, 2001; Alves et al, 2020; Handayani et al., 2020). Αντίθετα, δεν επιβεβαιώνεται η σημασία της δικτύωσης μέσω σχετικών φόρουμ αλλά και η δυνατότητα παραμονής της μητέρας στη MENN για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Τα ευρήματα από τους ελέγχους χ^2 και συγκεκριμένα για τους παράγοντες που συσχετίζονται με τον θηλασμό των πρόωρων βρεφών δεν ευθυγραμμίζονται πλήρως με τη βιβλιογραφία αναφορικά με την εκπαίδευση αλλά και το επάγγελμα. Αντίθετα, τα αποτελέσματα ευθυγραμμίζονται με τη βιβλιογραφία στο θέμα της σχέσης θηλασμού και άλλων τέκνων, υπό την έννοια ότι μια μητέρα που έχει ήδη τουλάχιστον άλλο ένα παιδί εμφανίζεται δεκτικότερη στον θηλασμό (Laanterä et al., 2010; Yalcin et al. 2015).

Ωσαύτως, οι όποιες επιπλοκές εμφανίζονται στην κύηση φαίνεται να επηρεάζουν τον θηλασμό και τη διάρκειά του, δεδομένο που ευθυγραμμίζεται με την υπάρχουσα βιβλιογραφία (Maastrup et al., 2014; Wang et al., 2018).

Για το θέμα του τρόπου τοκετού (καισαρική, υποβοηθούμενος κοιλιακός κλπ) η βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται εν μέρει υπό την έννοια ότι οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή φαίνεται να τρέφουν κυρίως το βρέφος με γάλα φόρμουλα, δηλαδή η γέννηση ενός τέκνου με καισαρική τομή φαίνεται να συνιστά ένα παράγοντα κινδύνου για την μετέπειτα σίτιση του μέσω θηλασμού (Yalcin et al. 2015; Ηλιάδου, 2019; Jiang et al., 2022).

Αντίστοιχα σχόλια μπορεί να γίνουν για το ζήτημα της μονήρους ή όχι κύησης καθώς οι γυναίκες με μονήρη κύηση συγκεντρώνουν μεγαλύτερες πιθανότητες να τρέφουν το βρέφος με μητρικό γάλα (και μάλιστα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα) συγκριτικά με γυναίκες που γεννούν δίδυμα ή τρίδυμα (Maastrup et al., 2014; Patel et al., 2015).

Για τη σύνδεση θηλασμού και νοσηλείας του βρέφους στη MENN η βιβλιογραφία ευθυγραμμίζεται εν μέρει με τα ευρήματα που αναφέρουν ότι όσο περισσότερο διάστημα το βρέφος νοσηλεύτηκε στη MENN τόσο αυξάνονται οι πιθανότητες να λαμβάνει περισσότερο ή και αποκλειστικά γάλα φόρμουλα (Maastrup et al., 2014; Kair et al., 2016).

Αναφορικά με τη σύνδεση θηλασμού και επιστροφής της μητέρας στην εργασία αλλά και του διαστήματος της επιστροφής (δηλαδή το πόσο διάστημα από τη γέννηση του παιδιού η μητέρα δεν εργάστηκε) οι συγκρίσεις ευρημάτων της παρούσας μελέτης και βιβλιογραφίας είναι μικτές. Από τη μια, έρχονται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία στο ζήτημα του χρόνου-διάρκειας επιστροφής, από την άλλη, τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με τη βιβλιογραφία στην σημαντική επίδραση της επίδρασης της επιστροφής στην εργασία και του θηλασμού. Η αντίθεση με τη βιβλιογραφία ενδεχομένως να ερμηνεύεται από το πιθανό γεγονός ότι οι περισσότερες γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα δεν είχαν ακόμη επιστρέψει στην εργασία τους. (Moore & Coty, 2006; Handayani et al., 2020; Lio et al., 2021).

Σε ό,τι αφορά το κομμάτι της προηγούμενης εμπειρίας θηλασμού η βιβλιογραφία αναφέρει ότι επηρεάζει σε κάποιο βαθμό την απόφαση για τον θηλασμό (αυτόνομα αλλά και διαμέσου της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας), δεδομένο που δεν επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης (Maastrup et al., 2014; Nilson et al., 2020).

Περαιτέρω, τα ευρήματα για τη σχέση θηλασμού και έλλειψης γάλακτος, σύγχυσης θηλών, των γενικότερων προβλημάτων κατά τη διάρκεια του θηλασμού (πχ μια γενικότερη δυσάρεστη εμπειρία, πόνος, κλπ.) αλλά και προβλημάτων υγείας που ενδέχεται να αντιμετωπίζει η μητέρα, ευθυγραμμίζονται με το υπάρχουσα βιβλιογραφία (Briere et al. 2014; Maastrup et al., 2014).

Για την έλλειψη γνώσεων από τις μητέρες, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι καταλυτικό ρόλο διαδραματίζει κυρίως στο ζήτημα της έναρξης του θηλασμού και της γνώσης για τα οφέλη του θηλασμού στο βρέφος αλλά και στην ίδια. Ο ρόλος της γνώσης στο κομμάτι της διάρκειας του θηλασμού, ιδίως μετά τη MENN είναι υπαρκτός αλλά όχι τόσο σημαντικός, σύμφωνα πάντα με τη βιβλιογραφία. Υπό αυτή την έννοια τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ευθυγραμμίζονται εν μέρει με το θεωρητικό υπόβαθρο (Heidari et al., 2016; Yang et al., 2018; Ηλιάδου, 2019; Nilson et al., 2020).

Τα ευρήματα για τη σύνδεση γάλακτος και ασθένειας/νοσηλείας του βρέφους αλλά και τη μη επαρκούς πρόσληψης βάρους ευθυγραμμίζονται με τη βιβλιογραφία καθώς μια μεγάλη νοσηλεία του βρέφους στη MENN, μια ασθένεια ή μια αδυναμία πρόσληψης βάρους

λειτουργούν ανασταλτικά στο όλο εγχείρημα της γαλουχίας, τόσο για την έναρξη όσο και για την διάρκεια (Briere et al. 2014; Wang et al., 2018; Tigka et al.; 2022).

Επιπλέον, τα στατιστικά ευρήματα συνδέονται ευθέως με τη βιβλιογραφία στο ζήτημα της κατάλληλης υποστήριξης στο μαιευτήριο προς τη μητέρα για το θέμα του θηλασμού και την επιτυχή εφαρμογή του (Brockway et al., 2017; Wallenborn et al., 2017; Ngo et al., 2019).

Τα στατιστικά ευρήματα που σχετίζονται με τις συσχετίσεις για το θέμα της ηλικίας της μητέρας επιβεβαιώνονται σε μεγάλο βαθμό από τη βιβλιογραφία η οποία υποστηρίζει ότι οι (αρκετά) νεαρές σε ηλικία μητέρες ενδέχεται να μην έχουν επαρκή γνώση για το θηλασμό. Για το θέμα της ύπαρξης και του αριθμού άλλων τέκνων τα ευρήματα δεν επιβεβαιώνονται από τη θεωρία (Handayani et al., 2020; Lio et al., 2021). Στην παρούσα μελέτη βάσει των ευρημάτων βρέθηκε μια θετική σχέση ηλικίας και θηλασμού. Αυτό μπορεί να συμβαίνει καθώς ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν τα 35,5 έτη, αρκετά υψηλός σε σχέση με τη διεθνή βιβλιογραφία. Αναφορικά με την ύπαρξη άλλου τέκνου, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στο συγκεκριμένο δείγμα σημαντικό ποσοστό (60%) γυναικών δεν είχαν άλλο τέκνο.

Για τη διάρκεια των εβδομάδων κύησης και τη σύνδεση με τον θηλασμό τα ευρήματα από τις συσχετίσεις βρίσκονται σε συνάφεια με το θεωρητικό υπόβαθρο (Laanterä et al., 2010; Jiang et al., 2022).

