



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Μητρικός Θηλασμός και Ψυχική Υγεία της Μητέρας»

Παπουτσόγλου Μαρία

Διαιτολόγος – Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σκεντέρης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παιδιατρικής – Κοινωνικής & Αναπτυξιακής Παιδιατρικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Δαπόντε Αλέξανδρος, Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Νταφόπουλος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Μαιευτικής – Γυναικολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2021



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



«Breastfeeding and Maternal Mental Health»

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη – Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	9
Γενικό Μέρος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΓΑΛΑΚΤΟΣ.....	10
1.1.Μαστός.....	10
1.2.Διαδικασία παραγωγής ανθρώπινου γάλακτος.....	10
1.3.Τύποι γάλακτος.....	12
1.4.Σύσταση ανθρώπινου γάλακτος.....	12
1.5.Τεχνητή διατροφή (formula).....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ.....	14
2.1.Παγκόσμια και Ελληνικά δεδομένα.....	14
2.2.Συνηθέστεροι λόγοι διακοπής του θηλασμού.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ.....	16
3.1.Συσχέτιση με την σωματική και αναπτυξιακή υγεία.....	16
3.1.1.Λοιμώξεις.....	16
3.1.2.Παθολογικές καταστάσεις.....	16
3.1.3.Γνωστικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά.....	17
3.2.Συσχέτιση με την ψυχική υγεία.....	17
3.2.1.Ασυνείδητο βρέφους και ανάπτυξη προσωπικότητας.....	18
3.2.2.Θεωρίες ψυχολογικής εξέλιξης του βρέφους.....	19
3.2.3.Πρώτος θηλασμός και συναισθήματα βρέφους.....	20
3.2.4.Πρώτος θηλασμός και συναισθήματα πρόωρου βρέφους.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ.....	22
4.1.Συσχέτιση με την σωματική υγεία.....	22
4.1.1.Απώλεια σωματικού βάρους.....	22
4.1.2.Μείωση πιθανότητας σύλληψης.....	22
4.1.3.Μείωση κινδύνου εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων.....	22
4.2.Συσχέτιση με την ψυχική υγεία.....	23
4.2.1.Αυτο - αποτελεσματικότητα μητέρας.....	23
4.2.2.Προστατευτικοί και μη παράγοντες αυτοαποτελεσματικότητας.....	24

4.2.3.Στενή δερματική επαφή (SSC – skin to skin contact).....	30
4.2.4.Συναισθήματα μητέρας κατά την διάρκεια του θηλασμού και μη.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ.....	32
Ειδικό Μέρος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	34
6.1.Σκοπός.....	34
6.2.Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος.....	34
6.3.Αποτελέσματα.....	36
6.3.1.Δημογραφικά Στοιχεία.....	36
6.3.2.Δημογραφικά στοιχεία και μεταβλητή «Λόγος διακοπής ή συνέχιση θηλασμού».....	44
6.3.3.Δημογραφικά στοιχεία με μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο».....	46
6.3.4.STAI- X1 και Δημογραφικά: διασταύρωση κατάστασης άγχους των μητέρων εκείνη την στιγμή σε συσχέτιση με τα Δημογραφικά στοιχεία.....	47
6.3.5.STAI X - 2 και Δημογραφικά: διασταύρωση του άγχους ως στοιχείο του χαρακτήρα των μητέρων σε συσχέτιση με τα Δημογραφικά στοιχεία.....	49
6.3.6.GHQ – STAI- X1: διασταύρωση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και του ερωτηματολογίου για την κατάσταση άγχους των μητέρων την στιγμή που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια.....	52
6.3.7.GHQ- STAI – X2: διασταύρωση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με το άγχος ως στοιχείο του χαρακτήρα των μητέρων.....	53
6.4.Συζήτηση.....	53
6.5.Περιορισμοί της μελέτης.....	56
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	57
Παραρτήματα.....	61

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες οφείλω στον υπεύθυνο και επιβλέποντα Καθηγητή Κο Νικόλαο Σκεντέρη, για την καθοδήγησή του στην παρούσα μελέτη, στις συμμετέχουσες μητέρες που δέχτηκαν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια και στους ανθρώπους εκείνους που με υποστήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής και ολοκλήρωσης της Διπλωματικής μου μελέτης.

Περίληψη

Η θρέψη του βρέφους, η έναρξη, η συνέχιση και η διακοπή του μητρικού θηλασμού αποτελεί απόφαση της μητέρας, η οποία επηρεάζεται από δημογραφικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Το σύνολο αυτών των παραγόντων σε συνάρτηση με την τελική απόφαση της μητέρας, προσδιορίζει την ψυχική υγεία της.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής σχέσης μεταξύ του μητρικού θηλασμού και μη, με την ψυχική υγεία των μητέρων.

Υλικό – Μέθοδος: Στην μελέτη συμμετείχαν εξακόσια εξήντα μία (661) μητέρες, οι οποίες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικού, κοινωνικού περιεχομένου και με πληροφορίες που αφορούσαν το βρέφος και τον θηλασμό, τις δύο (2) υποκλίμακες (STAI – X1, STAI – X2) του Ερωτηματολογίου Διερεύνησης Άγχους του Spielberger (1970) (state - trait anxiety inventory) και το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Γενικής Υγείας του Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ-28, 1972).

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 54,5% των μητέρων δεν θηλάζει, ενώ το 45,5% θηλάζει. Πιο συγκεκριμένα, το 54,4% των μητέρων θηλάζει ή θήλασε το τελευταίο παιδί, με το 48% αυτών να θηλάζει ή να έχει θηλάσει για >12 μήνες. Ωστόσο, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες που εργάζονται διακόπτουν πιο σύντομα τον μητρικό θηλασμό, με ποσοστό 3,9%. Ακόμη, παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν θετικά την διακοπή ή την συνέχιση του μητρικού θηλασμού είναι ο τρόπος θηλασμού (αποκλειστικά ή μεικτά), το διάστημα θηλασμού την δεδομένη στιγμή και η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια του τοκετού και του θηλασμού. Όσον αφορά τις μητέρες που θηλάζουν την δεδομένη στιγμή, ο θηλασμός τους επηρεάζεται από τον τρόπο τοκετού (φυσιολογικός, καισαρική τομή) και από την συνέχιση ή όχι του θηλασμού τους. Τα υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους και άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας, τα εμφανίζουν οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο και πιστεύουν ότι ο μητρικός θηλασμός προσφέρει οφέλη και εξαρτώνται από παράγοντες όπως, ο τρόπος τοκετού και ο τρόπος θηλασμού. Επιπρόσθετα, οι μητέρες που θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους και άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το παροδικό άγχος και το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας, επηρεάζεται από την σωματική και ψυχολογική υγεία, από τις κοινωνικές σχέσεις και από το περιβάλλον.

Συμπεράσματα: Η βέλτιστη ψυχική υγεία της μητέρας προϋποθέτει μειωμένα επίπεδα παροδικού άγχους και άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας, καθώς και την εδραίωση του μητρικού θηλασμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Λέξεις – Κλειδιά: μητρικός θηλασμός, ψυχική υγεία, μητέρα, βρέφος

Abstract

Nutrition of the infant, initiation, continuation and cessation of breastfeeding is a decision of the mother, which is influenced by demographic, social and psychological factors. All these factors, depending on the final decision of the mother, determine her mental health.

Purpose: The aim of the present study is to investigate the relationship between breastfeeding, non – breastfeeding and maternal mental health.

Material – Method: 661 participants completed the Questionnaire, which is related to demographic - social data and information about the baby and breastfeeding, the State - Trait Anxiety Inventory (Spielberger 1970) and the General Health Questionnaire - GHQ- 28, (Goldberg 1972).

Results: Results showed that 54.5% of mothers do not breastfeed, while 45.5% are breastfeeding. More specifically, 54.4% of mothers are breastfeeding or the last child was breastfed, with 48% of them breastfeeding or having breastfed for > 12 months. However, it was found that working mothers stop breastfeeding sooner, at a rate of 3.9%. Also, factors that seem to have a positive effect on stopping or continuing breastfeeding are the way of breastfeeding (exclusively or mixed), the period of breastfeeding at the moment and the help and the support from health professionals during childbirth and breastfeeding. For mothers who are currently breastfeeding, breastfeeding is affected by the mode of delivery (normal, caesarean section) and whether or not they continue breastfeeding. The highest levels of stress and anxiety as a personality element are displayed by breastfeeding mothers, who currently believe that breastfeeding offers benefits and depend on factors, such as the mode of delivery and the mode of breastfeeding. In addition, mothers who breastfed for longer periods of time have lower levels of transient stress and anxiety as a personality element. It was also found that transient stress and anxiety as a personality element are affected by physical and psychological health, social relationships and the environment – depression.

Conclusion: The optimal mental health of the mother brings reduced levels of transient stress and anxiety as a personality element, as well as the consolidation of breastfeeding for a long time.

Keywords: breastfeeding, mental health, mother, infant

Εισαγωγή

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, τόσο του μητρικού γάλακτος όσο και της διαδικασίας, περιλαμβάνουν την ανάπτυξη σωματικής και ψυχικής υγείας του βρέφους, της μητέρας, καθώς και της μεταξύ τους σχέσης. Αυτό είναι καθοριστικής σημασίας για την αποδοχή του βρέφους από την μητέρα, την ανάγκη φροντίδας της μητέρας για το βρέφος και την ανάπτυξη της βέλτιστης ψυχικής υγείας τους. Πλήθος αξιολογών δημοσιεύσεων αποδεικνύουν την συμβολή του μητρικού θηλασμού και τις θετικές εκβάσεις του στην ψυχική τους υγεία.[4],[5]

Τα οφέλη που σχετίζονται με την ψυχική υγεία της μητέρας περιλαμβάνουν: την ρύθμιση του στρες, την επιλόχεια κατάθλιψη, τον ψυχικό δεσμό που αναπτύσσεται μεταξύ μητέρας και βρέφους, καθώς και ορμονικούς και άλλους μηχανισμούς που έχουν ως αποτέλεσμα τις θετικές εκβάσεις της ψυχικής υγείας της.[31],[26] Στην εύρυθμη λειτουργία της ψυχικής υγείας της μητέρας, του βρέφους και της ανάπτυξης του ψυχικού δεσμού μεταξύ μητέρας και βρέφους, σημαντικό ρόλο έχει ο πρώτος θηλασμός, κατά τον οποίο το βρέφος αναπτύσσεται ψυχολογικά [7],[8], η στενή δερματική επαφή (SSC - skin to skin contact) (SSC), καθώς και η βλεμματική επαφή, που πραγματοποιούνται μετά τον τοκετό, κατά την διάρκεια του πρώτου θηλασμού.[38] Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των μητέρων που διακόπτουν πρόωρα τον μητρικό θηλασμό φαίνεται ότι είναι κυρίως για ψυχολογικούς λόγους, λόγους αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό και την παροχή γάλακτος στο βρέφος τους, καθώς και για λόγους που οδηγούν στην επιστροφή στην εργασία τους.[15],[10]

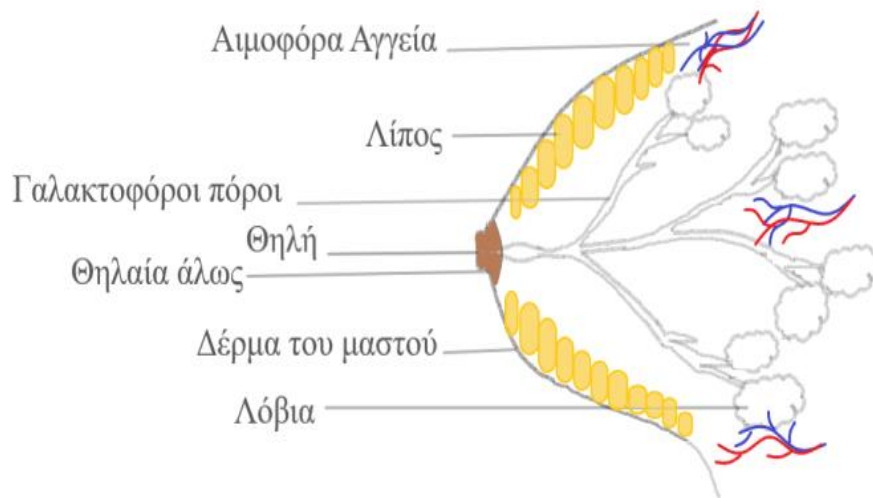
Οι παραπάνω ωφέλιμες επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία της μητέρας των νέων Ελληνίδων μητέρων, καθώς και οι λόγοι διακοπής ή συνέχισης του μητρικού θηλασμού, μελετώνται στην παρούσα μελέτη.

Γενικό Μέρος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1- ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΑΛΑΚΤΟΦΟΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΓΑΛΑΚΤΟΣ

1.1.Μαστός

Ο μαστός, ο οποίος λέγεται και μαστικός ή μαζικός αδένας είναι ένας αδένας που έχει ως σκοπό να παράγει γάλα.[3]



Εικόνα 1: Ανατομία του μαστού

(Αντωνιάδου Κουμάτου, Αθήνα 2015)

Η παραγωγή του γάλακτος πραγματοποιείται στα λοβίδια ή αδενοκυψέλες, τα οποία απαρτίζουν τα 20-40 λόβια του αδενικού παρεγχύματος. Τα λόβια απαρτίζουν κάθε λοβό από τους 15-20 λοβούς που αποτελείται το αδενικό παρέγχυμα. Το γάλα, εκβάλλοντας στον κάθε λοβό, μέσω του γαλακτοφόρου πόρου καταλήγει στο άνοιγμα της θηλής.[8],[6]

1.2.Διαδικασία παραγωγής ανθρώπινου γάλακτος

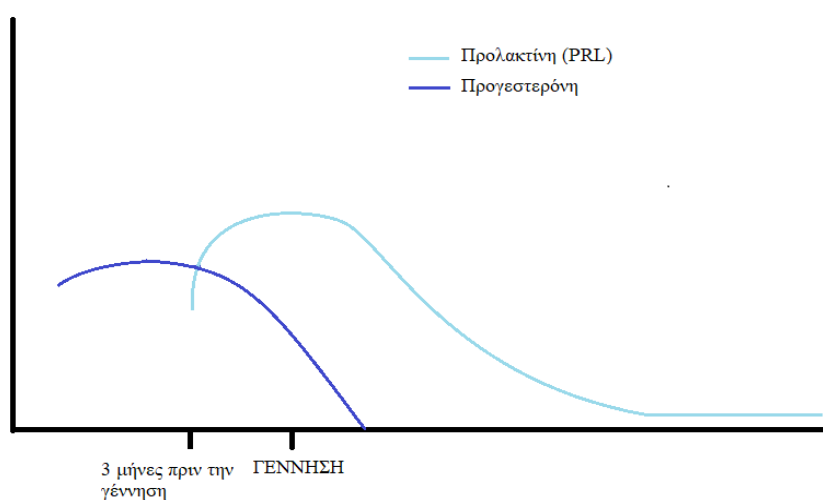
Η διαδικασία παραγωγής γάλακτος από τους μαστούς ή γαλακτογένεση πραγματοποιείται σε τρία στάδια: το στάδιο της εκκριτικής διαφοροποίησης ή γαλακτογένεση I, το στάδιο εκκριτικής ενεργοποίησης ή γαλακτογένεση II, το στάδιο γαλακτοποίησης ή γαλακτογένεση III.[2]

Το πρώτο στάδιο συμβαίνει κατά το δεύτερο ήμισυ της εγκυμοσύνης, κατά το οποίο τα επιθηλιακά κύτταρα του μαστού διαφοροποιούνται σε γαλακτοκύτταρα, έχοντας την ικανότητα να συνθέσουν τα συστατικά του γάλακτος.[8]

Το δεύτερο στάδιο συμβαίνει στις πρώτες τέσσερις μέρες από τον τοκετό, κατά το οποίο γίνεται η έναρξη άφθονης παραγωγής γάλακτος. Ωστόσο, η κορύφωση της παραγωγής συμβαίνει στις 36 - 96 ώρες μετά τον τοκετό.[8]

Το τρίτο στάδιο, το οποίο αρχίζει μετά την τρίτη μέρα μετά τον τοκετό, χαρακτηρίζεται από την διατήρηση της γαλουχίας. Η παραγωγή του γάλακτος στο στάδιο αυτό αυξάνεται όσο απομακρύνεται το γάλα από τον μαστό.[8]

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας της γαλακτογένεσης εκκρίνονται βασικές ορμόνες της γαλουχίας, η προλακτίνη (PRL) και η ωκυτοκίνη. Η PRL εκκρίνεται από το οπίσθιο τμήμα της υπόφυσης και είναι απαραίτητη ορμόνη για την παραγωγή γάλακτος. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα PRL, τα οποία ρυθμίζονται από έναν αναστολέα της PRL, την προγεστερόνη. Αυτή εκκρίνεται από τον υποθάλαμο με σκοπό να αποφευχθεί η παραγωγή γάλακτος τους τελευταίους τρεις μήνες της εγκυμοσύνης. Η έκκριση του αναστολέα αυτού διακόπτεται με την έναρξη του θηλασμού.[29] Τα επίπεδα PRL αυξάνονται σημαντικά κατά την γέννηση του βρέφους, έτσι ώστε να αρχίσει η παραγωγή του γάλακτος από τους μαστούς.[6]



Εικόνα 2: Έκκριση ορμονών κατά την διάρκεια της γαλακτογένεσης

(Αντωνιάδου Κουμάτου, Αθήνα 2015)

Επιπλέον, σημαντική λειτουργία της PRL είναι η παρεμπόδιση παραγωγής ωαρίων, αποφεύγοντας μια νέα εγκυμοσύνη και δίνοντας χρόνο στην μητέρα να αυξήσει στον οργανισμό της τα μειωμένα επίπεδα των θρεπτικών συστατικών.[6]

Η παραγωγή του ανθρώπινου γάλακτος βασίζεται στον νόμο προσφοράς – ζήτησης. Όσο περισσότερο και όσο συχνότερα απομακρύνεται το γάλα από τον μαστό τόσο μεγαλύτερη παραγωγή γάλακτος θα συμβαίνει.[8]

1.3.Τύποι γάλακτος

Ανθρώπινο γάλα

Το ανθρώπινο γάλα συστήνεται ως το gold standard για την διατροφή του βρέφους. Περιέχει πολλές εκατοντάδες έως χιλιάδες διαφορετικά βιοδραστικά μόρια που προστατεύουν από πιθανή μόλυνση και φλεγμονή και συμβάλλουν στην ωρίμανση του αμυντικού συστήματος, στην ανάπτυξη οργάνων και στον υγιή μικροβιακό αποικισμό.[42]

Πρωτόγαλα

Το πρώτο γάλα ή πρωτόγαλα ή πύαρ παράγεται από τους μαστούς της μητέρας την πρώτη έως την τρίτη ημέρα μετά τον τοκετό. Το πρωτόγαλα χαρακτηρίζεται από υψηλή περιεκτικότητα σε πρωτεΐνη (κυρίως ανοσοσφαιρίνες), σε λευκοκύτταρα, σε λακτοφερρίνη, σε νάτριο, σε χλώριο και χαμηλή περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (με την μορφή λακτόζης) και λίπος.[29]

Μεταβατικό γάλα

Το μεταβατικό γάλα παράγεται μετά την τέταρτη μέρα μετά τον τοκετό. Η ονομασία του δηλώνει την παραγωγή του από την τέταρτη έως την δέκατη τέταρτη ημέρα μετά τον τοκετό. Με την παραγωγή του μεταβατικού γάλακτος μειώνεται σταδιακά η περιεκτικότητά του σε πρωτεΐνη και νάτριο.[8]

Ωριμο γάλα

Το ώριμο γάλα παράγεται δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Συγκριτικά με το πρωτόγαλα περιέχει λιγότερη πρωτεΐνη και περισσότερους υδατάνθρακες και λίπος.[8]

1.4.Σύσταση ανθρώπινου γάλακτος

Η γενική σύσταση του ανθρώπινου γάλακτος είναι 87% νερό, 3,8% λίπος, 0,8% - 1,0% πρωτεΐνη και 7% λακτόζη. Το λίπος και η λακτόζη, αντιστοίχως, παρέχουν το 50% και το 40% της συνολικής ενέργειας του γάλακτος.[42]

1.5.Τεχνητή διατροφή (formula)

Ωστόσο, για αρκετούς λόγους υπάρχουν ορισμένα βρέφη που δεν έχουν την δυνατότητα να απολαύσουν τα οφέλη του θηλασμού.[50]

Ο εναλλακτικός τρόπος σίτισης του βρέφους, σε περιπτώσεις που ο μητρικός θηλασμός δεν μπορεί να συμβεί, είναι η τεχνητή διατροφή (formula) ή τροποποιημένο γάλα.

Μερικά από αυτά είναι το τροποποιημένο γάλα που έχει ως βάση του το αγελαδινό γάλα, τα τροποποιημένα γάλατα πρώτης, δεύτερης και τρίτης βρεφικής ηλικίας, τα τροποποιημένα γάλατα που έχουν ως βάση τους το κατσικίσιο γάλα, την σόγια, το ρύζι καθώς και ειδικά τροποποιημένα γάλατα με χαμηλή ή μηδενική περιεκτικότητα σε λακτόζη, υποαλλεργικά και αντιαναγωγικά.[41]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Ο μητρικός θηλασμός είναι χαρακτηριστικός στην κατηγορία των θηλαστικών, στην οποία ανήκει και το ανθρώπινο είδος. Είναι μια διαδικασία κατά την οποία η μητέρα θρέφει τον απόγονό της, προσφέροντάς του θρεπτικά συστατικά σε επαρκείς ποσότητες μέσω του μαστού. Ωστόσο, ο μητρικός θηλασμός, εκτός από ένα γεύμα, προσφέρει κι άλλα οφέλη που αφορούν την ανάπτυξη και την βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας τόσο του βρέφους όσο και της μητέρας.[30] Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και την UNICEF ο θηλασμός συνιστάται να αρχίσει κατά την διάρκεια της πρώτης ώρας της γέννησης του βρέφους και να συνεχίσει αποκλειστικά μέχρι τους 6 μήνες ζωής του. Έπειτα, από το χρονικό διάστημα αυτό, ξεκινά η εισαγωγή των συμπληρωματικών στερεών τροφών, η οποία συνιστάται να συνδυάζεται με τον θηλασμό μέχρι και τα 2 έτη ζωής του βρέφους ή και αργότερα.[49]

2.1. Παγκόσμια και ελληνικά δεδομένα

Σύμφωνα με τα παγκόσμια και τα ελληνικά δεδομένα, τα μελλοντικά οφέλη του μητρικού θηλασμού φαίνεται να μην τα έχει γνωρίσει η πλειονότητα τόσο των μητέρων όσο και των βρεφών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2012, βρέθηκε ότι μόνο το 39% των βρεφών >6 μηνών θήλασαν αποκλειστικά. Τις δύο τελευταίες δεκαετίες φαίνεται ότι σχεδόν 2 στα 3 βρέφη δεν θηλάζουν αποκλειστικά για τους προτεινόμενους 6 μήνες.[49],[4] Μάλιστα, σύμφωνα με μελέτη από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών (2011), που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., βρέθηκε ότι από το 70% των μητέρων που αρχίζουν να θηλάζουν αποκλειστικά μετά την γέννηση των βρεφών τους, μόνο το 13,5% αυτών, συνεχίζουν να θηλάζουν αποκλειστικά μέχρι τον έκτο μήνα.[26] Σε μελέτη του Arora S. et al. (2000), η οποία πραγματοποιήθηκε σε 245 νέες μητέρες, διαπιστώθηκε ότι το 44,3% αυτών, άρχισαν τον αποκλειστικό θηλασμό, το 46,3% αυτών, άρχισαν την σίτιση του βρέφους τους με τεχνητή διατροφή (formula), και το 8,9% αυτών, άρχισαν τον συνδυασμό αυτών των μεθόδων.[13]

Αναφορικά με τα ελληνικά δεδομένα, σύμφωνα με μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2009), που πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα, βρέθηκε ότι την πρώτη ημέρα μετά τον τοκετό, από το 88% των μητέρων που άρχισαν να θηλάζουν, μόλις το 41% θήλαζαν αποκλειστικά, με το πέρας του πρώτου μήνα μόλις το 21%, με το πέρας του τρίτου μήνα μόλις το 11% και τον έκτο μήνα το ποσοστό έπεσε στο 0,8%. Συγκεκριμένα, μετά την πρώτη εβδομάδα του τοκετού το 83% των μητέρων συνέχισε να θηλάζει, μετά το πέρας του πρώτου μήνα το 60% αυτών, μετά το πέρας του τρίτου μήνα το 39% αυτών και μετά το πέρας του έκτου μήνα το 22%. Μετά τον έκτο μήνα, όπου γίνεται και η ένταξη των στερεών τροφών, το 9% των μητέρων συνέχισε τον θηλασμό μέχρι και τους 9 μήνες ενώ το 6% αυτών, μέχρι τους 12 μήνες.[4]

2.2.Συνηθέστεροι λόγοι διακοπής του θηλασμού

Οι λόγοι για τους οποίους διακόπτεται πρόωρα ο θηλασμός είναι κυρίως η αίσθηση της ανεπαρκούς παροχής γάλακτος στο βρέφος και η επιστροφή στην εργασία ή το σχολείο. Δευτερεύοντες λόγοι είναι ο πόνος της θηλής και γενικότερα προβλήματα που αφορούν το μαστό, η κούραση, το άγχος και το στρες, αρρώστια της μητέρας ή του βρέφους, μη επαρκής πρόσληψη βάρους του βρέφους, λήψη φαρμάκων από την μητέρα και προβληματισμός και ανησυχία για την επαρκή πρόσληψη γάλακτος από το βρέφος.[10]

Αίσθηση ανεπαρκούς παροχής γάλακτος στο βρέφος

Ο προβληματισμός και η ανησυχία σχετικά με την παροχή γάλακτος στο βρέφος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για την διακοπή του θηλασμού στην διάρκεια των πρώτων έξι μηνών της ζωής του βρέφους. Ωστόσο, μελέτες που εξετάζουν την πρόσληψη γάλακτος και την αύξηση βάρους των βρεφών, σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά, έχουν αποδείξει ότι λιγότερο από το 5% των μητέρων δεν μπορούν να παράγουν επαρκές γάλα για να καλύψουν τις διατροφικές ανάγκες του βρέφους τους κατά τους πρώτους τέσσερις μήνες ζωής τους. Επιπλέον, ο μητρικός θηλασμός, η παραγωγή και η ροή του γάλακτος βασίζεται στον νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. Όσο περισσότερο το βρέφος ζητάει γάλα από την μητέρα τόσο η μητέρα θα προσφέρει σε αυτό. Είναι σημαντικό το βρέφος να θηλάζει την στιγμή που πεινάει και να μην υποκαθίσταται το ανθρώπινο γάλα με υποκατάστατά του και υγρά, μέσω του μπιμπερό.[15]

Επιστροφή στην εργασία

Σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης (2016), στην οποία συμμετείχαν 817 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει κίνδυνος διακοπής του θηλασμού σε γυναίκες που αποφάσισαν να επιστρέψουν στην εργασία τους στην διάρκεια των 6 μηνών μετά τον τοκετό τους, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν επέστρεψαν στην εργασία τους σε αυτό το χρονικό διάστημα. Μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι στις γυναίκες, στις οποίες ο εργοδότης πρόσφερε άδεια εγκυμοσύνης με τις αντίστοιχες αποδοχές, δεν επηρέασε την έναρξη ή την διακοπή του θηλασμού. Αντίθετα, οι γυναίκες, στις οποίες ο εργοδότης πρόσφερε λιγότερες αποδοχές, ήταν πιο πιθανό να διακόψουν τον θηλασμό στους πρώτους 6 μήνες.[19] Ωστόσο, υπάρχουν εναλλακτικοί τρόποι σίτισης του βρέφους, ενώ η μητέρα και το βρέφος δεν βρίσκονται στον ίδιο χώρο. Η νέα μητέρα μπορεί να αντλεί και να αποθηκεύει το γάλα της στο ψυγείο, ακόμη και όταν δεν βρίσκεται σπίτι της, έτσι ώστε να δημιουργήσει μια τράπεζα γάλακτος. Με αυτόν τον τρόπο αποτρέπει το άγχος και την ανησυχία της για την στέρηση τροφής στο βρέφος της, την στιγμή που βρίσκεται στην εργασία ή το σχολείο.[6] Ακόμη, φαίνεται ότι με την ύπαρξη ευέλικτων προγραμμάτων εργασίας για μητέρες που θηλάζουν ή και πρόσβασης σε ιδιωτικό δωμάτιο γαλουχίας, παρατείνεται η διάρκεια του μητρικού θηλασμού.[15]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

3.1.Συσχέτιση με την σωματική και αναπτυξιακή υγεία

Ο μητρικός θηλασμός είναι απαραίτητος για την επιβίωση του βρέφους, αλλά προσφέρει και πολλαπλά οφέλη όσον αφορά την σωματική και αναπτυξιακή υγεία του, όπως είναι η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης λοιμώξεων, παθολογικών καταστάσεων και η ανάπτυξη γνωστικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών.

3.1.1.Λοιμώξεις

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης γαστρεντερικής λοίμωξης, νοσημάτων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και οξείας μέσης ωτίτιδας. Συγκεκριμένα, σε μια ανασκόπηση 14 μελετών κοόρτης και 3 μελετών ελέγχου περιπτώσεων, διαπιστώθηκε ότι τα βρέφη των γυναικών που θήλαζαν εμφάνισαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης διάρροιας στον πρώτο χρόνο ζωής τους, συγκριτικά με τα βρέφη των γυναικών που δεν θήλαζαν. Σε μετά-ανάλυση 7 μελετών κοόρτης, διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης νοσημάτων του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος σε βρέφη < 1 έτους τα οποία θήλασαν αποκλειστικά για > 4 μήνες, συγκριτικά με τα βρέφη που τρέφονταν με τεχνητή διατροφή (formula). Σε 5 μελέτες κοόρτης και μια μελέτη ελέγχου περιπτώσεων, διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης οξείας μέσης ωτίτιδας σε βρέφη που θήλαζαν αποκλειστικά και σε βρέφη που θήλαζαν για > 3 μήνες, συγκριτικά με βρέφη που δεν θήλαζαν.[43]

3.1.2.Παθολογικές καταστάσεις

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης υψηλής αρτηριακής πίεσης, υψηλής ολικής χοληστερόλης και, κατ' επέκταση, την πιθανότητα εμφάνισης παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2. Επιπλέον, φαίνεται ότι μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας, παιδικής λευχαιμίας, ατοπικής δερματίτιδας και συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου. Συγκεκριμένα, σε 2 μετά-αναλύσεις 26 μελετών, διαπιστώθηκε μείωση < 1.5 mm Hg της συστολικής πίεσης και μείωση < 0.5 mm Hg της διαστολικής πίεσης σε ενήλικες οι οποίοι είχαν θηλάσει, συγκριτικά με τους ενήλικες που τρέφονταν με τεχνητή διατροφή (formula). Σε μια μετά-ανάλυση 37 μελετών κοόρτης και ελέγχου περιπτώσεων, διαπιστώθηκε μείωση 0.18 mmol/ l ολικής χοληστερόλης και 0.2 mmol/ l λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL) σε ενήλικες οι οποίοι είχαν θηλάσει, συγκριτικά με τους ενήλικες που τρέφονταν με τεχνητή διατροφή (formula). Σε μια μετά-ανάλυση 4 μελετών διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης νεκρωτικής εντεροκολίτιδας σε πρόωρα βρέφη που θήλαζαν σε σχέση με πρόωρα βρέφη που τρέφονταν με τεχνητή διατροφή (formula). Σε μια μετά-ανάλυση 14 μελετών ελέγχου περιπτώσεων διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος

εμφάνισης οξείας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας και οξείας μυελογενούς λευχαιμίας σε βρέφη που θηλάσαν για τουλάχιστον 6 μήνες. Σε μια μετά-ανάλυση 18 μελετών ανασκόπησης διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης ατοπικής δερματίτιδας σε παιδιά που είχαν οικογενειακό ιστορικό και είχαν θηλάσει για > 3 μήνες σε σχέση με παιδιά που είχαν οικογενειακό ιστορικό και είχαν θηλάσει < 3 μήνες. Σε μια μετά-ανάλυση 7 μελετών ελέγχου περιπτώσεων διαπιστώθηκε μειωμένος κίνδυνος εμφάνισης συνδρόμου αιφνίδιου θανάτου σε βρέφη που θηλάζουν συγκριτικά με βρέφη που τρέφονται με τεχνητή διατροφή (formula).[43]