Αντίστοιχα μπορούν να ειπωθούν για την αρνητική σχέση του θηλασμού με την παραμονή του βρέφους στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (MENN) αλλά και τη θετική σχέση με την αυτοαποτελεσματικότητα που νιώθει η μητέρα. Δηλαδή για τους ανωτέρω δυο «παράγοντες» και ειδικά για την κρίσιμη θετική συμβολή της αυτοαποτελεσματικότητας η θεωρία επιβεβαιώνεται (Gerhardsson, et al., 2018; Awaliyah et al. 2019; Brockway et al., 2017, Ηλιάδου, 2019).

Σε ό,τι αφορά τα ευρήματα από την πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση προκύπτει ότι η σημαντική επίδραση της αυτοαποτελεσματικότητας και της παρακολούθησης προγραμμάτων θηλασμού με τον αποκλειστικό θηλασμό επιβεβαιώνονται από τη βιβλιογραφία (Gerhardsson, et al., 2018; Awaliyah et al. 2019; Brockway et al., 2017). Σε ό,τι αφορά το είδος της απασχόλησης της μητέρας (πχ ιδιωτική ή δημόσιος υπάλληλος) η βιβλιογραφία εστιάζει

περισσότερο στο διάστημα της επιστροφής στην εργασία μετά τη γέννηση. Δηλαδή αν η μητέρα επιστρέφει μετά από ένα μακρύ διάστημα στην υπηρεσία τότε είναι πιθανότερο να θηλάσει το βρέφος αποκλειστικά με βρεφικό γάλα. Άρα, εν προκειμένω, δεν δύναται να προκύψουν ξεκάθαρα συμπεράσματα για τη σχέση βιβλιογραφίας και στατιστικών ευρημάτων της παρούσας εργασίας. Μένοντας στα ευρήματα από παλινδρόμηση καταγράφεται μια θετική σχέση της παρακολούθησης των προγραμμάτων θηλασμού από τις μητέρες και της παροχής τροφής αποκλειστικά με μητρικό γάλα. Το ανωτέρω εύρημα εμμέσως επιβεβαιώνεται από τη βιβλιογραφία καθώς «εμπίπτει» στην κατηγορία της ενημέρωσης/γνώσης για το ζήτημα και των θετικών επιπτώσεων της (Wallenborn et al., 2017; Leahy-Warren et al., 2020).

5.2 Περιορισμοί της έρευνας.

Στην εν λόγω έρευνα το υπό εξέταση δείγμα δεν είναι τυχαίο (είναι δηλαδή δείγμα ευκολίας) και ως εκ τούτου ενδέχεται σε μεγάλο βαθμό να μην είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού που διερευνάται. Εν προκειμένω, το δείγμα των 154 μητέρων δεν μπορεί να χαρακτηριστεί μεγάλο, ωστόσο, εξυπηρετεί πλήρως τις ανάγκες της παρούσας διπλωματικής. Περαιτέρω, η ποσοτική έρευνα που έλαβε χώρα δεν επιτρέπει πάντοτε τη σε βάθος ανάλυση της σύνδεσης μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών, όπως συμβαίνει με την ποιοτική έρευνα.

5.3 Συμπεράσματα και προτάσεις.

Τα ευρήματα της στατιστικής ανάλυσης κατέδειξαν μια θετική σύνδεση του θηλασμού στα πρόωρα βρέφη και της αυτοαποτελεσματικότητας της μητέρας. Δηλαδή, όσο υψηλότερη η αυτοαποτελεσματικότητα τόσο υψηλότερες οι πιθανότητες η μητέρα να θηλάσει και να κρατήσει για σχετικά μακρύ διάστημα τον αποκλειστικό θηλασμό. Επίσης, σύνδεση προέκυψε μεταξύ της εκπαίδευσης και της γνώσης της μητέρας για το θηλασμό και την εφαρμογή αυτής της πρακτικής. Δηλαδή όσο καλύτερη γνώση και «τριβή» είχε η έγκυος μητέρα με το θέμα του θηλασμού, τόσο υψηλότερες πιθανότητες υπάρχουν να θηλάσει το πρόωρο βρέφος κατά τη διάρκεια του μαιευτηρίου αλλά και μετά. Από τα ευρήματα προέκυψε ότι όσο μικρότερη σε ηλικία είναι η μητέρα τόσο λιγότερο πιθανότερο είναι να θηλάσει το πρόωρο βρέφος αποκλειστικά, νωρίτερα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εύρημα που ευθυγραμμίζεται και με άλλες επιστημονικές μελέτες. Περαιτέρω, ο θηλασμός προφανώς συνδέεται με το βρέφος και την υγεία του. Άρα ένα βρέφος που θα γεννηθεί αρκετά πρόωρα και θα παραμείνει μεγάλο διάστημα στη ΜΕΝΝ (πχ νοσηλεία πάνω από 20 ημέρες) συγκεντρώνει υψηλότερες

πιθανότητες να μην τραφεί μέσω θηλασμού ή να τραφεί με μητρικό γάλα και γάλα φόρμουλα. Επίσης, οι δυσκολίες που μπορεί να συναντά μια μητέρα στην πρακτική του θηλασμού αλλά και το ενδεχόμενο ένα βρέφος να μην παίρνει βάρος όταν θηλάζει, αποτελούν παράγοντες που λειτουργούν αποτρεπτικά για τη γαλουχία. Ιδιαίτερη σημασία για την έναρξη και την επιτυχία του θηλασμού έχει η υποστήριξη που λαμβάνει η μητέρα (πριν αλλά και μετέπειτα μετά τη γέννηση του βρέφους) από το ιατρικό και μαιευτικό προσωπικό αλλά και τον οικογενειακό και ευρύτερο φιλικό κύκλο. Μια υψηλού επιπέδου υποστήριξη και στήριξη στη μητέρα από τον γυναικολόγο, τον παιδίατρο, τις μαίες, φίλους και συγγενείς αλλά και τον σύντροφο/πατέρα προς την κατεύθυνση του αποκλειστικού θηλασμού του πρόωρου (και μη) βρέφους βοηθά την ανάπτυξη της κουλτούρας θηλασμού προς όφελος της μητέρας αλλά και του βρέφους. Περαιτέρω, τα όποια προβλήματα υγείας τόσο της μητέρας όσο και του βρέφους αποτελούν αποτρεπτικούς παράγοντες για την γαλουχία.

Με βάση τα στατιστικά ευρήματα αλλά και τη θεωρία η γνώση για τα οφέλη του θηλασμού αλλά και η υποστήριξη που λαμβάνουν οι μητέρες στο μαιευτήριο λειτουργούν υπέρ του θηλασμού. Άρα, δέον θα ήταν, η δημιουργία/διεύρυνση ενημερωτικών προγραμμάτων για τον θηλασμό με στόχο την ανάδειξη των πλεονεκτημάτων και της ευεργετικής επίδρασης του μητρικού γάλακτος. Επιπλέον τα ενημερωτικά προγράμματα θα μπορούσαν να εστιάσουν σε πιο πρακτικά ζητήματα, όπως ο σωστός τρόπος θηλασμού, η ορθή στάση σώματος, η προστασία της μητέρας από μικροτραυματισμούς κλπ. Κρίσιμος αναδεικνύεται επίσης ο ρόλος τη μαίας τόσο πριν από τον τοκετό (προγεννητικά προγράμματα) όσο και αργότερα, στο μαιευτήριο και στο σπίτι. Η ενεργή εμπλοκή της μαίας με την γνώση και την εμπειρία που διαθέτει για τα οφέλη του θηλασμού θα μπορούσε να επιδράσει θετικά στην ενημέρωση της μητέρας.

Σημαντική είναι επίσης η δυνατότητα της μητέρας να απουσιάζει από την εργασία της αφού γεννήσει για ένα επαρκές διάστημα, ώστε να μπορεί να εστιάσει στις ανάγκες του βρέφους και άρα στον θηλασμό. Επί του συγκεκριμένου ζητήματος υπάρχει μια διάσταση μεταξύ των γυναικών που εργάζονται στον ιδιωτικό σε σχέση με εκείνες που εργάζονται στο δημόσιο τομέα, δεδομένο που θα έπρεπε να αλλάξει, ώστε όλες οι μητέρες να έχουν ίσες ευκαιρίες παραμονής με το βρέφος τους και συνεπώς θηλασμού του.

Το ζήτημα που διερευνήθηκε θα μπορούσε να εξεταστεί ολιστικότερα μέσω ενός συνδυασμού ποσοτικής και ποιοτικής ανάλυσης. Ο συνδυασμός ποσοτικής και ποιοτικής

έρευνας θα μπορούσε να αναλύσει διεξοδικότερα το ζήτημα και να επεξεργαστεί διάφορες πτυχές με περισσότερο βάθος. Περαιτέρω, η ενσωμάτωση στην έρευνα και έτερων δημογραφικών και άλλων κοινωνικών στοιχείων (πχ εισόδημα, γυναίκες από άλλες εθνικότητες) θα μπορούσε να αναλύσει καλύτερα το θέμα. Ενδιαφέρουσα θα ήταν επίσης η «επικουρική» ενσωμάτωση σε μια σχετική έρευνα απόψεων ειδικών (ιατρών, μαιών) για το θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Adèr, H. J., Mellenbergh, G. J., & Hand, D. J. (2008). *Advising on research methods: a consultant's companion*. Huizen: Johannes van Kessel Publishing. ISBN 978-90-79418-01-5
2. Almond, D., Currie, J., & Duque, V. (2018). 'Childhood circumstances and adult outcomes: Act II', *Journal of Economic Literature*, 56, p1360-1446.
3. Alves, Y. R., Couto, L. L. D., Barreto, A. C. M., & Quitete, J. B. (2020). 'Breastfeeding under the umbrella of support networks: a facilitative strategy', *Escola Anna Nery*, 24(1), p1-8. [.https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0017](https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0017)
4. American Academy of Pediatrics. (2012). 'Breastfeeding and the use of human milk', *Pediatrics*, 129(3), p827-841.

5.Awaliyah, S. N., Rachmawati, I. N., & Rahmah, H. (2019). 'Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction', *BMC Nursing*, 18(S1), p1-7.
<https://doi.org/10.1186/s12912-019-0359-6> .

6.Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action : A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc. <https://ci.nii.ac.jp/naid/10010087207/> .

7.Binns, C., Lee, M. K., & Low, W. Y. (2016b). 'The Long-Term Public Health Benefits of Breastfeeding'. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 28(1), p7–14.
<https://doi.org/10.1177/1010539515624964> .

8.Brahm, P., & Valdés, V. (2017). 'Beneficios de la lactancia materna y riesgos de no amamantar', *Revista Chilena De Pediatría*, 88(1),p07–14. <https://doi.org/10.4067/s0370-41062017000100001> .

9.Briere, C. E., Lucas, R., McGrath, J. M., Lussier, M., & Brownell, E. (2015). 'Establishing breastfeeding with the late preterm infant in the NICU', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(1), p102-113. doi:10.1111/1552-6909.12536 .

10.Briere, C. E., McGrath, J. M., Cong, X., Brownell, E., & Cusson, R. (2015). 'Direct-breast-feeding premature infants in the neonatal intensive care unit', *Journal of Human Lactation*, 31(3), p386- 392. doi:10.1177/0890334415581798

11. Briere, C. E., McGrath, J. M., Cong, X., Brownell, E., & Cusson, R. (2016). 'Direct-breast-feeding in the neonatal intensive care unit and breastfeeding duration for premature infants', *Applied Nursing Research*, 32, p47-51. doi:10.1016/j.apnr.2016.04.004

12. Briere, C., McGrath, J. M., Cong, X., & Cusson, R. M. (2014). 'An Integrative Review of Factors that Influence Breastfeeding Duration for Premature Infants after NICU Hospitalization'. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(3), p272–281.
<https://doi.org/10.1111/1552-6909.12297> .

13. 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), p486–499.
<https://doi.org/10.1177/0890334417707957>

14. Byerly, T., Buckman, C., Tumin, D., & Bear, K. A. (2020). 'Prematurity and breastfeeding initiation: A sibling analysis' *Acta Paediatrica*, 109(12), p2586–2591.
<https://doi.org/10.1111/apa.15290>

15. Chambers, R. L., & Skinner, C. J. (2003) *Analysis of Survey Data*, Wiley: Chambers & Skinner

16. Çınar, N., Köse, D., & Altınkaynak, S. (2015). 'The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency', *PubMed*, 25(4), p271–275.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25899193> .

17. Cong, X., Judge, M., Xu, W., Diallo, A., Janton, S., Brownell, E. A. & Graf, J. (2017). 'Influence of feeding type on gut microbiome development in hospitalized preterm infants', *Nursing Research*, 66(2), p123-133. doi:10.1097/NNR.0000000000000208
18. Couto, G., Dias, V. M., & De Jesus Oliveira, I. (2020). 'Benefits of exclusive breastfeeding: An integrative review', *Nursing Practice Today*, 7(4) p1-9
<https://doi.org/10.18502/npt.v7i4.4034>
19. Creswell, John W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications. ISBN 978-1-4522-2609-5.
20. Currie, J., & Rossin- Slater, M. (2014). 'Early-Life Origins of Life-Cycle Well-Being: research and Policy implications', *Journal of Policy Analysis and Management*, 34(1), p208–242. <https://doi.org/10.1002/pam.21805> .
21. 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) p.1-11 <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0965-1>
22. Daglas, M., Sidiropoulou, Ch. Galanis, R., Bilali, A. & Iatrakis, G.. (2020). 'Maternal and Neonatal Factors Associated with Successful Breastfeeding in Preterm Infants', *Int. J. Caring Sci.* (13), p152.

- 23.Dennis C.L. (2003). 'Identifying predictors of breastfeeding self-efficacy in the immediate postpartum period', *Res Nurs Health*, 29 (4) p256–268.
- 24.Dennis, C. L. (2003). 'The breastfeeding self-efficacy scale: Psychometric assessment of the short form'. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(6), p734-744.
- 25.Dieterich, C. M., Felice, J. P., O'Sullivan, E., & Rasmussen, K. M. (2014b). 'Breastfeeding and health outcomes for the Mother-Infant dyad', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), p31–48. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.010> .
- 26.Ericson, J., Flacking, R., Hellström-Westas, L., & Eriksson, M. (2016). 'Changes in the prevalence of breast feeding in preterm infants discharged from neonatal units: A register study over 10 years', *BMJ Open*, 6(12), p1-9. doi:10.1136/bmjopen-2016-012900
- 27.Flacking, R., Ewald, U., & Wallin, L. (2011). 'Positive effect of kangaroo mother care on long-term breastfeeding in very preterm infants', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 40(2), p190-197.
- 28.Franklin, M.I. (2012). *Understanding Research: Coping with the Quantitative-Qualitative Divide*. London and New York: Routledge.
- 29.Fugate, K., Hernandez, I., Ashmeade, T., Miladinovic, B., & Spatz, D. L. (2015). 'Improving human milk and breastfeeding practices in the NICU', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(3), p426-438. doi:10.1111/1552-6909.12563

- 30.Gathwala, G., Singh, B., & Singh, J. (2010). 'Effect of kangaroo mother care on physical growth, breastfeeding and its acceptability', *Tropical Doctors*, 40, p199-202.
- 31.Gerhardsson, E., Hildingsson, I., Mattsson, E., & Funkquist, E. (2018). 'Prospective questionnaire study showed that higher self-efficacy predicted longer exclusive breastfeeding by the mothers of late preterm infants', *Acta Paediatrica*, 107(5), p799–805.
<https://doi.org/10.1111/apa.14229> .
- 32.Gertosio, C., Meazza, C., Pagani, S., & Bozzola, M. (2016). 'Breastfeeding and its gamut of benefits', *PubMed*, 68(3), p201–212. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26023793> .
- 33.Gianni, M. L., Bezze, E. N., Sannino, P., Baro, M., Roggero, P., Muscolo, S., Plevani, L., & Mosca, F. (2018). 'Maternal views on facilitators of and barriers to breastfeeding preterm infants' *BMC Pediatrics*, 18(1), p1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1260-2>
- 34.Greene, William H. (2012). *Econometric Analysis (Seventh ed.)*. Boston: Pearson Education.
- 35.Gremmo-Féger G. (2013). 'An update on lactation physiology and breastfeeding', *Arch Pediatric*, 20(9), p1016-1021.
- 36.Hackman, N. M., Alligood-Percoco, N., Martin, A., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2016). 'Reduced breastfeeding rates in firstborn late preterm and early term infants', *Breastfeeding Medicine*, 11, p119-125. doi:10.1089/bfm.2015.0122 .