3.1.3.Γνωστικά και συμπεριφορικά χαρακτηριστικά

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι ευνοεί την ανάπτυξη των γνωστικών και συμπεριφορικών χαρακτηριστικών, όπως είναι η ανάπτυξη του εγκεφάλου, η μνήμη και οι γνωστικές ικανότητες του βρέφους. Η ανάπτυξη αυτών των χαρακτηριστικών οφείλεται σε συστατικά του ανθρώπινου γάλακτος, όπως το σιαλικό οξύ, το οποίο βοηθάει στην ανάπτυξη του εγκεφάλου και η λακτόζη, η οποία περιέχει σημαντικές ποσότητες ωφέλιμων λιπαρών οξέων και χοληστερόλης.[4] Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Sean C.L. et al, που πραγματοποιήθηκε σε 133 υγιή βρέφη και νήπια από 10 μηνών μέχρι 4 χρονών, τα οποία είτε θηλάσαν αποκλειστικά τουλάχιστον 3 μήνες, είτε τράφηκαν με τεχνητή διατροφή (formula) ή έλαβαν ένα συνδυασμό μητρικού γάλακτος και τεχνητής διατροφής (formula), διαπιστώθηκε ότι τα βρέφη και τα νήπια που είχαν θηλάσει τουλάχιστον 3 μήνες αποκλειστικά, είχαν καλύτερη ανάπτυξη της λευκής ουσίας και του εγκεφάλου, καθώς και ανάπτυξης συγκεκριμένων περιοχών και οδών της λευκής ουσίας που σχετίζονται με απώτερες γνωστικές λειτουργίες, όπως η εκτελεστική λειτουργία, ο προγραμματισμός, η κοινωνική, η συναισθηματική λειτουργία και η γλώσσα.[19] Σε μελέτη των Vasiliki Leventakou et al, στην οποία συμμετείχαν 540 ζευγάρια μητέρας - βρέφους, διαπιστώθηκε ότι η μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σχετίζεται με αυξημένη γνωστική και κινητική ανάπτυξη του βρέφους στον 18ο μήνα της ζωής του, στις οποίες περιλαμβάνεται η βελτιωμένη μνήμη, η γρήγορη εκμάθηση γλώσσας καθώς και ο υψηλότερος δείκτης νοημοσύνης (IQ).[48] Επιπλέον, υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν την θετική επίδραση του μητρικού θηλασμού στις γνωστικές ικανότητες, ακόμη και στην ενηλικίωση. Σε προοπτική μελέτη των Mortensen E.L. et al. (1959-1961), η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 973 ανδρών και γυναικών ενηλίκων, με μέσο όρο ηλικίας 27,2 χρονών, και σε δείγμα 2.280 ανδρών ενηλίκων, με μέσο όρο ηλικίας 18,7 χρονών, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του μητρικού θηλασμού και των γνωστικών ικανοτήτων τους.[40]

3.2.Συσχέτιση με την ψυχική υγεία

Ο πρώτος θηλασμός σηματοδοτεί την δημιουργία και την ανάπτυξη της πρώτης σχέσης του βρέφους με άλλο άτομο, την μητέρα του. Το πρώτο ερέθισμα του θηλασμού συμβαίνει κατά την ενδομήτρια

ακόμη ζωή, όπου αναπτύσσεται η πρώτη αίσθηση στο έμβρυο, αυτή της αφής. Τα δάχτυλα του εμβρύου, αγγίζοντας το στόμα, διεγείρουν το αντανακλαστικό του θηλασμού, ικανότητα που επιβεβαιώνεται υπερηχοτομογραφικά από την 20η εβδομάδα κύησης. Αυτή η ικανότητα σε συνδυασμό με την προετοιμασία και τις αλλαγές που υφίσταται ο γυναικείος μαστός αποτελούν σημάδια του μελλοντικού θηλασμού.

Για το βρέφος, η γέννησή του αποτελεί την έξοδό του από την μήτρα, την έναρξη της εξωτερικής επαφής με την μητέρα του και τον τερματισμό της ένωσής του σωματικά με αυτήν. Η ενδομήτρια ζωή, καθώς και οι πρώτοι 3-6 μήνες ζωής του είναι καθοριστικής σημασίας για την ψυχοσωματική του ανάπτυξη, αφού από την ενδομήτρια κιόλας ζωή αναπτύσσεται ο ανθρώπινος εγκέφαλος και κατ' επέκταση οι ψυχικές λειτουργίες. Η σωστή και ισορροπημένη ανάπτυξη αυτών, προδιαθέτει την ύπαρξη υγιών ανθρώπινων σχέσεων, τόσο από την μεριά των γονέων, όσο και από την μεριά των επαγγελματιών υγείας.[8]

Το βρέφος, τους πρώτους μήνες ζωής του, έρχεται σε στενή επαφή με το δέρμα και τον μαστό της μητέρας του. Του αρέσει να μυρίζει και να αγγίζει τον μαστό της μητέρας του, να ακούει τους χτύπους της καρδιάς της και να την κοιτάζει.[4] Το κράτημα, το άγγιγμα, τα λόγια της μητέρας προς το βρέφος της καθώς και η συμπεριφορά της προς αυτό, δημιουργεί στο βρέφος την αίσθηση της δέσμευσης με τον φροντιστή του. Εξίσου σημαντική δέσμευση δημιουργείται μέσω της προσφοράς ενός αντικειμένου, όπως είναι ο μαστός ή το μπουκάλι. Οποιοσδήποτε από αυτούς τους παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την έναρξη ή την συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Αλλά, η συναισθηματική αυτή δέσμευση δεν περιορίζεται μόνο στην διεκπεραιωτή παροχή θρέψης του βρέφους, καθώς βοηθά και στην εξέλιξη και εδραίωση του ψυχοσωματικού του κόσμου. Μάλιστα, πολλές φορές, το βρέφος αναζητά και επιθυμεί τον μαστό της μητέρας του για λόγους ευχαρίστησης.[8]

3.2.1. Ασυνείδητο βρέφος και ανάπτυξη προσωπικότητας

Αν και οι μνήμες της βρεφικής ηλικίας είναι μηδενικές ή ελάχιστες, το ασυνείδητο, μέσω του ανθρώπινου νευρικού συστήματος, έχει καταγράψει τις συναισθηματικές αυτές ατομικές εμπειρίες ή δεσμεύσεις, οι οποίες φαίνεται ότι επηρεάζουν σε κάποιο βαθμό τον σχηματισμό ενός μέρους της προσωπικότητας. Σύμφωνα με τον Meerloo (1954), η αίσθηση του χρόνου και της προσδοκίας αναπτύσσεται από τη βρεφική εμπειρία της πείνας. Παρόμοια, σύμφωνα με τον Erikson (1956), η αίσθηση του χρόνου και των ιδιοτήτων του αναπτύσσεται από την καθυστέρηση της ικανοποίησης που προσφέρει το αντικείμενο που επιθυμεί το βρέφος. Σύμφωνα με τους Hartmann, Kris και Lowenstein (1946), η διαδικασία της ωριμότητας καθορίζεται από τις αναβολές ικανοποίησης της

επιθυμίας, της ανάγκης του αντικειμένου από το βρέφος και κατ' επέκταση της ανάπτυξης της προσμονής.[7],[8]

3.2.2.Θεωρίες ψυχολογικής εξέλιξης του βρέφους

Σύμφωνα με τον Freud, ο πρώτος θηλασμός περιγράφει το πρώτο στάδιο ψυχολογικής - σεξουαλικής εξέλιξης του βρέφους ή αλλιώς στοματικό. Το πρώτο αυτό στάδιο χωρίζεται στο σεξουαλικό και επιθετικό στοιχείο. Το σεξουαλικό στοιχείο περιγράφει την ικανοποίηση του βρέφους μέσω του πιπίλισματος, το οποίο συμβαίνει τους πρώτους μήνες ζωής του, αντιμετωπίζοντας τον μαστό της μητέρας του ως ανάγκη και επιθυμία. Το επιθετικό στοιχείο περιγράφει την επιθετικότητα που εκφράζει το βρέφος, κατά το δεύτερο εξάμηνο ζωής του, όπου αναπτύσσεται η οδοντοφυΐα του, μέσω του κλάματος, του δαγκώματος και του φτυσίματος. Την περίοδο ανάπτυξης αυτού του σταδίου, το βρέφος δεν διακρίνει το Εγώ του από τον εξωτερικό κόσμο (μη Εγώ), δεν μπορεί να μιλήσει, δεν έχει διαμορφωθεί το Εγώ του. Η ανώριμη αυτή αίσθηση αναπτύσσεται και διαμορφώνεται στον πρώτο χρόνο ζωής του βρέφους.[7],[8]

Σύμφωνα με την Melanie Klein, ο πρώτος θηλασμός περιγράφει το πρώτο στάδιο ψυχολογικής – συναισθηματικής εξέλιξης του βρέφους, το οποίο χαρακτηρίζεται ως πρώιμη επιθετικότητα. Μετά την γέννηση του βρέφους, αναπτύσσεται η αίσθηση του εαυτού, του Εγώ και αυτό το γεγονός δίνει την δυνατότητα στο βρέφος να έρθει σε επαφή με κάποιο αντικείμενο. Ωστόσο, τους πρώτους 6 μήνες της ζωής του, το Εγώ του δεν μπορεί να αντιληφθεί κάποιο αντικείμενο ως ολόκληρο. Βλέπει τον κόσμο του χωρισμένο σε «καλά» και «κακά» αντικείμενα, τα οποία έχουν αντίστοιχα «καλές» και «κακές» προθέσεις. Εξαιτίας αυτού, η επαφή με τον μαστό της μητέρας χαρακτηρίζεται από το βρέφος είτε ικανοποιητική ή ματαιωτική. Με αυτόν τον τρόπο αιτιολογείται η προτίμησή του σε έναν από τους δύο μαστούς.[7],[8]

Επιπλέον, μια σπουδαία παιδίατρος και ψυχίατρος, Margaret Mahler, περιγράφει σε βιβλίο της, την πρώτη σχέση βρέφους και μητέρας ως ψυχολογική γέννηση του βρέφους. Για την ευνοϊκή εξέλιξη της ψυχολογικής γέννησης του βρέφους, χρειάζεται η ύπαρξη ευνοϊκών συνθηκών, έτσι ώστε να μπορέσει να αναπτυχθεί και να διαμορφωθεί κατάλληλα η αίσθηση του εαυτού ή το Εγώ.[8]

Σύμφωνα με τον P.W. Winnicott, το δεύτερο στάδιο της ψυχολογικής – συναισθηματικής εξέλιξης του βρέφους, που συχνά εμφανίζεται μεταξύ 4 και 12 μηνών είναι το μεταβατικό στάδιο. Σε αυτό το στάδιο το βρέφος για πρώτη φορά ανακαλύπτει μόνο του ένα αντικείμενο, όπως είναι ένα αρκουδάκι, ένα παιχνιδάκι, ένα μαξιλάρι, μια μελωδία το οποίο βοηθά στην μετάβασή του από το Εγώ στο μη Εγώ, από την στοματική σχέση με την μητέρα του στην λειτουργική αντικειμενοτρόπο σχέση μαζί της. Σε αυτό το στάδιο ο μαστός της μητέρας αντιμετωπίζεται ως αντικείμενο παροχής γάλακτος και όχι τόσο ως κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του. Το αντικείμενο αυτό γεφυρώνει την σχέση

μεταξύ Εγώ και μη Εγώ, και το βρέφος, μέσω του παιχνιδιού, μπορεί να καλύπτει το άγχος αποχωρισμού από το μαστό της μητέρας.[7]

3.2.3.Πρώτος θηλασμός και συναισθήματα βρέφους

Στην πρώτη σωματική, οπτική επαφή και στον πρώτο θηλασμό μετά τον τοκετό, το βρέφος αισθάνεται λιγότερο άγχος, περισσότερη ηρεμία και η καρδιακή και αναπνευστική του λειτουργία είναι πιο σταθερές. Σημαντικές ορμόνες του γάλακτος βοηθούν στην προώθηση της ηρεμίας στο βρέφος, όπως είναι η μελατονίνη. Η έκκριση της μελατονίνης συμβαίνει κυρίως τις νυχτερινές ώρες και βοηθάει στην ρύθμιση του ύπνου, και κατ' επέκταση, στην προώθηση της ηρεμίας. Επιπλέον, οι ενδορφίνες, ορμόνες που εκκρίνονται στον εγκέφαλο της μητέρας κατά την διάρκεια του θηλασμού και διαθέτουν αναλγητική και κατασταλτική δράση, μεταφέρονται στο βρέφος μέσω του μητρικού θηλασμού. Εξίσου σημαντικά είναι ορισμένα νουκλεοτίδια που αυξάνονται στο μητρικό γάλα τις νυχτερινές ώρες και διαθέτουν υπνωτική δράση. Ακόμη, κατά την έναρξη κάθε θηλασμού, στην μητέρα εκκρίνεται η ωκυτοκίνη, ορμόνη που περιέχεται στο μητρικό γάλα, ενισχύοντας την ηρεμία του βρέφους.

Σύμφωνα με έρευνες, όσο μεγαλύτερος σε διάρκεια είναι ο θηλασμός τόσο περισσότερη ασφάλεια και ανεξαρτησία θα αισθάνεται το βρέφος μελλοντικά, καθώς προχωρά η ψυχοκινητική του ανάπτυξη. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. και της UNICEF, η έλλειψη του μητρικού θηλασμού και η διακοπή του αποκλειστικού θηλασμού κατά την διάρκεια των πρώτων 6 μηνών ζωής του βρέφους έχει ως αποτέλεσμα την μειωμένη κοινωνική και πνευματική του ανάπτυξη. Το συναισθηματικό δέσιμο που δημιουργείται ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί ευνοεί την ψυχική υγεία και συναισθηματική ανάπτυξή του, καθώς βοηθά στην διαμόρφωση καλύτερων οικογενειακών και κοινωνικών σχέσεων των βρεφών μελλοντικά. Μελέτες αποδεικνύουν ότι το δέσιμο αυτό ισχυροποιείται όταν ο μητρικός θηλασμός ξεκινά τις πρώτες ώρες ζωής του βρέφους. Επιπλέον, φαίνεται ότι ενήλικες που δεν έχουν θηλάσει ως βρέφη έχουν πιθανότητες εμφάνισης νεύρωσης.[4] Συγκεκριμένα, σε διαχρονική έρευνα των Kathleen M.Krol. et al., που πραγματοποιήθηκε σε ενήλικες από 20 έως 40 ετών, διαπιστώθηκε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό εχθρικής συμπεριφοράς στους ενήλικες που δεν είχαν θηλάσει ως βρέφη, σε σχέση με τους ενήλικες που είχαν θηλάσει.[31]

3.2.4.Πρώτος θηλασμός και συναισθήματα πρόωρου βρέφους

Η πρώτη σωματική, οπτική επαφή και ο πρώτος θηλασμός τις πρώτες ώρες ζωής του βρέφους ευνοεί την ψυχολογική και νευρολογική ανάπτυξή τους και προάγει την εδραίωση του αποκλειστικού θηλασμού. Έχει αποδειχθεί ότι με αυτόν τον τρόπο τα πρόωρα βρέφη θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ενισχύεται ο συναισθηματικός δεσμός μεταξύ αυτών και των μητέρων τους. Εξαιτίας αυτού, τα πρόωρα βρέφη παρουσιάζουν γρηγορότερα ωριμότητα και κλαίνει λιγότερο.[4]

Ακόμη, φαίνεται ότι και στην περίπτωση των πρόωρων βρεφών, η στενή δερματική επαφή (skin to skin contact) με την μέθοδο Kangaroo Care ωφελεί στην ενίσχυση της ψυχολογίας τόσο της μητέρας όσο και του βρέφους, και βοηθά το βρέφος να αρχίσει γρηγορότερα την σίτισή του με την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Επίσης, βοηθά στην σταθεροποίηση των ζωτικών οργάνων του βρέφους.[1]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΟΦΕΛΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

4.1.Συσχέτιση με την σωματική υγεία

Ο μητρικός θηλασμός είναι μια διαδικασία που προσφέρει πολλαπλά οφέλη στην μητέρα, οφέλη για τα οποία οι γυναίκες φαίνεται ότι δεν είναι τόσο ενημερωμένες όσο για αυτά που προσφέρει ο μητρικός θηλασμός στο βρέφος.