37. Handayani, L., Dewi, M. K., & Munira, L. (2020). 'Barrier and facilitator on breastfeeding education and promotion: A literature review', *International Journal of Public Health Science*, 9(4), p320. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v9i4.20495>
38. Heidari, Z., Keshvari, M., & Kohan, S. (2016). 'Breastfeeding Promotion, Challenges and Barriers: a Qualitative Research', *International Journal of Pediatrics*, 4(5), p1687–1695. <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.6733> .
39. Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., & Lau, J. (2007). 'Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries', *Evidence Report/Technology Assessment*, 4(107), p1-186.
40. Izenman, Alan J. (2008). *Modern Multivariate Statistical Techniques: Regression, Classification, and Manifold Learning*. Springer Texts in Statistics. New York: Springer-Verlag
41. Jiang, X., & Jiang, H. (2022). 'Factors associated with post NICU discharge exclusive breastfeeding rate and duration amongst first time mothers of preterm infants in Shanghai: a longitudinal cohort study', *International Breastfeeding Journal*, 17(1), p1-18 <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00472-x> .
42. Johns Hopkins (n.d.). '4 common pregnancy complications'. [Online]. Available at: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/staying-healthy-during-pregnancy/4-common-pregnancy-complications> (Accessed 23 June 2024).

Johnson, R. & Dean W. (2007). *Applied Multivariate Statistical Analysis* (Sixth ed.). Prentice Hall.

43. Kair, L. R., & Colaizy, T. T. (2016). 'Breastfeeding continuation among late preterm infants: barriers, facilitators, and any association with NICU admission', *Hospital Pediatrics*, 6(5), p261–268. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0172> .

44. Keddem, S., Frasso, R., Dichter, M. E., & Hanlon, A. L. (2017). 'The association between pregnancy intention and breastfeeding' *Journal of Human Lactation*, 34(1), p97–105. <https://doi.org/10.1177/0890334417725032> .

45. Kinshella, M. L. W., Prasad, S., Hiwa, T., Vidler, M., Nyondo-Mipando, A. L., Dube, Q., Goldfarb, D., & Kawaza, K. (2021). 'Barriers and facilitators for early and exclusive breastfeeding in health facilities in Sub-Saharan Africa: a systematic review', *Global Health Research and Policy*, 6(1), p1-11
<https://doi.org/10.1186/s41256-021-00206-2>

46. Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). 'Optimal duration of exclusive breastfeeding', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), p1-42 CD003517.
doi:10.1002/14651858.CD003517.pub2

47. Laanterä, S., Pietilä, A., & Pölkki, T. (2010). 'Knowledge of breastfeeding among pregnant mothers and fathers', *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing/Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 24(4), p320–329. <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e3181ec0c60> .

48. Lamberts (n.d.). 'Breastfeeding: Its benefits for mother and baby', [online]. Available at: <https://lamberts.gr/mitrikos-thilasmos/> (Accessed 1 December 2023)
49. Langley- Evans, S. C. (2014). 'Nutrition in early life and the programming of adult disease: a review', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(s1), p1–14.
<https://doi.org/10.1111/jhn.12212> .
50. Lau, C. (2006). 'Oral feeding in the preterm infant', *Neoreviews*, 7(1), p19–27.
<https://doi.org/10.1542/neo.7-1-e19> .
51. Leahy- Warren, P., Coleman, C., Bradley, R., & Mulcahy, H. (2020). 'The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), p1-10
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-02956-2>
52. Lechner, B. E., & Vohr, B. R. (2017). 'Neurodevelopmental outcomes of preterm infants fed human milk: A systematic review', *Clinical Perinatology*, 44(1), p69-83.
doi:10.1016/j.clp.2016.11.004
53. Lima, A. P. E., Castral, T. C., Leal, L. P., Javorski, M., Sette, G. C. S., Scochi, C. G. S., & De Vasconcelos, M. G. L. (2019). 'Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar', *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 40, p1-8 <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180406>

54. Lio, R. M. S., Maugeri, A., La Rosa, M. C., Cianci, A., Panella, M., Giunta, G., Agodi, A., & Barchitta, M. (2021). 'The Impact of Socio-Demographic Factors on Breastfeeding: Findings from the "Mamma & Bambino" Cohort', *Medicina-lithuania*, 57(2), p103.

<https://doi.org/10.3390/medicina57020103> .

55. Loke, A. Y., & Chan, L. K. (2013). 'Maternal breastfeeding selfefficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding', *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(6), p672-684. doi:10.1111/1552-6909.12250

56. Maastrup, R., Hansen, B. M., Kronborg, H., Bojesen, S. N., Hallum, K., Frandsen, A. L., Kyhnæb, A., Svarer, I., & Hallström, I. (2014). 'Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Preterm Infants. Results from a Prospective National Cohort Study'. *PLOS ONE*, 9(2), p1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089077> .

57. Maimburg, R. D., & Vaeth, M. (2015). 'Postpartum depression among first-time mothers—results from a parallel randomized trial', *Sexual and Reproductive Healthcare*, 6(2), p95-100. doi:10.1016/j.srhc.2015.01.003 .

58. Maleki-Saghooni, N., Barez, M. A., & Karimi, F. Z. (2019). 'Investigation of the relationship between social support and breastfeeding self-efficacy in primiparous breastfeeding mothers', *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 33(18), p3097–3102.

<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568986> .

59. Meier, P. P., Engstrom, J. L., & Rossman, B. (2013). 'Breastfeeding peer counselors as direct lactation care providers in the neonatal intensive care unit', *Journal of Human Lactation*, 29(3), p313-322. doi:10.1177/0890334413482184
60. Meier, P., Patel, A. L., Wright, K., & Engstrom, J. (2013). 'Management of breastfeeding during and after the maternity hospitalization for late preterm infants'. *Clinical Perinatology*, 40, p689-705. doi:dx.doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.014
61. Moore, E. R., & Coty, M.-B. (2006). 'Prenatal and Postpartum Focus Groups With Primiparas: Breastfeeding Attitudes, Support, Barriers, Self-efficacy and Intention', *Journal of Pediatric Health Care*, 20(1), p35-46. doi:10.1016/j.pedhc.2005.08.007.
62. Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). 'Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants', *The Cochrane Library*, (11) p1-11
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4> .
63. Morag, I., Harel, T., Leibovitch, L., Simchen, M. J., MaayanMetzger, A., & Strauss, T. (2016). 'Factors associated with breast milk feeding of very preterm infants from birth to 6 months corrected age', *Breastfeeding Medicine*, 11, p138-143. doi:10.1089/bfm.2015.0161
64. Murase, M., Nommsen-Rivers, L., Morrow, A. L., Hatsuno, M., Mizuno, K., Taki, M., . . . Itabashi, K. (2014). 'Predictors of low milk volume among mothers who delivered preterm', *Journal of Human Lactation*, 30(4), p425-435. doi:10.1177/0890334414543951

65. Ngo, L. T. H., Chou, H., Gau, M., & Liu, C. (2019). 'Breastfeeding self-efficacy and related factors in postpartum Vietnamese women', *Midwifery*, 70, p84–91.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.014> .

66. US Department of Health and Human Services (n.d.). What are some common complications of pregnancy? [Online]. Retrieved on June 1th from:

<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/complications>

67. Nilsson, I., Kronborg, H., Rahbek, K., & Strandberg- Larsen, K. (2020). 'The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self- efficacy one week postpartum',

Maternal and Child Nutrition, 16(3), p1-12 <https://doi.org/10.1111/mcn.12986> .

68. Ortega-García, J. A., Kloosterman, N., Álvarez, L. G., Tobarra-Sánchez, E., Cárceles-Álvarez, A., Pastor-Valero, R., Hernández, F. a. L., Sánchez-Solís, M. R., & Cláudio, L. (2018). 'Full Breastfeeding and Obesity in Children: A Prospective Study from Birth to 6 Years',

Childhood Obesity, 14(5), p327–337. <https://doi.org/10.1089/chi.2017.0335> .

69. Oza-Frank, R., Bhatia, A., & Smith, C. (2014). 'Impact of peer counselors on breastfeeding outcomes in a nondelivery NICU setting', *Advances in Neonatal Care*, 14(4), p1-8.

doi:10.1097/anc.0000000000000101 .

70. Όμιλος Ιασώ (n.d.). 'Η σημασία του μητρικού γάλακτος στα πρόωρα νεογνά', [online]. Διαθέσιμο στο :<https://www.iaso.gr/blog/details/blogs/2015/07/02/i-simasia-tou-mitrikou-galaktos-sta-proora-neogna> (Ανακτήθηκε 17 Ιουνίου 2024).

Παπαδάτου, Δ. & Μπελλάλη, Θ. (2013). *Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας*. Αθήνα: Κριτική.

71. Patel, D. V., Bansal, S. C., Nimbalkar, A., Phatak, A., Nimbalkar, S., & Desai, R. G. (2015). 'Breastfeeding Practices, Demographic Variables, and Their Association with Morbidities in Children', *Advances in Preventive Medicine*, 2015, p1–9.

<https://doi.org/10.1155/2015/892825>

72. Perrella, S. L., Williams, J., Nathan, E. A., Fenwick, J., Hartmann, P. E., & Geddes, D. T. (2012). 'Influences on breastfeeding outcomes for healthy term and preterm/sick infants', *Breastfeeding Medicine*, 7, p255-261. doi:10.1089/bfm.2011.0118

73. Perrine, C.G., Scanlon, K.S., Li, R., Odom, E., Grummer-Strawn, L.M. (2012). 'Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intentio', *Pediatrics*, 130(1), p54-60.

74. Pinheiro, S., Gubert, F., Martins, M., Beserra, E., Gomes, Cl. & Feitosa, M. (2023). *Self-efficacy and social support of mothers of preterms in neonatal unit*. [Online]. Retrieved on 2th of December from: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bLtmwL9mTZBrrCnJ6CqXf4N/?format=pdf&lang=en> .

75. Piteo, A. M., Yelland, L. N., & Makrides, M. (2012). 'Does maternal depression predict developmental outcome in 18 month old infants?', *Early Human Development*, 88(8), p651-655. doi:10.1016/j.earlhumdev.2012.01.013

76. Rollins, N., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C., Martines, J., Piwoz, E.,
77. Richter, L., & Victora, C. G. (2016). 'Why invest, and what it will take to improve breast-feeding practices?', *The Lancet*, 387(10017), p491–504. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01044-2)
78. Sahni, R., & Polin, R. A. (2013). 'Physiologic underpinnings for clinical problems in moderately preterm and late preterm infants', *Clinics in Perinatology*, 40(4), p645–663. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.012> .
79. Sinusas, K., & Gagliardi, A. (2001). 'Initial management of breastfeeding'. *PubMed*, 64(6), p981–988. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11578034>
80. Spatz, D. L. (2014). 'Changing institutional culture to value human milk', *Advances in Neonatal Care*, 14(4), p234-235. doi:10.1097/anc.0000000000000128
81. Spiro A. (2017). 'The public health benefits of breastfeeding', *Perspectives in Public Health*, 137(6), p307-308.
82. Tan, A. E., Choong, W. K., Leong, P. Y., Ng, W. M., & Leong, S. (2008). 'Knowledge, attitudes and sources of information on breastfeeding among pregnant mothers', *Med & Health*, 3(1), p30–37. http://journalarticle.ukm.my/2005/1/Page_30_-_37.pdf

83. Tigka, M., Metallinou, D., Nanou, C., Iliodromiti, Z., & Lykeridou, K. (2022). 'Frequency and Determinants of Breastfeeding in Greece: A Prospective Cohort Study during the COVID-19 Pandemic'. *Children (Basel)*, 9(1), p43. <https://doi.org/10.3390/children9010043>
84. Tully, K. P., Holditch-Davis, D., Silva, S., & Brandon, D. (2017). 'The relationship between infant feeding outcomes and maternal emotional well-being among mothers of late preterm and term infants: A secondary, exploratory analysis', *Advances in Neonatal Care*, 17(1), p65-75. doi:10.1097/ANC.0000000000000322
85. Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J., Briend, A., Chouraqui, J., Darmaun, D. Dupont, C., Frelut, M., Girardet, J., Goule, O., Hankard, R., Rieu, D. & Simeoni, U. (2013). 'Breastfeeding: health benefits for child and mother', *Arch Pediatric*, 20(2), p29-48.
86. Underwood, M. A. (2013). 'Human milk for the premature infant', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), p189–207. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.09.008>
87. Wallby, T., Lagerberg, D., & Magnusson, M. (2017). 'Relationship between Breastfeeding and Early Childhood Obesity: Results of a Prospective Longitudinal Study from Birth to 4 Years', *Breastfeeding Medicine*, 12(1), p48–53. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0124>
88. Wallenborn, J. T., Ihongbe, T. O., 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), p156–162. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0170> .

89. Wang, Y., Briere, C., Xu, W., & Cong, X. (2018). 'Factors affecting breastfeeding outcomes at six months in preterm infants', *Journal of Human Lactation*, 35(1), p80–89.
<https://doi.org/10.1177/0890334418771307>
90. Wheeler, B., & Dennis, C. (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), p70–80. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01431.x>
91. World Health Organization (2019). 'Global strategy for infant and young child feeding', WHO, [online]. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218> (Accessed 1 December 2023).
92. World Health Organization UNICEF. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
93. World Health Organization, UNICEF, USAID, AED, UCDAVIS, IFPRI. (2010). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Part II: Measurement*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
94. World Health Organization. (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices, Part I: Definitions*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

95. Χαραμή Ε., Μαζαράκου Χ.& Τσορομώκος Δ., (2015). 'Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία των βρεφών', *Archives of Hellenic Medicine*,32(2), p245–249.
96. Yahya, N., Teng, N. I. M. F., Shafiee, N., & Juliana, N. (2021). 'Association between Breastfeeding Attitudes and Postpartum Depression among Mothers with Premature Infants during COVID-19 Pandemic', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), p10-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010915> .
97. Yalçın, S. S., Yalçın, S., & Kurtuluş-Yiğit, E. (2015). 'Determinants of continued breastfeeding beyond 12 months in Turkey: secondary data analysis of the Demographic and Health Survey', *PubMed*, 56(6), p581–591. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26388587> .
98. Yamakawa, M., Yorifuji, T. & Inoue, S (2013). 'Breastfeeding and obesity among school-children: A nationwide longitudinal survey in Japan', *JAMA Pediatr.*, 167, p919–925.
99. Yang, S., Salamonson, Y., Burns, E., & Schmied, V. (2018). 'Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review', *International Breastfeeding Journal*, 13(1), p-1-11 <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0153-1> .
100. Υπουργείο Υγείας (2023). 'Παγκόσμια Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού, 1-7 Νοεμβρίου 2023, [online]. Διαθέσιμο στο :<https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/metadotika-kai-mh-metadotika-noshmata/c388-egkyklion/11893-ebdomada-mhtrikoy-thhlas moy-1-7-noembrioy-2023> (Ανακτήθηκε 2 Δεκεμβρίου 2023)
101. Υπουργείο Υγείας (2019). 'Η εισαγωγή των στερεών τροφών στην υγεία του βρέφους', [online]. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/draseis-kai-programmata-agwghs-ygeias/agwgh-ygeias/entypo-kai-optikoakoystiko-ylik> . (Ανακτήθηκε 30 Νοεμβρίου 2023)