4.1.1.Απώλεια σωματικού βάρους

Βραχυπρόθεσμα, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι βοηθάει στην απώλεια του βάρους που ανέκτησε η μητέρα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, σε έρευνα των Baker et al. (2008), που πραγματοποιήθηκε σε 20.000 έγκυες γυναίκες από την Δανία, οι οποίες μελετήθηκαν από το διάστημα της εγκυμοσύνης τους έως 18 μήνες μετά τον τοκετό, διαπιστώθηκε ότι το σύνολο των μητέρων που θήλαζαν αποκλειστικά για 6 μήνες έχασαν επιπλέον 2 κιλά σχετικά με το βάρος της εγκυμοσύνης τους, συγκριτικά με το σύνολο των μητέρων που θήλασαν για διάστημα μικρότερο των 6 μηνών.[26]

4.1.2.Μείωση πιθανότητας σύλληψης

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι έχει αντισυλληπτική δράση, αφού πραγματοποιείται αναστολή της ωορρηξίας. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται η πιθανότητα σύλληψης, οδηγώντας σε περιοδική στειρότητα, ιδιαίτερα σε γυναίκες που θηλάζουν αποκλειστικά.[38]

4.1.3.Μείωση κινδύνου εμφάνισης παθολογικών καταστάσεων

Μακροπρόθεσμα, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνων του αναπαραγωγικού συστήματος, μεταβολικού συνδρόμου, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακών νοσημάτων και οστεοπόρωσης.[38],[31]

Όσον αφορά τους παραπάνω καρκίνους, ο καρκίνος του μαστού ξεκίνησε να διερευνάται από την δεκαετία του '20. Συγκεκριμένα, σε προοπτική μελέτη κοόρτης των Stephanie J. Et al. (1976-1986), η οποία πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο πληθυσμό γυναικών, διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της εμφάνισης καρκίνου του μαστού.[45] Ωστόσο, σε μελέτη ελέγχου περιπτώσεων των Laufey Tryggvadóttir et al. (1979-1995), η οποία πραγματοποιήθηκε σε μεγάλο πληθυσμό γυναικών, διαπιστώθηκε ότι ο μητρικός θηλασμός συσχετίστηκε με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε γυναίκες <40 ετών και πιθανή προστασία σε γυναίκες > 40 ετών.[33] Αναφορικά με τον καρκίνο των ωοθηκών, σύμφωνα με προοπτική μελέτη των Kezia Gaitskell et al. (1996-2001) και με μελέτη ελέγχου περιπτώσεων των Modugno F. et al. (2003-2008)

μεγάλου πληθυσμού γυναικών, διαπιστώθηκε ότι ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου των ωοθηκών.[32],[37]

Αναφορικά με το μεταβολικό σύνδρομο, έρευνες έχουν αποδείξει ότι οι γυναίκες που είχαν θηλάσει διέτρεχαν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου και κατ' επέκταση άλλων παθολογικών καταστάσεων που συνδέονται με το μεταβολικό σύνδρομο, όπως είναι η παχυσαρκία, η αντίσταση στην ινσουλίνη, η υπέρταση. Συγκεκριμένα, σε μελέτη των Ram et al. (2008), σε 2.516 γυναίκες, αναφέρθηκε μείωση του κινδύνου εμφάνισης μεταβολικού συνδρόμου σε ποσοστό 20%, για κάθε επιπλέον έτος που οι γυναίκες αυτές θηλάζαν. Αυτές οι παθολογικές καταστάσεις αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και σακχαρώδη διαβήτη. Επομένως, σύμφωνα με τις έρευνες, φαίνεται ότι μειώνεται και ο κίνδυνος εμφάνισης των παραπάνω νοσημάτων σε όσες γυναίκες θηλάσαν.[38],[31]

Αναφορικά με την οστεοπόρωση, αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν συσχετίσει τον μητρικό θηλασμό με την βραχυπρόθεσμη οστική απώλεια και το μακροπρόθεσμο όφελος για κατάγματα ισχίου και σπονδυλικής στήλης. Το ίδιο αποτέλεσμα αναφέρεται σε μετα-ανάλυση των Duan X. et al. (2016) από 12 μελέτες, στις οποίες συμμετείχαν συνολικά 14.954 συμμετέχοντες, όπου αποδεικνύονται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και του μειωμένου κινδύνου εμφάνισης μελλοντικού οστεοπορωτικού κατάγματος.[20]

4.2.Συσχέτιση με την ψυχική υγεία

Η απόκτηση ενός παιδιού και κατ' επέκταση ο μητρικός θηλασμός για μια μητέρα είναι μια διαδικασία κατά την οποία η μητέρα αναλαμβάνει μια ευθύνη, να γίνει ένας καλός γονέας. Αρχικά, κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η γυναίκα πλάθει, σύμφωνα με τα βιώματά της και τις παιδικές της αναμνήσεις, το δικό της φανταστικό μωρό, το οποίο ταιριάζει με τις προσδοκίες και τις κοινωνικές πεποιθήσεις της ίδιας και του οικογενειακού περιβάλλοντός της. Με αυτόν τον τρόπο γεννάται η επιθυμία της να θρέψει σωματικά και ψυχικά, τόσο το έμβρύο της, όσο και τον ίδιο της τον εαυτό. Με την έναρξη της εγκυμοσύνης, πραγματοποιείται και η έναρξη του φυσικού κρατήματος, του εμβρύου στην μήτρα από τον πλακούντα. Αυτό το κράτημα προετοιμάζει και προωθεί ψυχολογικά το πραγματικό κράτημα του βρέφους από την μητέρα μελλοντικά. Σε αυτό το διάστημα, συνήθως η γυναίκα αποφασίζει τον τρόπο σίτισης του βρέφους της. Αυτή η απόφαση εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλούς ψυχοσωματικούς και κοινωνικούς παράγοντες.[8]

4.2.1.Αυτο - αποτελεσματικότητα μητέρας

Βασικά χαρακτηριστικά στην διαδικασία μητρικού θηλασμού αποτελούν η αυτο - αποτελεσματικότητα και η εμπιστοσύνη που έχει η μητέρα στην ικανότητά της να θηλάζει.[21] Η

αυτο - αποτελεσματικότητα είναι μια μεταβλητή που προβλέπει εάν μια μητέρα επιλέγει ως μέθοδο βρεφικής σίτισης τον θηλασμό, την προσπάθεια που καταβάλλει κατά την διάρκεια του θηλασμού, κατά πόσο θα επιμείνει στην προσπάθεια της να εδραιωθεί ο θηλασμός και τον τρόπο με τον οποίο ανταποκρίνεται και διαχειρίζεται συναισθηματικά τις δυσκολίες του θηλασμού.[44]

Σε προοπτική μελέτη κοόρτης των Erika de Sá Vieira et al. (2013-2016), στην οποία συμμετείχαν 208 μητέρες, διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα της αυτο - αποτελεσματικότητας φαίνεται ότι αυξάνονται 120 ημέρες μετά την γέννηση του βρέφους, όπου οι μητέρες έχουν αντιληφθεί τις ανάγκες του βρέφους τους και αισθάνονται περισσότερη αυτοπεποίθηση, ασφάλεια και ικανότητα να διαχειριστούν πιθανά προβλήματα που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό. Ωστόσο, τα επίπεδα αυτο - αποτελεσματικότητας φαίνεται ότι μειώνονται σε ποσοστό 50,72% την στιγμή που οι μητέρες επιστρέφουν στην εργασία τους. Στην ίδια μελέτη αποδεικνύεται ότι η αυτο - αποτελεσματικότητα σχετίζεται θετικά με την έναρξη και την συνέχιση του αποκλειστικού θηλασμού τους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό, καθώς η πιθανότητα διακοπής του μειώθηκε σε ποσοστό 48%, όταν οι μητέρες παρουσίασαν μετάβαση από χαμηλό σε μέτριο επίπεδο αυτο - αποτελεσματικότητας και σε ποσοστό 80%, όταν οι μητέρες παρουσίασαν μετάβαση από μέτριο σε υψηλό επίπεδο αυτο - αποτελεσματικότητας.[21]

Μια ακόμη μελέτη κοόρτης των Kronborg H. et al., στην οποία συμμετείχαν 471 μητέρες, σχετίζει θετικά το αίσθημα της αυτο - αποτελεσματικότητας, την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού, την γνώση σε ζητήματα που αφορούν τον θηλασμό και την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει, με την διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, από το 98,7% των μητέρων που άρχισαν τον θηλασμό, το 59% αυτών συνέχιζε να θηλάζει αποκλειστικά μετά από 4 μήνες ενώ, το 51% αυτών, σταμάτησαν να θηλάζουν τις πρώτες πέντε εβδομάδες για τους παραπάνω λόγους.[24]

Επιπλέον, φαίνεται ότι οι μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης, αυτο - ικανοποίησης και αντίληψης της αξίας του μητρικού τους ρόλου, σε σχέση με τις μητέρες που χρησιμοποιούν αποκλειστικά για την σίτιση των βρεφών τους την τεχνητή διατροφή (formula).[28]

4.2.2. Προστατευτικοί και μη παράγοντες αυτο - αποτελεσματικότητας

Προστατευτικοί παράγοντες που ευνοούν την αυτο - αποτελεσματικότητα της μητέρας και βοηθούν στην εδραίωση του αποκλειστικού θηλασμού είναι ο μητρικός θηλασμός την πρώτη ώρα ζωής του βρέφους, η συνδιαμονή (rooming-in) του βρέφους και της μητέρας, η μη χρήση πιπίλας, η λήψη απόφασης του θηλασμού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού και η κοινωνική υποστήριξη.[30],[21]

Ωστόσο, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η πρώτη εγκυμοσύνη, η ηλικία κύησης, η ανεπαρκής γνώση τεχνικών του μητρικού θηλασμού ή η μη σωστή ενημέρωση αυτών, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, η απουσία συντρόφου καθώς και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την αυτο - αποτελεσματικότητα που αισθάνεται η μητέρα κατά την διάρκεια του θηλασμού.[46]

Συνδιαμονή μητέρας – βρέφους (rooming-in)

Οι μητέρες και τα βρέφη τους δεν θα πρέπει να μένουν χωριστά ακόμη και τις πρώτες ώρες μετά τον τοκετό. Θα πρέπει να αντιμετωπίζονται τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους φροντιστές ως μονάδα. Το ιδανικό είναι να παραμένει η μητέρα με το βρέφος ολόκληρη την ημέρα στο ίδιο δωμάτιο και το βρέφος να απομακρύνεται απ' αυτήν μόνο όταν χρειάζεται κάποια εξέταση. Με αυτό τον τρόπο η μητέρα μαθαίνει να διαβάζει τις ανάγκες του βρέφους της, όσον αφορά στην φροντίδα του, αλλά και να επικοινωνεί μαζί του. Βελτιώνει τις ικανότητές της στην διαδικασία του θηλασμού, περιορίζει τις ανασφάλειές της και διαχειρίζεται τους φόβους της, καθώς βρίσκεται σε ένα μη οικείο νοσοκομειακό περιβάλλον.[9],[17]

Χρήση πιπίλας

Ακόμη και η μικρή χρήση του μπιμπερό, το οποίο μιμείται τον μαστό της μητέρας, κατά την διάρκεια της περιόδου έναρξης του αποκλειστικού θηλασμού, μειώνει πιθανώς την αυτοπεποίθηση της μητέρας και τον μητρικό της ρόλο. Μέσω εξέτασης 49 κλινικών ερευνών, των οποίων τα αποτελέσματά τους δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Pediatrics το 2009, διαπιστώθηκε ότι η χρήση του μπιμπερό στο βρέφος τις πρώτες 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης σε μητέρες, συγκριτικά με τις μητέρες που θηλάζουν.[5]

Κοινωνική υποστήριξη και εκπαιδευτικό υπόβαθρο γονέων

Πολύ σημαντική στην ενίσχυση της αυτο - αποτελεσματικότητας της μητέρας είναι η κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας, του φιλικού περιβάλλοντος και ιδιαίτερα του συντρόφου - πατέρα, καθώς έχει αποδειχθεί ότι ενισχύει την έναρξη και την συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Ωστόσο, σε μια έρευνα των Bilkis Banu και Khurshida Khanom (2012), διαπιστώθηκε ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων και του περιβάλλοντος σχετίζεται θετικά με την γνώση των γονέων όσον αφορά την διαδικασία του θηλασμού αλλά, δεν σχετίζεται θετικά με την διακοπή του θηλασμού. [14] Αποδεικνύεται ότι οι μητέρες που σκοπεύουν να θηλάσουν έχουν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη, σε σχέση με τις μητέρες που σκοπεύουν να μην θηλάσουν. Ακόμη, είναι πιθανό οι μητέρες που θηλάζουν και δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη, να σταματήσουν τον θηλασμό.[46] Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη των Rada K. Dagher et al. (2016), διαπιστώθηκε ότι ένας από τους

κύριους λόγους που μια μητέρα αποφασίζει να σταματήσει τον θηλασμό στους πρώτους έξι μήνες είναι ότι η μητέρα είναι άγαμη και δεν διαθέτει την υποστήριξη του πατέρα.[18]

Γενικά, η επιθυμητή εγκυμοσύνη σχετίζεται με θετική συμπεριφορά της μητέρας απέναντι στο βρέφος και αυξημένη πιθανότητα έναρξης και συνέχισης του μητρικού θηλασμού, σε σχέση με την ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, κατά την οποία οι μητέρες είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν. Το 2011, το 45% των γεννήσεων στις Η.Π.Α., ήταν αποτέλεσμα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης, η οποία φαίνεται να είναι πιο συχνή σε μητέρες με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Αυτές οι μητέρες συνήθως είναι πιο επιρρεπείς σε ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης. Μια γυναίκα με επιθυμητή εγκυμοσύνη, έχει σκεφτεί τον τρόπο με τον οποίο θα ταΐσει και θα φροντίσει το βρέφος της, με αποτέλεσμα να έχει συσχετίσει την διαδικασία της εγκυμοσύνης με την διαδικασία του μητρικού θηλασμού.

Αντίθετα, οι γυναίκες που δεν σκέφτονται την εγκυμοσύνη, βρίσκονται συνήθως σε λιγότερο σταθερές σχέσεις, έτσι ώστε σε μια τέτοια περίπτωση να μην έχουν την κατάλληλη υποστήριξη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της περιόδου μετά τον τοκετό. Η παρουσία του πατέρα - συντρόφου είναι πιθανότερο να υπάρχει σε μια επιθυμητή εγκυμοσύνη, όπου θα αποτελεί στήριγμα και θετική επιρροή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Με την εκπαίδευση και την συμβολή και των δύο γονέων από τους σύμβουλους γαλουχίας και τους ειδικά καταρτισμένους επαγγελματίες υγείας, ενισχύεται περισσότερο η έναρξη και η συνέχιση του μητρικού θηλασμού.[46] Ωστόσο, φαίνεται ότι η στάση και η συμπεριφορά του πατέρα – συντρόφου αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την έναρξη σίτισης του βρέφους με τεχνητή διατροφή (formula). Μάλιστα, σε έρευνα των Agora S. et al., στην οποία συμμετείχαν 133 γυναίκες, αναφέρθηκε ότι το 71% αυτών επηρεάστηκε από τον πατέρα του βρέφους της, όσον αφορά τον τρόπο σίτισής του.[13]

Επιτυχημένη προηγούμενη εμπειρία

Η επιτυχημένη προηγούμενη εμπειρία μιας εγκυμοσύνης και γαλουχίας ή επιτυχημένες εμπειρίες από το στενό οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον βοηθούν τις γυναίκες να αισθάνονται περισσότερο αυτοπεποίθηση και ασφάλεια για την περίοδο της εγκυμοσύνης και γαλουχίας, μετέπειτα.[29]

Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Συνήθως οι νέες μητέρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δεν είναι αρκετά ενημερωμένες και δίχως την απαιτούμενη μόρφωση δεν είναι ικανές να αξιολογήσουν, να αντιληφθούν, να εφαρμόσουν συμβουλές και τεχνικές που αφορούν τον μητρικό θηλασμό καθώς και να προσανατολίσουν τον εαυτό τους στον κατάλληλο σύμβουλο και θεράποντα ιατρό. Επιπλέον, αυτές οι μητέρες, την περίοδο της εγκυμοσύνης και γαλουχίας τους, δεν έχουν την δυνατότητα να επισκεφτούν

είτε «Φιλικά προς τα Βρέφη» νοσοκομεία, ή νοσοκομεία που να διαθέτουν σύμβουλους γαλουχίας ή επαγγελματίες υγείας ειδικά καταρτισμένους στον μητρικό θηλασμό, έτσι ώστε να μπορέσουν να εκπαιδευτούν και να ενημερωθούν για ζητήματα που αφορούν την εγκυμοσύνη και τον μητρικό θηλασμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, αυτές οι μητέρες, τις περισσότερες φορές, να φεύγουν από το νοσοκομείο ή μαιευτήριο που επισκέφτηκαν με δείγματα από βρεφικά τροποποιημένα γάλατα. Αντίθετα, συνήθως οι νέες μητέρες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και ασφάλεια αφού έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν σε ποιο νοσοκομείο ή μαιευτήριο θα γεννήσουν, καθώς και ποιο θα είναι το προσωπικό που κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και της γαλουχίας τους θα τους αναλάβει.[29]

Στην μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2009), η οποία πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα, διαπιστώθηκε ότι πιθανώς οι υπηρεσίες στα νοσοκομεία που προσφέρονται από επαγγελματίες υγείας και φροντιστές δεν φαίνεται να ευνοούν τον αποκλειστικό θηλασμό. Συγκεκριμένα, σε διάρκεια μιας εβδομάδας, από το 88% των μητέρων που άρχισαν να θηλάζουν, μόλις το 37% αυτών θηλάζαν αποκλειστικά.[10] Μάλιστα, σε αυστραλιανή μελέτη των Catherine R.L. Brown et al. για τα βρέφη που γεννήθηκαν μεταξύ του διαστήματος 2008-2009, το 85% - 100% των μητέρων τους, οι οποίες βίωσαν τον μητρικό ρόλο για πρώτη φορά, δήλωσαν ότι χρειάζονται υποστηρίξιμη γαλουχίας δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό.[15]

Ηλικία

Οι νέες μητέρες (<25 ετών) είναι αυτές που πιθανότερα να διακόψουν τον μητρικό θηλασμό αιτιώμενες ανεπαρκή παροχή γάλακτος στο βρέφος τους, λόγω έλλειψης γνώσεων σχετικά με το θηλασμό και τις πρακτικές του ή ελλείψει προηγούμενης εμπειρίας.[14] Μάλιστα, φαίνεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα έναρξης και διάρκειας του μητρικού θηλασμού. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. από το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, σε μεγάλο πληθυσμό μητέρων, των οποίων τα βρέφη τους γεννήθηκαν μεταξύ του διαστήματος 2000-2009, διαπιστώθηκε ότι οι μητέρες ηλικίας < 20 ετών παρουσίαζαν τα χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού συγκριτικά με τις μητέρες μεγαλύτερης ηλικίας.[29]

Τρόπος γέννησης

Σε μελέτη κοόρτης των Amy J. Hobbs et al., στην οποία συμμετείχαν 3.021 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι το 75% αυτών, γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ενώ το 25% αυτών, με καισαρική τομή. Στην ίδια μελέτη, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή ανέφεραν 4 μήνες μετά τον τοκετό μειωμένη επιτυχία στον θηλασμό και περισσότερα προβλήματα κατά την διάρκειά του, σε σχέση με τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό. Ακόμη, αυτές οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να

αποτύχουν στον πρώτο θηλασμό, να μην μπορέσουν να θηλάσουν το βρέφος τους τις πρώτες 24 ώρες και να μην μπορέσουν να θηλάσουν μετά την έξοδό τους από το μαιευτήριο.[12]

Ενδοοικογενειακή βία

Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μητρικού θηλασμού και της ενδοοικογενειακής βίας. Η ενδοοικογενειακή βία συμβαίνει όταν υπάρχει σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση και κατάχρηση εξουσίας εναντίον ενός ατόμου που ανήκει στο οικογενειακό περιβάλλον. Στην περίπτωση που η βία ασκείται στην μητέρα, φαίνεται να επηρεάζεται ο γονεϊκός ρόλος της μητέρας και του πατέρα, να τροποποιείται η ποιότητά του και κατ' επέκταση να επηρεάζεται ο μητρικός θηλασμός. Σε ανασκόπηση βιβλιογραφίας των Raquel de Souza Mezzavilla et al. (2017), η οποία περιλάμβανε 12 πρωτότυπα άρθρα, παρατηρήθηκε ότι 8 από τις 12 μελέτες συσχέτισαν τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού, όπως είναι η μειωμένη πρόθεση της μητέρας για θηλασμό, η μειωμένη πιθανότητα έναρξης και συνέχισης του μητρικού θηλασμού και η πρόωρη διακοπή του, με την ενδοοικογενειακή βία. Μάλιστα, φάνηκε ότι η ενδοοικογενειακή βία αυξάνει την πιθανότητα ανεπιθύμητων συμπεριφορών όπως την κατάχρηση αλκοόλ, ναρκωτικών και άλλων ουσιών, έτσι ώστε να υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης δυσμενών για την υγεία καταστάσεων, καθώς και πλήρη ανικανότητα φροντίδας και σίτισης του βρέφους.[45]

Άγχος - Στρες

Η διαδικασία απόκτησης παιδιού, και μόνο αυτή, φαίνεται να διογκώνει το άγχος και του στρες. Μάλιστα, σε μελέτη των Galler J.R. et al., στην οποία συμμετείχαν 93 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός της ήπιας κατάθλιψης ήταν 16% στις 7 εβδομάδες μετά τον τοκετό και αυξήθηκε σε 19% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό, ενώ υπήρξαν πολύ λίγες περιπτώσεις μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης.[22]

Σημαντικοί ενισχυτές για την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης και κατ' επέκταση την επίδραση αυτών στον μητρικό θηλασμό μετά τον τοκετό είναι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη, η ενδοοικογενειακή βία καθώς και η κατάχρηση αλκοόλ και διάφορων ουσιών.[51] Συγκεκριμένα, μια Βρετανική έρευνα (2005), η οποία αφορά την σίτιση των βρεφών, έδειξε ότι το 76% των βρεφών θηλάσαν μετά τον τοκετό, το 48% αυτών, συνέχισε να θηλάζει στις 6 εβδομάδες και το 25% αυτών, συνέχισε να θηλάζει στους 6 μήνες. Παράλληλα, η ίδια έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε μητέρες και βρέφη που ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έδειξε ότι το 65% των βρεφών θηλάσαν μετά τον τοκετό, το 32% αυτών, συνέχισε να θηλάζει στις 6 εβδομάδες και το 16% αυτών, συνέχισε να θηλάζει στους 6 μήνες.[27]

Το αίσθημα του άγχους και του στρες διογκώνεται περισσότερο με τις συνέπειες της εγκυμοσύνης, όπως είναι, τις περισσότερες φορές, η αλλαγή του σώματος και η εμφάνιση του μαστού, η στέρηση του ύπνου, η σωματική κούραση και η έλλειψη της σεξουαλικής δραστηριότητας. Το σύνολο αυτών των παραγόντων είναι λογικό πολλές φορές να οδηγεί στην δημιουργία του άγχους και για αυτόν τον λόγο δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι 1 στις 5 γυναίκες βιώνουν το άγχος και το στρες μέχρι τον πρώτο χρόνο τουλάχιστον.[26]

Ωστόσο, ο μητρικός θηλασμός φαίνεται ότι μειώνει το στρες. Οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν περιορισμένη ανταπόκριση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA), χαμηλότερες ανταποκρίσεις της φλοιοεπινεφριδιοτρόπου ορμόνης (ACTH) και κορτιζόλης, ισχυρότερο καρδιακό τόνο, μειωμένη πίεση αίματος και μειωμένη καρδιακή συχνότητα, συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν θηλάζουν. Σύμφωνα με έρευνες, που έχουν πραγματοποιηθεί σε αρουραίους, παράγοντες που εμπλέκονται στη διαμόρφωση του HPA κατά τη διάρκεια της γαλουχίας είναι η παραγωγή της PRL και της ωκυτοκίνης. Εντούτοις, η ορμονική ανταπόκριση στο ψυχοκοινωνικό στρες μειώθηκε κατά την διάρκεια του θηλασμού σε μητέρες που μελετήθηκαν δέκα λεπτά μετά τη σίτιση των βρεφών τους αλλά μία ώρα μετά τον θηλασμό δεν εντοπίστηκε κάποια διαφορά.[26]

Επίσης, σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πρόβατα, σημαντικό ρόλο στην τροποποίηση του HPA σε μια τέτοια περίοδο φαίνεται να έχει και ένα παράγωγο της ντοπαμίνης, η σαλσολινόλη.[35] Σε δύο μελέτες των Mezzacarra et al., οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε 28 θηλάζουσες μητέρες και 27 μητέρες που τρέφουν το βρέφος τους με τεχνητή διατροφή (formula), αναφέρθηκε ότι οι θηλάζουσες μητέρες εμφάνισαν λιγότερο άγχος και θετική διάθεση, σε σχέση με τις γυναίκες που επέλεξαν ως τρόπο βρεφικής σίτισης την τεχνητή διατροφή (formula).[36]

Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια ψυχική ασθένεια, που συνήθως εκδηλώνεται μεταξύ της τέταρτης και έκτης εβδομάδας μετά τον τοκετό και χαρακτηρίζεται από ευερεθιστότητα, αναισθησία, άγχος, ενοχή και διαρκή αποθάρρυνση. Αυτή μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την γνωστική, συναισθηματική και συμπεριφορική ανάπτυξη των βρεφών μελλοντικά. Ακόμη, φαίνεται ότι επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις της μητέρας, φέρνοντας πολλές φορές σε ρήξη την σχέση της με τον πατέρα – σύζυγο. Παρ' όλα αυτά, αρκετές μελέτες υπονόησαν ότι ο μητρικός θηλασμός μπορεί να προστατέψει τα καταθλιπτικά αυτά συμπτώματα. Συγκεκριμένα, μελέτη των Hannah et al. (1992), συσχέτισε θετικά τον θηλασμό με τις λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μετά από 1 και 5 μήνες μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι μελέτες με τέτοιο σκοπό, συμπεριλαμβανομένης αυτής της μελέτης, δεν λάμβαναν υπόψη τα επίπεδα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των συμμετεχόντων κατά την έναρξη ή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και σημαντικούς παράγοντες

κινδύνου.[25] Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης αποτελούν οι επιπλοκές κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, της περιόδου μετά τον τοκετό και κατά την διάρκεια του θηλασμού, πιθανά προβλήματα υγείας, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ο αγχωτικός τρόπος ζωής και οι διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις.[21] Ταλαιπωρεί περίπου το 13% των γυναικών παγκοσμίως τις πρώτες 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό και 1 στις 5 γυναίκες τον πρώτο χρόνο μετά τον τοκετό.[26]

Μελέτες αποδεικνύουν ότι οι μητέρες με επιλόχεια κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού, αυξημένη αρνητική συμπεριφορά προς το βρέφος τους και μειωμένη σίτισής του, με αποτέλεσμα τον παιδικό υποσιτισμό. Ακόμη, σε μελέτη των Jennifer Hahn-Holbrook et al., η οποία πραγματοποιήθηκε σε 205 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες με προγεννητική καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν τον θηλασμό και πολύ πιο πιθανό να απογαλακτίσουν τα βρέφη τους νωρίτερα, σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς προγεννητική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες με προγεννητική καταθλιπτική συμπτωματολογία απογαλάκτισαν τα βρέφη τους περίπου στους 2,3 μήνες πιο νωρίς από τις γυναίκες χωρίς προγεννητική καταθλιπτική συμπτωματολογία και παρουσίασαν χαμηλότερα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, 3 μήνες μετά τον τοκετό.[25] Άλλες μελέτες δείχνουν ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά την περίοδο μετά τον τοκετό αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών κατά την διάρκεια του θηλασμού και μειώνει την μητρική αυτοπεποίθηση, την αυτο - αποτελεσματικότητα και την εμπιστοσύνη της μητέρας στην ικανότητα να θηλάζει, με αποτέλεσμα να διακόπτεται πρόωρα ο θηλασμός.[21]

4.2.3.Στενή δερματική επαφή (SSC – skin to skin contact)

Η ανάπτυξη ενός ισχυρού δεσμού μεταξύ μητέρας - βρέφους και η απόκτηση του μητρικού ρόλου επιτυγχάνεται με την άμεση επαφή της μητέρας με το βρέφος της. Η στενή δερματική επαφή ή skin to skin contact (SSC) ξεκινά ιδανικά κατά τη γέννηση και περιλαμβάνει την τοποθέτηση του γυμνού μωρού, του οποίου η πλάτη καλύπτεται με μια ζεστή κουβέρτα για να προστατευτεί από το κρύο, σε επαφή με το γυμνό μαστό της μητέρας.[39] Το γυμνό βρέφος έρχεται σε πρώτη επαφή με το γυμνό δέρμα της μητέρας του, στο οποίο αναρριχείται για να φτάσει στην μαστό της. Η μητέρα αγγίζει το βρέφος της ξεκινώντας από τα άκρα του, συνεχίζει με απαλό μασάζ και καταλήγει σε χάρδια με ολόκληρη την παλάμη της. Αυτή η άμεση πρώτη επαφή μητέρας και βρέφους αυξάνει την παραγωγή ωκυτοκίνης στην μητέρα, αυξάνοντας τον χρόνο κρατήματος του βρέφους της και κατ' επέκταση αυξάνοντας την διάρκεια της θετικής συμπεριφοράς της μητέρας, όπως είναι το φιλί, το χαμόγελο, η ομιλία, η οπτική επαφή.[8] Το SSC διευκολύνει τα βρέφη να αλληλεπιδρούν περισσότερο με την μητέρα τους, να διατηρούν σταθερή θερμοκρασία και να κλαίνε λιγότερο. Η έγκαιρη SSC ενισχύει την έναρξη, την συνέχιση και την επίτευξη μεγαλύτερης διάρκειας μητρικού θηλασμού. Ακόμη, είναι

πιο πιθανό τα βρέφη να αναπτύξουν μια καλή πρώιμη σχέση με τις μητέρες τους. Σε ανασκόπηση 38 μελετών των Elizabeth R Moore et al. (2015), στις οποίες συμμετείχαν 3.472 γυναίκες, διαπιστώθηκε ότι η έγκαιρη SSC σχετίζεται θετικά με την μητρική προσκόλληση, με μικρότερο χρονικό διάστημα κλάματος από τα βρέφη και με καλύτερη καρδιο - αναπνευστική σταθερότητα από τα πρόωρα βρέφη.[39]

4.2.4.Συναισθήματα μητέρας κατά την διάρκεια του θηλασμού και μη

Η πλειονότητα των γυναικών που θηλάζουν είχαν την επιθυμία να θηλάσουν εξαιτίας του συναισθηματικού δεσμού που θα αποκτούσαν με το βρέφος τους.[38],[26] Με τον συναισθηματικό δεσμό που αποκτούν, ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους, προάγεται ο αυτοσεβασμός τους, ενδυναμώνεται ο ρόλος τους ως μητέρες, επιτείνουν το συναίσθημα αγάπης τους, αισθάνονται ήρεμες, δυνατές, γαλήνιες, σίγουρες και ολοκληρωμένες. [5] Μάλιστα, φαίνεται ότι οι μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά και για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσιάζουν αυξημένη ευαισθησία στις θετικές εκφράσεις του προσώπου τους και μειωμένη ευαισθησία στο θυμό, βελτιώνοντας την κοινωνικότητά τους και γενικότερα τις σχέσεις τους.[33] Εντούτοις, φαίνεται ότι οι μητέρες που επιλέγουν να θρέψουν το βρέφος τους με τον συνδυασμό θηλασμού και τεχνητής διατροφής (formula) εμφανίζουν λιγότερη αρνητική διάθεση, σε σχέση με τις μητέρες που επιλέγουν την τεχνητή διατροφή (formula), ως αποκλειστικό τρόπο σίτισης.[25]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών Centers for Disease Control and Prevention (CDC) των Η.Π.Α. έχει δημοσιεύσει τις αντενδείξεις του μητρικού θηλασμού, για τις οποίες οι μητέρες πρέπει να είναι ενημερωμένες, καθώς είναι πολύ σημαντικές για την διακοπή ή την συνέχιση του μητρικού θηλασμού και την χορήγηση τεχνητής διατροφής (formula). Το CDC χωρίζει τις μητέρες σε τρεις κατηγορίες: α) τις μητέρες που δεν μπορούν να θηλάσουν και να ταΐσουν τα βρέφη τους με τεχνητή διατροφή (formula) β) τις μητέρες που προσωρινά δεν μπορούν να θηλάσουν και να ταΐσουν τα βρέφη τους με τεχνητή διατροφή (formula) και γ) τις μητέρες που προσωρινά δεν μπορούν να θηλάσουν αλλά μπορούν να ταΐσουν τα βρέφη τους με τεχνητή διατροφή (formula).[11]

Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι μητέρες

- των οποίων τα βρέφη έχουν διαγνωστεί με μια σπάνια μεταβολική διαταραχή, την κλασσική γαλακτοζαιμία, η οποία αναφέρεται σε διαταραχή του μεταβολισμού της γαλακτόζης.
- οι οποίες έχουν μολυνθεί με τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) στις αναπτυγμένες χώρες, καθώς στις αναπτυσσόμενες χώρες ο κίνδυνος υποθρεψίας και λοιμώξεων στα βρέφη που δεν έχουν θηλάσει είναι αυξημένος. Σε μια τέτοια περίπτωση, ο κίνδυνος μετάδοσης του ιού μέσω του μητρικού γάλακτος είναι μικρότερος.[8]
- οι οποίες έχουν μολυνθεί με τον Ανθρώπινο T- Λεμφοτρόπο Ιό τύπου I ή τύπου II (HTLV Type I & Type II), και εκδηλώνουν συμπτώματα και σημεία της T-λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας ή λεμφώματος στους ενήλικες.
- οι οποίες κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών, με εξαίρεση τις μητέρες που βρίσκονται σε εποπτευόμενο πρόγραμμα μεθαδόνης και έχουν ελεγχθεί για λοίμωξη από HIV και άλλες παράνομες ναρκωτικές ουσίες.
- οι οποίες πάσχουν από μια σπάνια και θανατηφόρα ασθένεια, από τον ιό Έμπολα (EVD).[11]

Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι μητέρες

- οι οποίες έχουν μολυνθεί με μη θεραπευμένη βρουκέλλωση, μια μολυσματική ασθένεια που προκαλείται από βακτήρια
- οι οποίες λαμβάνουν ορισμένα φάρμακα, όπως είναι τα ψυχοτρόπα φάρμακα, τα φυτικά προϊόντα, οι ναρκωτικές ουσίες και τα φάρμακα για τον πόνο, οι οποίες υποβάλλονται σε διαγνωστική απεικόνιση με ραδιοφάρμακο (ακτινοβολία με ραδιοϊσότοπα).
- οι οποίες έχουν τον ιό του απλού έρπητα (HSV) με δερματικές βλάβες στον μαστό, γνωρίζοντας ότι μπορούν να θηλάσουν από τον μη επηρεασμένο μαστό, προσέχοντας πάντα την μετάδοση του ιού από τον επηρεασμένο μαστό.[11]

Στην τρίτη κατηγορία ανήκουν οι μητέρες

- οι οποίες πάσχουν από ενεργό, μη θεραπευμένη φυματίωση, η οποία δεν είναι πλέον μεταδοτική μετά από 2 εβδομάδες κατάλληλης θεραπείας.
- οι οποίες εκδηλώνουν ανεμευλογία, συνήθως πέντε ημέρες πριν τον τοκετό ή δύο ημέρες μετά τον τοκετό.[11]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Ειδικό Μέρος

6.1.Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η ψυχική υγεία Ελληνίδων μητέρων που θηλάζουν ή έχουν θηλάσει ή δεν θηλάζουν με βρέφη ή νήπια ηλικίας από 0 έως 4 ετών. Βασικοί πυλώνες της μελέτης είναι η διερεύνηση του παροδικού άγχους και του άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας, η επίδραση παραγόντων δημογραφικού και κοινωνικού περιεχομένου στην διακοπή ή συνέχιση του θηλασμού, καθώς και στο χρονικό διάστημα του θηλασμού, και η επίδραση παραγόντων γενικής υγείας στο παροδικό άγχος και στο άγχος ως στοιχείο προσωπικότητας των συμμετεχουσών μητέρων.

6.2.Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

Στο χρονικό διάστημα μεταξύ Ιουλίου 2020 και Δεκεμβρίου 2020 διενεργήθηκε μελέτη σε μητέρες που θηλάζουν ή έχουν θηλάσει ή δεν θηλάζουν με βρέφη ή νήπια ηλικίας 0 έως 4 ετών. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με την διανομή ερωτηματολογίων στο διαδικτυακό τόπο. Συμμετείχαν εξακόσιες εβδομήντα έξι (676) μητέρες, οι οποίες δέχτηκαν να συμμετέχουν στην συγκεκριμένη μελέτη, με ειδικό έντυπο συγκατάθεσης (βλ. Παράρτημα 1.1.) και να συμπληρώσουν ανώνυμα ερωτηματολόγια, με την καθοδήγηση οδηγιών, οι οποίες αναγράφονταν στα εκάστοτε ερωτηματολόγια. Από τον συνολικό πληθυσμό της μελέτης, 15 ατόμων τα ερωτηματολόγια ακυρώθηκαν, επειδή δεν συμπληρώθηκαν σωστά. Για την απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα (4) ερωτηματολόγια. Το πρώτο ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα 1.2.) δημιουργήθηκε με γενικές ερωτήσεις δημογραφικού περιεχομένου και ειδικές ερωτήσεις που αφορούσαν τον θηλασμό, καθώς και πληροφορίες για την μητέρα και το παιδί. Πιο συγκεκριμένα, συλλέγονται δημογραφικά στοιχεία των μητέρων, όπως είναι η καταγωγή, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και η εργασία, πληροφορίες που αφορούν την μητέρα και το παιδί, όπως ο αριθμός των παιδιών και η ηλικία των παιδιών, καθώς και πληροφορίες που αφορούν τον θηλασμό, όπως είναι ο τύπος τοκετού, ο θηλασμός αυτήν την περίοδο, ο τρόπος θηλασμού, το χρονικό διάστημα θηλασμού, η βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας μετά τον τοκετό, η διαμονή μητέρας – βρέφους στο ίδιο δωμάτιο μετά τον τοκετό, ο λόγος διακοπής ή η συνέχιση του θηλασμού και η προσωπική άποψη των μητέρων, όσον αφορά τα οφέλη του θηλασμού.

Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη συνέχεια ήταν το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Άγχους του Spielberger (1970) (state - trait anxiety inventory) (STAI – X1, STAI – X2), το οποίο αποτελείται από δύο (2) υποκλίμακες και έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό από τους Λιάκο και Γιαννίτση (1984) (βλ. Παράρτημα 1.3., 1.4.), και το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Γενικής Υγείας του Goldberg (General Health Questionnaire, GHQ- 28, 1972) (βλ. Παράρτημα 1.5.), το οποίο έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό από μία ομάδα τριών (3) ψυχιάτρων και ενός (1) κλινικού ψυχολόγου (1991). [22]

Η πρώτη υποκλίμακα Διερεύνησης Άγχους κατά Spielberger (STAI – X1) εξετάζει το άγχος ως παρούσα κατάσταση και αποτελείται από είκοσι (20) διαφορετικές δηλώσεις, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το άγχος που αισθάνεται το άτομο εκείνη την στιγμή. Η υποκλίμακα αυτή εξετάζει το άγχος του ατόμου που βίωσε στο κοντινό παρελθόν ή που υποθετικά θα βίωνε στο κοντινό μέλλον.

Η δεύτερη υποκλίμακα Διερεύνησης Άγχους κατά Spielberger (STAI – X2) εξετάζει το άγχος ως στοιχείο προσωπικότητας και αποτελείται από είκοσι (20) διαφορετικές δηλώσεις, έτσι ώστε να αξιολογηθεί το άγχος που αισθάνεται το άτομο γενικότερα.

Οι δηλώσεις των παραπάνω υποκλιμάκων βαθμονομούνται με την κλίμακα Likert, η οποία αποτελείται από τέσσερα (4) επίπεδα: «Καθόλου (0)», «Κάπως (1)», «Μέτρια (2)», «Πάρα πολύ (3)», για την υποκλίμακα που εξετάζει το παροδικό άγχος και «Σχεδόν ποτέ (0)», «Μερικές φορές (1)», «Συχνά (2)», «Σχεδόν πάντοτε (3)», για την υποκλίμακα που εξετάζει το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας. Η βαθμολογία των παραπάνω επιπέδων έχει εύρος από 20 – 80 βαθμούς.

Το Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Γενικής Υγείας κατά Goldberg αποτελείται από τέσσερις (4) υποκλίμακες: 1. «Σωματική Υγεία», 2. «Ψυχολογική Υγεία», 3. «Κοινωνικές Σχέσεις», 4. «Περιβάλλον». Η κάθε υποκλίμακα από τις παραπάνω αποτελείται από 7 διαφορετικές ερωτήσεις, η οποίες βαθμονομούνται με την κλίμακα Likert (0,1,2,3). Για κάθε απάντηση 0 ή 1 το βαθμολογία είναι 0, ενώ για κάθε απάντηση 2 ή 3 η βαθμολογία είναι 1. Η βαθμολογία της παραπάνω υποκλιμάκας έχει εύρος 0 – 28.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος στατιστικής ανάλυσης SPSS. Χρησιμοποιήθηκαν διάφορα στατιστικά τεστ: κατά Pearson (r), χ^2 τεστ, t - test, ANOVA. Αρχικά έγινε έλεγχος των κατανομών των μεταβλητών προκειμένου να ελεγχθεί η κανονικότητά τους. Έγινε σύγκριση των μέσων τιμών χρησιμοποιώντας το στατιστικό τεστ t -test και έλεγχος των υποθέσεων με στόχο την ανίχνευση διαφορών στις μέσες τιμές περισσότερων από δύο μεταβλητών με το στατιστικό τεστ ANOVA. Για την μελέτη συσχέτισης κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό χ^2 τεστ και για την μελέτη συσχέτισης συνεχών

μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο συσχέτισης κατά Pearson. Σε κάθε περίπτωση, τιμή του $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

6.3.Αποτελέσματα

6.3.1.Δημογραφικά Στοιχεία

Στο πρώτο σκέλος της έρευνας συλλέχθηκαν δημογραφικά στοιχεία των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Όλες οι συμμετέχουσες έχουν καταγωγή από την Ελλάδα και την Κύπρο. Οι τριακόσιες εξήντα πέντε (365) αυτών, δηλαδή το 55,2% δεν ανέφεραν συγκεκριμένο γεωγραφικό διαμέρισμα, αλλά κατέγραψαν την ελληνική καταγωγή τους. Το 2,4% ανέφερε ότι κατάγεται από την Κύπρο. Το 8,3% ανέφερε ότι κατάγεται από Νησί της Ελλάδος (Κρήτη, Νησιά Ιόνιου και Αιγαίου Πελάγους). Το 18,6% ανέφερε ότι κατάγεται από την Βόρεια Ελλάδα (Ηπειρος, Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη), ενώ το 15,4% ανέφερε ότι κατάγεται από την Νότια Ελλάδα (Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος).

Πίνακας 1. Καταγωγή συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ήπειρος	20	3,0	6,8	6,8
Θεσσαλία	31	4,7	10,5	17,2
Μακεδονία	67	10,1	22,6	39,9
Θράκη	5	,8	1,7	41,6
Στερεά Ελλάδα	70	10,6	23,6	65,2
Πελοπόννησος	32	4,8	10,8	76,0
Κρήτη	22	3,3	7,4	83,4
Νησιά Αιγαίου Πελάγους	28	4,2	9,5	92,9
Νησιά Ιόνιου Πελάγους	5	,8	1,7	94,6
Κύπρος	16	2,4	5,4	100,0
Σύνολο	296	44,8	100,0	
Ελλείποντα	365	55,2		
Σύνολο	661	100,0		

Οι τετρακόσιες εξήντα τρεις (463) μητέρες της έρευνας είχαν ηλικία 20 έως και 50 ετών, με μέση ηλικία τα 31 - 40 έτη.

Πίνακας 2. Ηλικία των συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
20 – 30	151	22,8	22,8	22,8
31 – 40	463	70,0	70,0	92,9
41 – 50	47	7,1	7,1	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχουσών (94,6%) είναι έγγαμες, το 3,2% αυτών είναι άγαμες, το 13% αυτών είναι διαζευγμένες, ενώ το 2% είναι χήρες.

Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Άγαμη	21	3,2	3,2	3,2
Έγγαμη	625	94,6	94,6	97,7
Διαζευγμένη	13	2,0	2,0	99,7
Χήρα	2	,3	,3	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Το 50,1% των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφερε την πανεπιστημιακή εκπαίδευσή τους, το 37% ανέφερε την δευτεροβάθμια εκπαίδευσή τους και το 21% την μεταπτυχιακή – διδακτορική εκπαίδευσή τους.

Πίνακας 4. Εκπαίδευση συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Γυμνάσιο	6	,9	,9	,9
Λύκειο	185	28,0	28,0	28,9
Πανεπιστήμιο	331	50,1	50,1	79,0
Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό	139	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Η πλειονότητα των μητέρων (60,2%) εργάζεται. Πιο συγκεκριμένα, το 43,4% αυτών, απασχολείται πλήρως, το 13,6% αυτών απασχολείται μερικώς και το 3% ωρομίσθια.

Πίνακας 5. Εργασία συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Ναι	398	60,2	60,2	60,2
Όχι	263	39,8	39,8	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Πίνακας 6. Είδος εργασίας εργαζόμενων συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Πλήρης Απασχόληση	287	43,4	72,3	72,3
Μερική Απασχόληση	90	13,6	22,7	95,0
Ωρομίσθια	20	3,0	5,0	100,0
Σύνολο	397	60,1	100,0	
Ελλείποντα	264	39,9		
Σύνολο	661	100,0		

Το 49,5% των μητέρων έχει δύο (2) παιδιά, το 42,5% ένα (1) παιδί, το 7,7% τρία (3) παιδιά και το 0,3%, > 3 παιδιά.

Πίνακας 7. Αριθμός παιδιών συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1	281	42,5	42,5	42,5
2	327	49,5	49,5	92,0
3	51	7,7	7,7	99,7
> 3	2	,3	,3	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Η ηλικία του 1^{ου}, 2^{ου}, 3^{ου} και > 3 παιδιών των μητέρων έχουν ηλικία 0 – 7 ετών και πάνω. Όσον αφορά το 1^ο παιδί, το 48,5% έχει ηλικία 0 έως 3 χρονών και το 51,5% έχει ηλικία 4 έως > 7 ετών. Όσον

αφορά το 2^ο παιδί, το 45,4% έχει ηλικία 0 έως 3 χρονών και το 12,1% έχει ηλικία 4 έως > 7 ετών. Όσον αφορά το 3ο παιδί, το 6,8% έχει ηλικία 0 έως 3 χρονών και το 1,4% έχει ηλικία 4 έως > 7 ετών. Όσον αφορά την πιθανότητα οι μητέρες να έχουν παραπάνω από 3 παιδιά, το 0,2% έχει ηλικία 1 έως 3 χρονών και το 0,2% έχει ηλικία 4 έως 7 ετών.

Πίνακας 8. Ηλικία 1^{ου} παιδιού συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0 - 12 μηνών	75	11,3	11,3	11,3
1 - 3 χρονών	246	37,2	37,2	48,6
4 -7 χρονών	261	39,5	39,5	88,0
> 7 χρονών	79	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	661	100,0	100,0	

Πίνακας 9. Ηλικία 2^{ου} παιδιού συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0 - 12 μηνών	109	16,5	28,7	28,7
1 - 3 χρονών	191	28,9	50,3	78,9
4 -7 χρονών	67	10,1	17,6	96,6
> 7 χρονών	13	2,0	3,4	100,0
Σύνολο	380	57,5	100,0	
Ελλείποντα	281	42,5		
Σύνολο	661	100,0		

Πίνακας 10. Ηλικία 3^{ου} παιδιού συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
0 - 12 μηνών	20	3,0	37,0	37,0
1 - 3 χρονών	25	3,8	46,3	83,3
4 -7 χρονών	9	1,4	16,7	100,0
Σύνολο	54	8,2	100,0	
Ελλείποντα	607	91,8		
Σύνολο	661	100,0		

Πίνακας 11. Ηλικία > 3 παιδιών συμμετεχουσών μητέρων

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
1 - 3 χρονών	1	,2	50,0	50,0
4 -7 χρονών	1	,2	50,0	100,0
Σύνολο	2	,3	100,0	
Ελλείποντα	659	99,7		
Σύνολο	661	100,0		

Το 56,3% των μητέρων που έλαβαν μέρος στην έρευνα γέννησαν με καισαρική τομή, ενώ το 43,7% γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό.



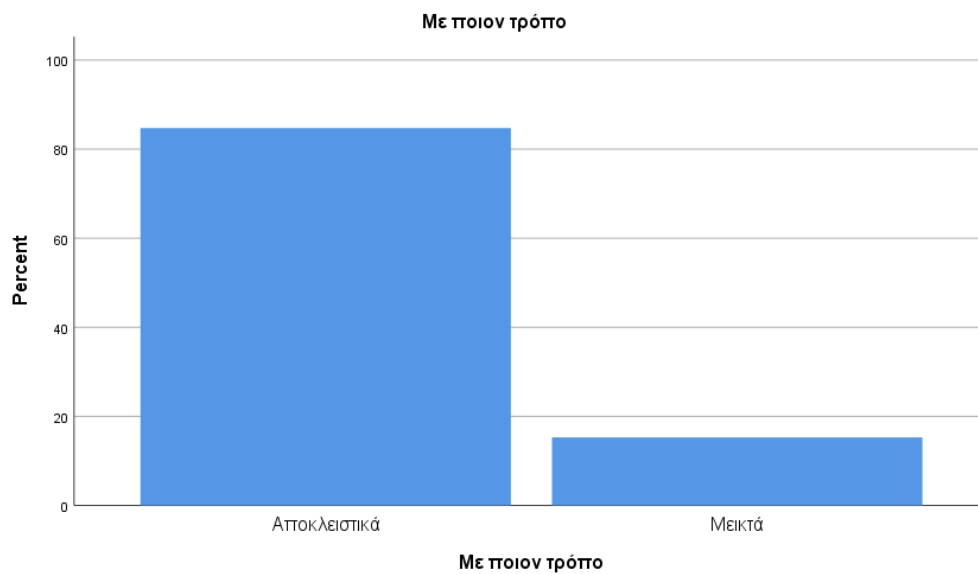
Εικόνα 3. Τύπος τοκετού του τελευταίου παιδιού των συμμετεχουσών μητέρων

Την περίοδο αυτή, το 54,5% των μητέρων δεν θηλάζει, ενώ το 45,5% θηλάζει.



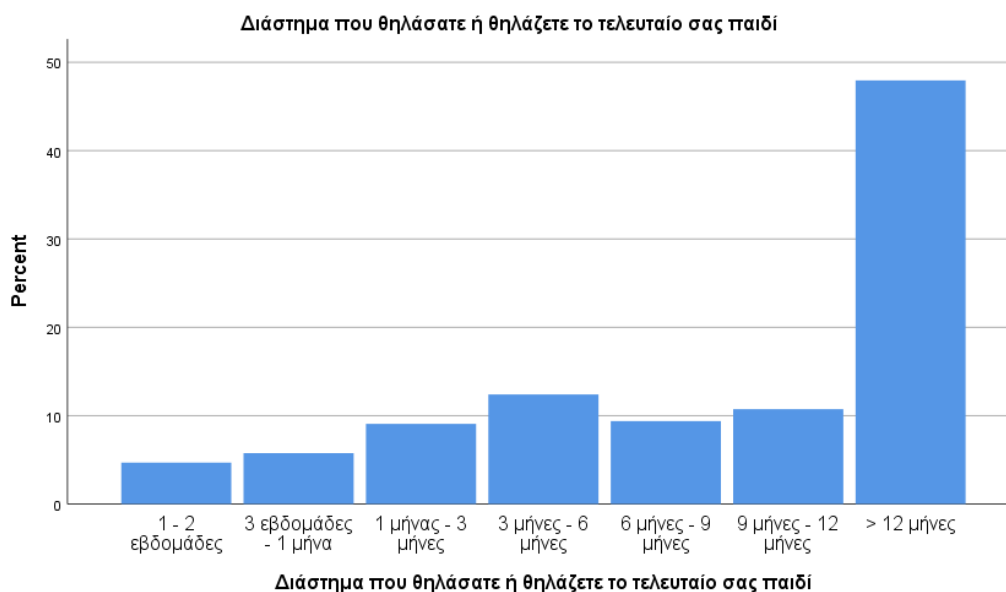
Εικόνα 4. Θηλασμός ή όχι συμμετεχουσών μητέρων

Από τις μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο, το 38,6% αυτών θηλάζει αποκλειστικά, ενώ το 7% θηλάζει μεικτά.



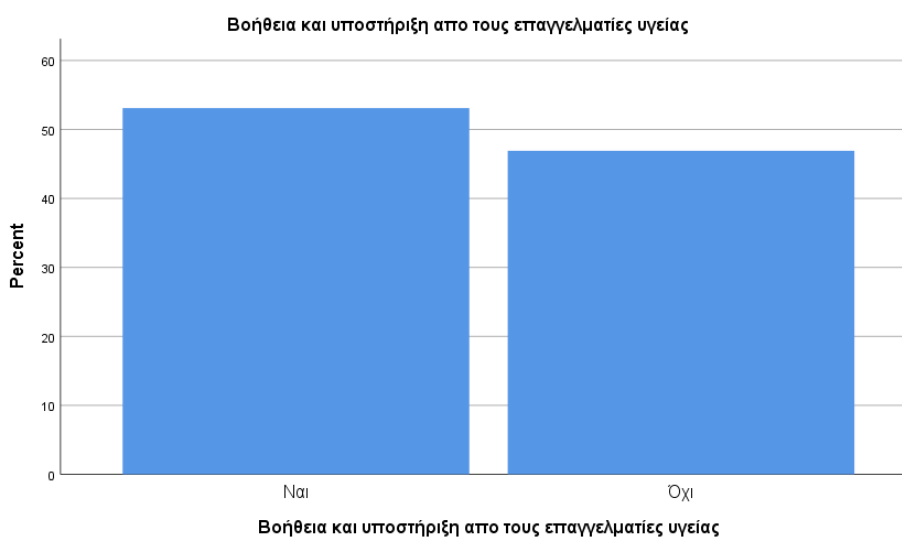
Εικόνα 5. Τρόπος θηλασμού των θηλαζουσών συμμετεχουσών μητέρων

Το 48% των εξακοσίων εξήντα μιάς (661) μητέρων θηλάζουν ή θήλασαν το τελευταίο τους παιδί >12 μήνες, το 12,4% αυτών 3 – 6 μήνες, το 10,7% αυτών 9 – 12 μήνες, το 9,4% αυτών 6 – 9 μήνες, το 9,1% αυτών 1 – 3 μήνες, το 5,7% αυτών 3 εβδομάδες – 1 μήνα και το 4,7% αυτών 1 – 2 εβδομάδες.



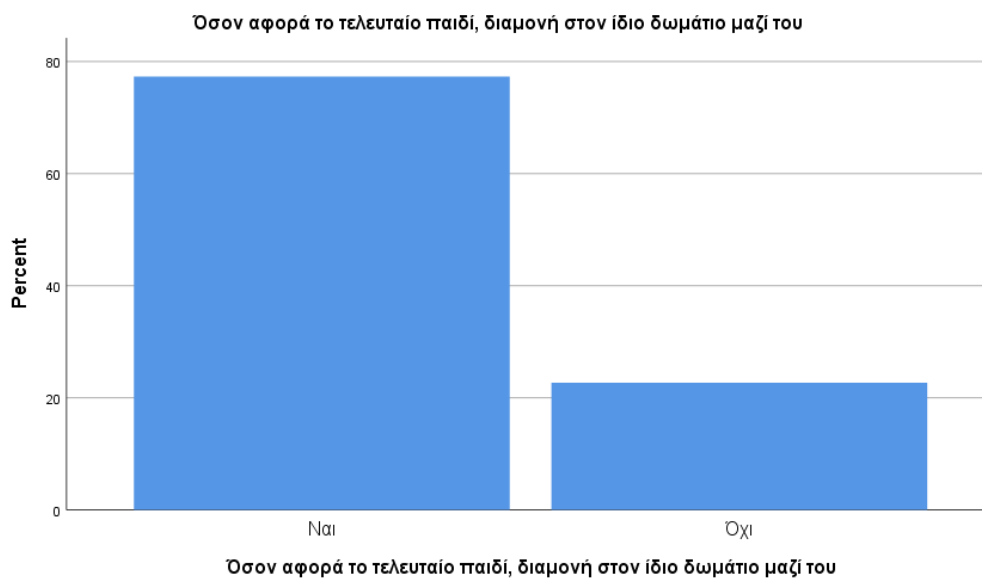
Εικόνα 6. Διάστημα θηλασμού του τελευταίου παιδιού των συμμετεχουσών μητέρων

Το 53,1% των μητέρων ανέφερε ότι έλαβε την κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ το 46,9% ανέφερε την ανάγκη βοήθειας και υποστήριξης, μετά τον τοκετό και κατά την διάρκεια του θηλασμού.



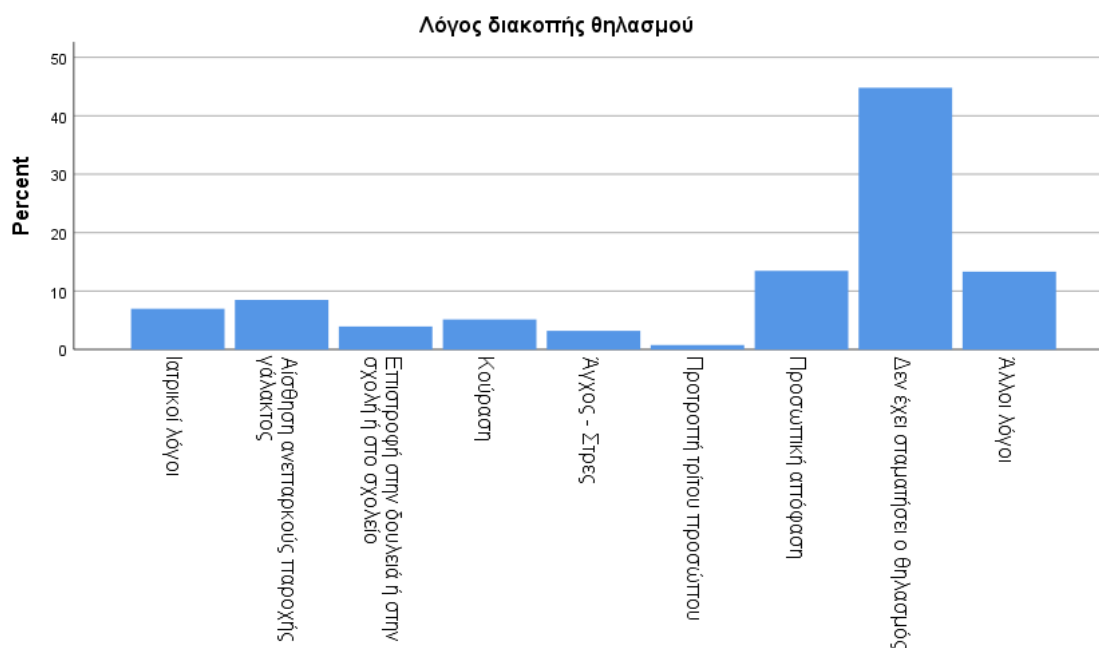
Εικόνα 7. Βοήθεια και υποστήριξη των συμμετεχουσών μητέρων μετά τον τοκετό και κατά την διάρκεια του θηλασμού από τους επαγγελματίες υγείας

Το 77,3% των μητέρων ανέφερε την διανομή μαζί με το βρέφος τους στο ίδιο δωμάτιο μετά τον τοκετό, ενώ το 22,7% αυτών δεν παρέμεινε στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος τους μετά τον τοκετό.



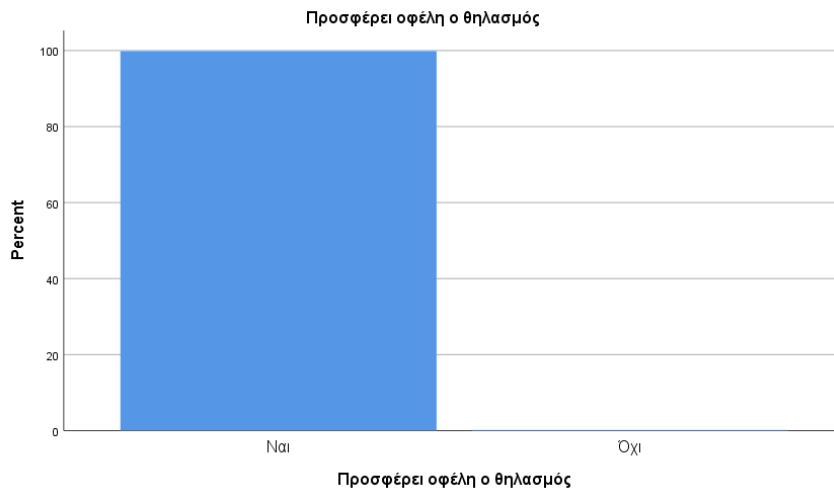
Εικόνα 8. Διαμονή μητέρας – βρέφους στο ίδιο δωμάτιο μετά τον τοκετό των συμμετεχουσών μητέρων

Το 44,8% των μητέρων ανέφερε ότι ο θηλασμός δεν έχει διακοπεί. Από το υπόλοιπο ποσοστό του πληθυσμού (55,2%), το 13,5% ανέφερε ως λόγο διακοπής του θηλασμού την προσωπική απόφαση, το 13,3% ανέφερε άλλους λόγους, το 8,5% ανέφερε αίσθηση ανεπαρκούς παροχής γάλακτος, το 7% ανέφερε ιατρικούς λόγους, το 3,9% ανέφερε επιστροφή στην δουλειά ή στην σχολή ή στο σχολείο, το 3,2% ανέφερε άγχος – στρες και το 0,8% ανέφερε προτροπή τρίτου προσώπου.



Εικόνα 9. Λόγοι διακοπής ή συνέχισης του θηλασμού των συμμετεχουσών μητέρων

Η συντριπτική πλειονότητα των μητέρων (99,8%) ανέφερε ότι ο θηλασμός προσφέρει οφέλη, ενώ το 0,2% αυτών ανέφερε ότι δεν προσφέρει οφέλη.



Εικόνα 10. Προσφορά οφελών ή όχι όσον αφορά τον θηλασμό των συμμετεχουσών μητέρων

6.3.2. Δημογραφικά στοιχεία και μεταβλητή «Λόγος διακοπής ή συνέχιση θηλασμού»

Στην συνέχεια γίνεται ανάλυση της θέσης των γυναικών που θηλάζουν ή δεν θηλάζουν ως προς την μεταβλητή «λόγος διακοπής του θηλασμού», σε συσχέτιση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Η μεταβλητή «Καταγωγή» (Ηπειρος, Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος, Κρήτη, Νησιά Αιγαίου Πελάγους, Νησιά Ιόνιου Πελάγους, Κύπρος) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η καταγωγή των μητέρων ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Ηλικία» (20-30, 31-40, 41-50 ετών) εξετάστηκε με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχει στον λόγο διακοπής του θηλασμού ή συνέχισή του. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία των μητέρων ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Οικογενειακή Κατάσταση» (Άγαμη, Έγγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Εκπαίδευση» (Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εκπαίδευση ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Εργασία» (Πλήρης απασχόληση, Μερική απασχόληση, Ωρομίσθια) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εργασία ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Αριθμός παιδιών» εξετάστηκε με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχει στον λόγο διακοπής του θηλασμού ή συνέχισή του. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο αριθμός παιδιών ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Οι μεταβλητές «Ηλικία 1^{ου} παιδιού», «Ηλικία 2^{ου} παιδιού», «Ηλικία 3^{ου} παιδιού», εξετάστηκαν με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχουν στον λόγο διακοπής του θηλασμού ή συνέχισή του. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία του 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} παιδιού ($p > 0,05$) δεν επηρεάζουν τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ του 1^{ου} και του 2^{ου} παιδιού, 1^{ου} και 3^{ου} παιδιού, ως προς τον λόγο διακοπής του θηλασμού. Η μεταβλητή «Ηλικία >3 ^{ου} παιδιού» δεν εξετάστηκε, καθώς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η συσχέτισή της λόγω μικρού δείγματος.

Η μεταβλητή «Τύπος τοκετού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο τύπος τοκετού ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο θηλασμός αυτήν την περίοδο ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Τρόπος θηλασμού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο τρόπος θηλασμού ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Διάστημα θηλασμού» εξετάστηκε με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχει στον λόγο διακοπής του θηλασμού ή συνέχισή του. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το διάστημα θηλασμού των μητέρων ($p < 0,05$) επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μητέρων που θηλάζουν ή θήλασαν 1-2 εβδομάδες και 6-9 μήνες, 1-2 εβδομάδες και 9-12 μήνες, 1-2 εβδομάδες και >12 μήνες, 3 εβδομάδες-1 μήνα και 3-6 μήνες, 3 εβδομάδες-1 μήνα και 6-9 μήνες, 3 εβδομάδες -1 μήνα και 9-12 μήνες, 3εβδομάδες -1μήνα με >12 μήνες, 1-3 μήνες και 9-12μήνες, 1-3μήνες και >12 μήνες, 3-6 μήνες και 9-12 μήνες, 3-6 μήνες και >12 μήνες, ως προς την μεταβλητή «Λόγος διακοπής του θηλασμού».

Η μεταβλητή «Βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας ($p < 0,05$) επηρεάζει τους

λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή «Διαμονή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η διανομή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

Η μεταβλητή της προσωπικής άποψης των μητέρων «Οφέλη μητρικού θηλασμού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η προσωπική άποψη των μητέρων για το όφελος του θηλασμού ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τους λόγους διακοπής ή την συνέχιση του θηλασμού.

6.3.3.Δημογραφικά στοιχεία με μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο»

Στην συνέχεια γίνεται ανάλυση της θέσης των γυναικών που θηλάζουν ή δεν θηλάζουν ως προς την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο», σε συσχέτιση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Η μεταβλητή «Καταγωγή» (Ηπειρος, Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος, Κρήτη, Νησιά Αιγαίου Πελάγους, Νησιά Ιόνιου Πελάγους, Κύπρος) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η καταγωγή των μητέρων ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Ηλικία» (20-30, 31-40, 41-50 ετών) εξετάστηκε με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχει στον θηλασμό. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία των μητέρων ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Οικογενειακή Κατάσταση» (Άγαμη, Έγγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Εκπαίδευση» (Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εκπαίδευση ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Εργασία» (Πλήρης απασχόληση, Μερική απασχόληση, Ωρομίσθια) διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εργασία ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Αριθμός παιδιών» εξετάστηκε με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχει στον θηλασμό. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο αριθμός παιδιών ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Οι μεταβλητές «Ηλικία 1^{ου} παιδιού», «Ηλικία 2^{ου} παιδιού» και «Ηλικία 3^{ου} παιδιού», εξετάστηκαν με το στατιστικό τεστ ANOVA ως προς την επίδραση που έχουν στον θηλασμό. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία του 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} παιδιού, ($p < 0,05$) επηρεάζουν τον θηλασμό. Πιο

συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιών 0-12 μηνών και 1-3 χρόνων, 0-12 μηνών και 4-7 χρόνων, 0-12 μηνών και >7 χρόνων, ως προς την μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο». Η μεταβλητή «Ηλικία >3ου παιδιού» δεν εξετάστηκε, καθώς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η συσχέτισή της λόγω μικρού δείγματος.

Η μεταβλητή «Τύπος τοκετού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο τύπος τοκετού ($p < 0,05$) επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Διαμονή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η διανομή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή «Λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ο λόγος διακοπής ή συνέχιση του θηλασμού ($p < 0,05$) επηρεάζει τον θηλασμό.

Η μεταβλητή της προσωπικής άποψης των μητέρων «Οφέλη μητρικού θηλασμού» διασταυρώθηκε με την μεταβλητή «θηλασμός αυτήν την περίοδο» με το στατιστικό χ^2 τεστ. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η προσωπική άποψη των μητέρων για το όφελος του θηλασμού ($p > 0,05$) δεν επηρεάζει τον θηλασμό.

6.3.4.STAI- X1 και Δημογραφικά: διασταύρωση κατάστασης άγχους των μητέρων εκείνη την στιγμή σε συσχέτιση με τα Δημογραφικά στοιχεία

Στο δεύτερο σκέλος της έρευνας συσχετίστηκε το επίπεδο άγχους των μητέρων εκείνη την στιγμή, όπως αποτυπώθηκε στο ερωτηματολόγιο STAI – X1, με τα δημογραφικά στοιχεία.

Η μεταβλητή «Καταγωγή» (Ηπειρος, Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος, Κρήτη, Νησιά Αιγαίου Πελάγους, Νησιά Ιόνιου Πελάγους, Κύπρος) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η καταγωγή των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή «Ηλικία» (20-30, 31-40, 41-50 ετών) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία των μητέρων δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή «Οικογενειακή κατάσταση» (Άγαμη, Έγγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ

ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή «Εκπαίδευση» (Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εκπαίδευση των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή «Εργασία» (Πλήρης απασχόληση, Μερική απασχόληση, Ωρομίσθια) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εργασία των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή «Αριθμός παιδιών» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο αριθμός παιδιών των μητέρων δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Οι μεταβλητές «Ηλικία 1ου παιδιού», «Ηλικία 2ου παιδιού», «Ηλικία 3ου παιδιού», συσχετίστηκαν με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία 1ου, 2ου και 3ου παιδιού δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1. Η μεταβλητή «Ηλικία >3ου παιδιού» δεν εξετάστηκε, καθώς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η συσχέτισή της λόγω μικρού δείγματος.

Η μεταβλητή «Τύπος τοκετού» συσχετίστηκε με t- test με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI- X1 και τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,05$). Ο τύπος τοκετού δηλαδή φαίνεται ότι επηρεάζει την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1.

Η μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι ο θηλασμός των μητέρων συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1. Οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο φέρουν και υψηλά επίπεδα άγχους, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X1.

Η μεταβλητή «Τρόπος θηλασμού» (Αποκλειστικά, Μεικτά) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι ο τρόπος θηλασμού των μητέρων συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1. Ο τρόπος θηλασμού φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X1.

Η μεταβλητή «Διάστημα θηλασμού» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το διάστημα θηλασμού των μητέρων συσχετίζεται σημαντικά (Pearson $r = -0,252$, $p < 0,001$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1. Πρόκειται για μια αρνητική ασθενή συσχέτιση η οποία αποδεικνύει ότι όσο αυξάνεται το διάστημα θηλασμού της μητέρας, τόσο μειώνεται εν γένει το άγχος της.

Η μεταβλητή «Βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1. Η βοήθεια και η υποστήριξη των μητέρων από τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X1.

Η μεταβλητή «Διαμονή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η διαμονή στο ίδιο δωμάτιο των μητέρων με το βρέφος τους μετά τον τοκετό συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1. Η διαμονή στο ίδιο δωμάτιο μητέρας - βρέφους φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X1.

Η μεταβλητή «Λόγος διακοπής θηλασμού ή συνέχισή του» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο λόγος διακοπής του θηλασμού ή η συνέχισή του δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1.

Η μεταβλητή της προσωπικής άποψης των μητέρων «Οφέλη μητρικού θηλασμού» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η προσωπική άποψη των μητέρων για το αν προσφέρει ή όχι οφέλη ο θηλασμός συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X1. Οι μητέρες που πιστεύουν ότι ο θηλασμός προσφέρει οφέλη φέρουν και υψηλά επίπεδα άγχους, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X1.

6.3.5. STAI X - 2 και Δημογραφικά: διασταύρωση του άγχους ως στοιχείο του χαρακτήρα των μητέρων σε συσχέτιση με τα Δημογραφικά στοιχεία

Σε αυτό το σκέλος της έρευνας συσχετίστηκε το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας της μητέρας, όπως αποτυπώθηκε στο ερωτηματολόγιο STAI – X2, με τα δημογραφικά στοιχεία.

Η μεταβλητή «Καταγωγή» (Ηπειρος, Θεσσαλία, Μακεδονία, Θράκη, Στερεά Ελλάδα, Πελοπόννησος,

Κρήτη, Νησιά Αιγαίου Πελάγους, Νησιά Ιόνιου Πελάγους, Κύπρος) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η καταγωγή των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Η μεταβλητή «Ηλικία» (20-30, 31-40, 41-50 ετών) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία των μητέρων δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Η μεταβλητή «Οικογενειακή κατάσταση» (Άγαμη, Έγγαμη, Διαζευγμένη, Χήρα) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Η μεταβλητή «Εκπαίδευση» (Γυμνάσιο, Λύκειο, Πανεπιστήμιο, Μεταπτυχιακό - Διδακτορικό) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εκπαίδευση των μητέρων δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Η μεταβλητή «Εργασία» (Πλήρης απασχόληση, Μερική απασχόληση, Ωρομίσθια) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X1, με το στατιστικό τεστ ANOVA. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η εργασία των μητέρων αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X1. Το είδος της εργασίας των μητέρων επηρεάζει τα επίπεδα άγχους τους, όπως αυτά καταχωρήθηκαν ως απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο άγχους STAI – X2.

Η μεταβλητή «Αριθμός παιδιών» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο αριθμός παιδιών των μητέρων δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Οι μεταβλητές «Ηλικία 1ου παιδιού», «Ηλικία 2ου παιδιού», «Ηλικία 3ου παιδιού», συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι η ηλικία 1^{ου}, 2^{ου} και 3^{ου} παιδιού δεν συσχετίζεται με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2. Η μεταβλητή «Ηλικία >3ου παιδιού» δεν εξετάστηκε, καθώς δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί η συσχέτισή της λόγω μικρού δείγματος.

Η μεταβλητή «Τύπος τοκετού» συσχετίστηκε με t- test με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI- X2 και τα αποτελέσματα ήταν στατιστικά σημαντικά ($p < 0,05$). Ο τύπος τοκετού δηλαδή φαίνεται ότι επηρεάζει την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους

STAI – X2.

Η μεταβλητή «Θηλασμός αυτήν την περίοδο» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι ο θηλασμός των μητέρων συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X2. Οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο φέρουν και υψηλά επίπεδα άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X2.

Η μεταβλητή «Τρόπος θηλασμού» (Αποκλειστικά, Μεικτά) συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι ο τρόπος θηλασμού των μητέρων συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X2. Ο τρόπος θηλασμού φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X2.

Η μεταβλητή «Διάστημα θηλασμού» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson. Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το διάστημα θηλασμού των μητέρων συσχετίζεται σημαντικά (Pearson $r = -0,171$, $p < 0,001$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2. Πρόκειται για μια αρνητική ασθενή συσχέτιση η οποία αποδεικνύει ότι όσο αυξάνεται το διάστημα θηλασμού της μητέρας, τόσο μειώνεται εν γένει το άγχος της ως στοιχείο προσωπικότητας.

Η μεταβλητή «Βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X2. Η βοήθεια και η υποστήριξη των μητέρων από τους επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων ως στοιχείο προσωπικότητας, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X2.

Η μεταβλητή «Διαμονή στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η διαμονή στο ίδιο δωμάτιο των μητέρων με το βρέφος τους μετά τον τοκετό συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X2. Η διαμονή στο ίδιο δωμάτιο μητέρας - βρέφους φαίνεται ότι επηρεάζει τις απαντήσεις και το άγχος των μητέρων ως στοιχείο προσωπικότητας, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X2.

Η μεταβλητή «Λόγος διακοπής θηλασμού ή συνέχισή του» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το στατιστικό τεστ ANOVA.

Από την ανάλυση βρέθηκε ότι ο λόγος διακοπής του θηλασμού ή η συνέχισή του δεν αλληλεπιδρά με στατιστικά σημαντικό τρόπο με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Η μεταβλητή της προσωπικής άποψης των μητέρων «Οφέλη μητρικού θηλασμού» συσχετίστηκε με την συνολική βαθμολογία από τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2, με το t-test. Από το συγκεκριμένο test βρέθηκε ότι η προσωπική άποψη των μητέρων για το αν προσφέρει ή όχι οφέλη ο θηλασμός συσχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p < 0,05$) με την συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου άγχους STAI – X2. Οι μητέρες που πιστεύουν ότι ο θηλασμός προσφέρει οφέλη φέρουν και υψηλά επίπεδα άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας, όπως αυτά καταγράφονται μέσω της κλίμακας STAI – X2.

6.3.6.GHQ – STAI- X1: διασταύρωση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας και του ερωτηματολογίου για την κατάσταση άγχους των μητέρων την στιγμή που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια

Σε αυτό το σημείο της έρευνας συσχετίστηκαν οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI - X1.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Σωματική υγεία» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 532$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, μετρίου έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερη σωματική υγεία, τόσο λιγότερο παροδικό άγχος έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Ψυχολογική υγεία» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 632$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, σχετικά υψηλής έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερη ψυχολογική υγεία, τόσο λιγότερο παροδικό άγχος έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Κοινωνικές σχέσεις» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 441$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, μετρίου έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, τόσο λιγότερο παροδικό άγχος έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Περιβάλλον – Σοβαρή Κατάθλιψη» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X1, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 416$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, μετρίου έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι τα χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων, όπως αναφέρουν στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, συνδέονται με χαμηλά επίπεδα παροδικού άγχους.

6.3.7.GHQ- STAI – X2: διασταύρωση του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με το άγχος ως στοιχείο του χαρακτήρα των μητέρων

Σε αυτό το σκέλος της έρευνας συσχετίστηκαν οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου STAI – X2.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Σωματική υγεία» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 604$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, σχετικά υψηλής έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερη σωματική υγεία, τόσο λιγότερο άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Ψυχολογική υγεία» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 751$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, σχετικά υψηλής έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερη ψυχολογική υγεία, τόσο λιγότερο άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Κοινωνικές σχέσεις» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 530$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, μέτριας έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι όσο οι μητέρες έχουν καλύτερες κοινωνικές σχέσεις, τόσο λιγότερο άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους έχουν.

Με την συσχέτιση της υποκλίμακας «Περιβάλλον – Σοβαρή Κατάθλιψη» του ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας με την υποκλίμακα STAI – X2, με το τεστ κατά Pearson, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. (Pearson $r = 536$, $p < 0,001$). Πρόκειται για μια θετική, μέτριας έντασης συσχέτιση, η οποία αποδεικνύει ότι τα χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης των μητέρων, όπως αναφέρουν στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, συνδέονται με χαμηλά επίπεδα άγχους ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους.

6.4.Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε το παροδικό άγχος, το άγχος ως στοιχείο προσωπικότητας και η γενική υγεία των μητέρων σε συνάρτηση με μεταβλητές δημογραφικού περιεχομένου καθώς και με πληροφορίες που αφορούν την κοινωνικότητα της μητέρας, πληροφορίες για το βρέφος και τον θηλασμό.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η διακοπή ή η συνέχιση του μητρικού θηλασμού δεν επηρεάζεται από τα δημογραφικά στοιχεία των μητέρων.

Ωστόσο, όσον αφορά τα δημογραφικά στοιχεία, σύμφωνα με όσα αναγράφονται στο βιβλίο του Judith

E.Brown (2016) και αναφερόμενοι στην ηλικία των μητέρων, υποστηρίζεται ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία της μητέρας, τόσο μεγαλύτερη είναι η χρονική διάρκεια του μητρικού θηλασμού.[29] Βέβαια, στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχουσες μητέρες έχουν μέσο όρο ηλικίας τα 31 – 40 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, έχει εξεταστεί από τους Shimrit Keddem et al. (2018) και έχει διαπιστωθεί ότι η κοινωνική υποστήριξη της οικογένειας, και ιδιαίτερα του πατέρα, επηρεάζει την έναρξη και την συνέχιση του μητρικού θηλασμού.[46] Πιο συγκεκριμένα, σε μια μελέτη των Rada K. Dagher et al. (2016), διαπιστώθηκε ότι ένας από τους κύριους λόγους που μια μητέρα αποφασίζει να σταματήσει τον θηλασμό στους πρώτους έξι μήνες είναι ότι η μητέρα είναι άγαμη