102. Υπουργείο Υγείας Κύπρου (n.d.). 'Μητρικός θηλασμός', [online]. Διαθέσιμο στο: [https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/47B8275FF734E065C22579030040B48C/\\$file/%CE%95%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%9C%CE%98%20%CF%83%CF%84%CE%B1%20%CE%BD%CE%B5%CE%BF%CE%B3%CE%BD%CE%AC%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%9C%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1%20%CE%95%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CE%9D%CE%B5%CE%BF%CE%B3%CE%BD%CF%8E%CE%BD.pdf](https://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/47B8275FF734E065C22579030040B48C/$file/%CE%95%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B5%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%9C%CE%98%20%CF%83%CF%84%CE%B1%20%CE%BD%CE%B5%CE%BF%CE%B3%CE%BD%CE%AC%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%9C%CE%BF%CE%BD%CE%AC%CE%B4%CE%B1%20%CE%95%CE%BD%CF%84%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%9D%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CE%9D%CE%B5%CE%BF%CE%B3%CE%BD%CF%8E%CE%BD.pdf) (Ανακτήθηκε 30 Νοεμβρίου 2023).

103. Yu, G., Liu, F., Zhao, Y., Kong, Y., & Wei, H. (2021). 'Promoting breastfeeding and lactation among mothers of premature newborns in a hospital in China'. *Nursing for Women's Health*, 25(1), p21–29. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2020.11.005> .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ:

Η παρούσα έρευνα εκπονείται στο πλαίσιο εκπόνησης της Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα», από την Κρητικού Μαριέττα, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα», Ιατρική Σχολή, στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. υπό την επίβλεψη της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας Αντωνάκου Αγγελικής. Στόχος της μελέτης είναι να εξετάσει τους παράγοντες που συμβάλουν στην εφαρμογή του μητρικού θηλασμού για την αποφυγή των κινδύνων της προωρότητας και τη βελτίωση της νεογνικής υγείας, εξετάζοντας παράλληλα το ποσοστό των μητέρων που έχουν επιλέξει τον θηλασμό ως μέσο σίτισης των νεογνών τους. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης θα βοηθήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας και υποστήριξης που λαμβάνουν οι μητέρες στη διάρκεια της γέννησης και της λοχείας από τη μαιευτική ομάδα.

- Γιατί έχω επιλεγεί να συμμετάσχω;

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε γιατί έχετε γεννήσει πρόωρα, δηλαδή πριν από την 37^η εβδομάδα κύησης, ένα ή περισσότερα τέκνα πρόσφατα (τους τελευταίους 6 μήνες).

- Τι θα πρέπει να κάνω;

Θα σας ζητηθεί να απαντήσετε ερωτηματολόγια σχετικά με την έρευνα.

- Πώς ξέρω αν μπορώ να συμμετάσχω;

Σύμφωνα με τις οδηγίες, θα πρέπει η συμμετέχουσα να έχει γεννήσει πρόωρα, δηλαδή πριν από την 37^η εβδομάδα κύησης, ένα ή περισσότερα τέκνα πρόσφατα (τους τελευταίους 6 μήνες)

- Προκαλεί η έρευνα κάποιας μορφής δυσφορία;

Η έρευνα δεν προκαλεί κάποιας μορφής δυσφορία. Παρόλα αυτά, σε οποιαδήποτε περίπτωση που θα θέλατε να αναφέρετε οτιδήποτε σχετικό με την διαδικασία της έρευνας και την συμπλήρωση του online ερωτηματολογίου, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στο mail: marietakritikou@gmail.com

- Πώς μπορώ να βεβαιωθώ για την εχεμύθεια των πληροφοριών που θα δώσω;

Δε θα ζητηθούν στοιχεία που μπορεί να ταυτοποιήσουν τους συμμετέχοντες. Κατά την επεξεργασία των δεδομένων, θα διατηρηθεί πλήρως η ανωνυμία των συμμετεχόντων στη μελέτη.

- **Ποιος/α θα έχει πρόσβαση στις πληροφορίες που θα δώσω;**

Στις πληροφορίες που θα δώσετε οι συμμετέχοντες πρόσβαση θα έχει μόνο η ερευνήτρια και η επόπτιριά της.

- **Πώς θα αποθηκευτούν και θα χρησιμοποιηθούν στο μέλλον οι πληροφορίες που θα δώσω;**

Οι ανώνυμες πληροφορίες που θα δώσετε θα αποθηκευτούν σε ηλεκτρονική μορφή με κωδικό. Μετά την ανάλυση των ερωτηματολογίων και την κατάθεση της μεταπτυχιακής εργασίας, και την ολοκλήρωση των συμβατικών υποχρεώσεων της μεταπτυχιακής φοιτήτριας, όλες οι πληροφορίες θα καταστραφούν.

- **Θα λάβω κάποια χρηματική αμοιβή για την συμμετοχή μου;**

Όχι, η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

- **Μπορώ να αποσυρθώ από την έρευνα;**

Οι συμμετέχοντες μπορούν να αποσυρθούν από την έρευνα όποτε το θελήσουν χωρίς καμία συνέπεια.

- **Αν χρειαστώ περισσότερες πληροφορίες, με ποιον/ποια πρέπει να επικοινωνήσω και με ποιο τρόπο;**

Μπορείτε να επικοινωνήσετε όποια στιγμή επιθυμείτε με την ερευνήτρια στο mail: marietta-kritikou@gmail.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Έντυπο Δήλωσης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: "Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ"

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ – ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΟΝΟΜΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΡΕΥΝΑΣ : Μαριέττα Κρητικού & ΕΠΟΠΤΗ : Δρ. Αντωνάκου Αγγελική

Δηλώνω πως έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει τις πληροφορίες για την έρευνα που μου δόθηκαν και είχα αρκετό χρόνο, ώστε να αποφασίσω αν θέλω να συμμετάσχω.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις για την έρευνα και αυτές απαντήθηκαν επαρκώς.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Συναινώ με τη διαδικασία που ακολουθεί ο παραπάνω εκπαιδευτικός & ερευνητικός φορέας, στην καταγραφή και επεξεργασία των πληροφοριών που θα δώσω.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γνωρίζω πως οι πληροφορίες που θα δώσω θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιολογηθούν για Ακαδημαϊκούς σκοπούς μόνο.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γνωρίζω πως κάθε πληροφορία που θα δώσω θα καταχωρηθεί με ασφάλεια και στο τέλος θα διαγραφεί σύμφωνα με τις αρχές του εκπαιδευτικού & ερευνητικού φορέα ο οποίος διεξάγει την έρευνα.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γνωρίζω πως η ηλεκτρονική μου διεύθυνση (αν δώσω), θα είναι πληροφορία στην οποία, μόνο η ερευνήτρια θα έχει πρόσβαση και μόνο όσο διαρκεί η έρευνα.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Κατανοώ, πως μπορώ να λάβω μόνο συγκεντρωτικά αποτελέσματα στο τέλος της έρευνας αλλά και να έχω πρόσβαση στις απαντήσεις που θα δώσω στις ερωτήσεις της έρευνας, πριν αυτές επεξεργαστούν.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Καταλαβαίνω πως πρέπει να δώσω την ηλεκτρονική μου διεύθυνση αν θέλω να ενημερωθώ για τα αποτελέσματα της έρευνας.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Ερωτηματολόγια.

Η παρούσα έρευνα εκπονείται στο πλαίσιο εκπόνησης της Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα», από την Κρητικού Μαριέττα, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: Κλινική Πράξη και Έρευνα», Ιατρική Σχολή, στο Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. υπό την επίβλεψη της Αναπληρώτριας Καθηγήτριας

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Αντωνάκου Αγγελικής. Στόχος της μελέτης είναι να εξετάσει τους παράγοντες που συμβάλουν στην εφαρμογή του μητρικού θηλασμού για την αποφυγή των κινδύνων της προωρότητας και τη βελτίωση της νεογνικής υγείας, εξετάζοντας παράλληλα το ποσοστό των μητέρων που έχουν επιλέξει τον θηλασμό ως μέσο σίτισης των νεογνών τους. Η επεξεργασία των αποτελεσμάτων της μελέτης θα βοηθήσει στη βελτίωση της παρεχόμενης μαιευτικής φροντίδας και υποστήριξης που λαμβάνουν οι μητέρες στη διάρκεια της γέννησης και της λοχείας από τη μαιευτική ομάδα.

Η συμβολή σας στην επιτυχή διεξαγωγή της έρευνας είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, οι πληροφορίες που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τον σκοπό της παρούσας έρευνας, ενώ δεν πρόκειται να συλλεχθούν και να δημοσιοποιηθούν τυχόν προσωπικά σας στοιχεία. Σας ευχαριστώ για τη βοήθεια σας και για τον πολύτιμο χρόνο που διαθέτετε. Τα αποτελέσματα της έρευνας είναι δυνατόν να σας δοθούν κατόπιν συνεννόησης.

**ΜΕΡΟΣ Α –ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ- ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ
ΘΗΛΑΣΜΟ**

1.Ηλικία:

.....

2.Εκπαιδευτικό επίπεδο (παρακαλώ σημειώστε την ανώτατη βαθμίδα που έχετε ολοκληρώσει):

- Απόφοιτη δημοτικού
- Απόφοιτη γυμνασίου
- Απόφοιτη λυκείου
- Απόφοιτη μεταλυκειακής εκπαίδευσης
- Απόφοιτη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (πανεπιστήμια- ΤΕΙ)
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος
- Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος

3.Επάγγελμα:

- Ιδιωτική υπάλληλος
- Δημόσια υπάλληλος
- Ελεύθερη επαγγελματίας
- Άνεργη
- Συνταξιούχος
- Οικιακά
- Άλλο (παρακαλώ σημειώστε):

.....

4.Οικογενειακή κατάσταση:

- Άγαμη
- Έγγαμη ή σε σύμφωνο συμβίωσης
- Διαζευγμένη
- Χήρα

5. Αριθμός τέκνων:

.....

6. Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα (σε ευρώ):

7. Εθνικότητα:

8. Παρακαλώ σημειώστε τυχόν επιπλοκές κύησης που αντιμετωπίσατε στην πιο πρόσφατη κύησή σας:

- Καμία
- Υπέρταση κύησης
- Διαβήτης κύησης
- Αιμορραγία
- Άλλο/α (παρακαλώ σημειώστε):

.....

9. Παρακαλώ σημειώστε την εβδομάδα κύησης στην οποία γεννήσατε (σημειώνουμε ότι μπορείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα εάν έχετε γεννήσει πριν από την 37^η εβδομάδα κύησης):

.....

10. Γεννήσατε με:

- Φυσιολογικό τοκετό
- Καισαρική τομή
- Υποβοηθούμενο κολπικό τοκετό (χρήση αναρροφητικού εμβρυουλκού/βεντούζας)

11. Είδος κύησης:

- Μονήρης (ένα έμβρυο)
- Δίδυμη κύηση
- Τρίδυμη κύηση

12. Πριν από πόσο καιρό γεννήσατε;

- <40 ημέρες
- 40 ημέρες-2 μήνες
- 3-4 μήνες
- 5-6 μήνες

13. Πόσες μέρες χρειάστηκε να αποχωριστείτε το βρέφος μετά από τον τοκετό λόγω της παραμονής του στη MENN;

- Καμία- δε χρειάστηκε νοσηλεία στη MENN
- <7 μέρες
- 7-10 μέρες
- 11-15 μέρες
- 16-20 μέρες
- 21-25 μέρες
- 26-30 μέρες
- >30 μέρες

14. Μετά από πόσους μήνες από τη γέννηση του τέκνου σας θα επιστρέψετε/επιστρέψατε στην εργασία σας;

- Σε λιγότερο από 3 μήνες
- 3 μήνες
- 4-6 μήνες
- 7-9 μήνες
- 10-12 μήνες
- >12 μήνες
- Δεν εργάζομαι

15. Είχατε παρακολουθήσει προγεννητικά προγράμματα-μαθήματα σχετικά με τον θηλασμό κατά τη διάρκεια της κύησης;

- Ναι
- Όχι

16. Θηλάσατε στο μαιευτήριο το τέκνο σας που γεννήθηκε πρόωρα;

- Ναι, αποκλειστικά
- Όχι, επέλεξα εξ αρχής να δώσω γάλα φόρμουλα
- Όχι, μου συνέστησαν να δώσω γάλα φόρμουλα
- Ναι, αλλά έκανα μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)
- Δε θηλάσα, αλλά του έδινα γάλα που έβγαζα με θήλαστρο

17. Αν το τέκνο σας χρειάστηκε να νοσηλευτεί στη ΜΕΝΝ, σας δόθηκε η δυνατότητα να το επισκέπτεστε και να το θηλάζετε;

- Ναι, από την πρώτη στιγμή
- Ναι, αλλά μετά από ημέρες
- Να το επισκέπτομαι ναι, όχι να θηλάσω
- Όχι, δεν μου επέτρεπαν να το επισκέπτομαι

18. Από ποιόν ενημερωθήκατε σε σχέση με τον μητρικό θηλασμό(Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μία απαντήσεις);

- Από τον Μαιευτήρα- Γυναικολόγο
- Από τη Μαία
- Από κανένα
- Από τη μητέρα μου
- Από τον παιδίατρο
- Προσωπική αναζήτηση (Μ.Μ.Ε., βιβλία κ.ά.)
- Σύμβουλο θηλασμού
- Μαιευτήριο
- Από αλλού, παρακαλώ σημειώστε:

.....

19. Είχατε προηγούμενη προσωπική εμπειρία θηλασμού;

- Ναι
- Όχι

20. Θηλάζετε σήμερα το βρέφος σας που γεννήθηκε πρόωρα;

- Όχι, δίνω γάλα φόρμουλα
- Ναι, αποκλειστικά
- Ναι, εφαρμόζω όμως μικτή διατροφή (θηλασμός και γάλα φόρμουλα)

21. Μπορείτε να δηλώσετε τους βασικούς λόγους διακοπής του θηλασμού (σημειώστε όσα ισχύουν);

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

- Δεν έχω διακόψει, θηλάζω ακόμα
- Επέστρεψα στην εργασία μου
- Δεν είχα αρκετό γάλα
- Σύγχυση θηλών βρέφους
- Έλλειψη γνώσεων σχετικά με τον θηλασμό
- Προσωπικά προβλήματα υγείας και χρήση φαρμάκων
- Προβλήματα με τις θηλές
- Ασθένεια και νοσηλεία βρέφους
- Μη επαρκής πρόσληψη βάρους βρέφους
- Άλλο/α (παρακαλώ σημειώστε):

.....

22. Μπορείτε να προτείνετε τρόπους που θεωρείτε ότι θα συνέβαλλαν θετικά στην προσπάθειά σας να θηλάσετε το τέκνο σας που γεννήθηκε πρόωρα;

- Καλύτερη υποστήριξη από τις μαίες στο Μαιευτήριο
- Καλύτερη ενημέρωση προγεννητικά σχετικά με τον θηλασμό
- Καλύτερη κλινική υποστήριξη και συμβουλευτική από το προσωπικό της ΜΕΝΝ (μαίες/νεογνολόγους) όπου νοσηλεύτηκε το βρέφος
- Δυνατότητα παραμονής της μητέρας στη ΜΕΝΝ για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα
- Επίσκεψη μαίας στο σπίτι μετά το εξιτήριο του βρέφους για συμβουλευτική και υποστήριξη για τον θηλασμό
- Υποστήριξη για τον θηλασμό από το οικογενειακό περιβάλλον
- Υποστήριξη για τον θηλασμό από τον γυναικολόγο
- Υποστήριξη για τον θηλασμό από τον παιδίατρο
- Υποστήριξη για τον θηλασμό από φιλικό περιβάλλον
- Άλλο/α (παρακαλώ σημειώστε):

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

ΜΕΡΟΣ Β- ΓΝΩΣΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 15 ερωτήσεις.
Παρακαλώ σημειώστε τον βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή
διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:

		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1.	Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατροφής για το μωρό	1	2	3	4	5
2.	Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει το μωρό από διάρροια, αλλεργία και ωτίτιδα	1	2	3	4	5
3.	Ο μητρικός θηλασμός προστατεύει τη μητέρα από τον καρκίνο του στήθους	1	2	3	4	5
4.	Συστήνεται αποκλειστικός μητρικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του παιδιού	1	2	3	4	5
5.	Ο μητρικός θηλασμός είναι οικονομικότερος από τη σίτιση με ξένο γάλα.	1	2	3	4	5
6.	Τα μωρά που θηλάζουν παρουσιάζουν δυσκοιλιότητα σπάνια	1	2	3	4	5
7.	Τα νεογνά που θηλάζουν αποκλειστικά έχουν την τάση να αναπτύσσονται τις	1	2	3	4	5

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
 ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

	κινητικές τους δεξιότητες γρηγορότερα					
8.	Τα μωρά που σιτίζονται με ξένο γάλα είναι εξυπνότερα από αυτά που θηλάζουν.	1	2	3	4	5
9.	Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στο στενότερο δεσμό μεταξύ της μητέρας και του παιδιού της.	1	2	3	4	5
10.	Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει το παιδί σας από την παχυσαρκία	1	2	3	4	5
11.	Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατεύσει τη μητέρα από οστεοπόρωση αργότερα στην ζωή της	1	2	3	4	5
12.	Ο μητρικός θηλασμός βοηθά στη σύσπαση της μήτρας μετά τον τοκετό και τον έλεγχο της αιμορραγίας	1	2	3	4	5
13.	Τα μωρά που θηλάζουν είναι πιο υγιή από αυτά που σιτίζονται με ξένο γάλα	1	2	3	4	5
14.	Το μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο από το γάλα φόρμουλας.	1	2	3	4	5
15.	Ο μητρικός θηλασμός είναι πιο βολικός από την σίτιση με ξένο γάλα	1	2	3	4	5

ΜΕΡΟΣ Γ –ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΗΤΡΙΚΟ ΘΗΛΑΣΜΟ

Αυτό το μέρος του ερωτηματολογίου αφορά τις γυναίκες που θήλασαν κάποια στιγμή το βρέφος τους που γεννήθηκε πρόωρα.

Για κάθε μία από τις προτάσεις, 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**

		<u>Καθόλου σίγουρη</u>	Όχι πολύ σίγουρη	Μερικές φορές σίγουρη	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 τη διάρκεια του θηλασμού.	1	2	3	4	5
5.	Μπορώ πάντα να τα καταφέρω με τη 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

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

9.	Μπορώ πάντα να είμαι ευχαριστημένη με την εμπειρία του θηλασμού	1	2	3	4	5
10.	Μπορώ πάντα να αντέξω το γεγονός ότι ο θηλασμός είναι χρονοβόρος.	1	2	3	4	5
11.	Μπορώ πάντα να ολοκληρώσω να θηλάζω το μωρό μου με το ένα στήθος πριν αλλάξω στο άλλο.	1	2	3	4	5
12.	Μπορώ πάντα να συνεχίσω να θηλάζω το παιδί μου για κάθε γεύμα.	1	2	3	4	5
13.	Μπορώ πάντα να ανταπεξέλθω στις ανάγκες του μωρού μου για θηλασμό	1	2	3	4	5
14.	Μπορώ πάντα να καταλάβω πότε το μωρό μου έχει σταματήσει να θηλάζει.	1	2	3	4	5

Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο σας!

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΗΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (debriefing)

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Ο ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΣΤΑ ΠΡΟΩΡΑ ΝΕΟΓΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ –ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Μαριέττα Κρητικού- mariettakritikou@gmail.com

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΑ: (σε περίπτωση που αποφασίσεις να αποσυρθείς από την έρευνα αργότερα, χρειάζεται να δώσεις τον προσωπικό σου κωδικό)

Δώσε προσωπικό κωδικό, τώρα:

ΠΟΙΟΣ ΗΤΑΝ Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: Η έρευνα εξέτασε τους παράγοντες που συμβάλουν στην εφαρμογή του μητρικού θηλασμού στα πρόωρα νεογνά.

ΠΩΣ ΘΑ ΜΑΘΩ ΓΙΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ; Μπορείτε να ενημερωθείτε για τα αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση της έρευνας (μετά την 1^η Απριλίου 2024), επικοινωνώντας με την ερευνήτρια στο mail που δόθηκε παραπάνω.

ΠΩΣ ΘΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑ; Οι πληροφορίες θα χρησιμοποιηθούν για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, καθώς και σε επιστημονικά συνέδρια ή/και επιστημονικές δημοσιεύσεις.

ΠΩΣ ΘΑ ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΘΟΥΝ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ; Τα αποτελέσματα δεν θα κοινοποιηθούν σε τρίτα μέρη, αλλά θα παρουσιαστούν ανώνυμα μετά από στατιστική επεξεργασία τους στην μεταπτυχιακή εργασία, αλλά και σε επιστημονικά συνέδρια ή/και επιστημονικές δημοσιεύσεις.

ΜΗΠΩΣ ΕΧΩ ΠΑΡΑΠΛΑΝΗΘΕΙ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΣΗΜΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ; Όχι, οι πληροφορίες που δόθηκαν στην αρχή της έρευνας ήταν ακριβείς και πλήρεις.

ΑΝ ΑΛΛΑΞΩ ΓΝΩΜΗ ΚΑΙ ΘΕΛΩ ΝΑ ΑΠΟΣΥΡΘΟΥΝ ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΕΔΩΣΑ, ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΩ; Θα πρέπει να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στην ηλεκτρονική διεύθυνση που δόθηκε παραπάνω, δίνοντας τον προσωπικό σας κωδικό.

Έχεις το δικαίωμα να αποσυρθείς από την έρευνα και να διαγραφείς από τα δεδομένα, ακόμη και τώρα.

Επιθυμώ να αποσυρθούν οι πληροφορίες που έδωσα.

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Ο μητρικός θηλασμός στα πρόωρα νεογνά στην Ελλάδα
ΠΜΣ «Γενική και Εξειδικευμένη Παιδιατρική: «Κλινική πράξη και έρευνα»

Αν θέλεις να λάβεις τελικά αποτελέσματα της έρευνας, δήλωσέ το, παρακάτω.

Επιθυμώ να ενημερωθώ για τα τελικά αποτελέσματα.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν θέλεις να ενημερωθείς για τα τελικά αποτελέσματα, δώσε παρακάτω την ηλεκτρονική σου διεύθυνση: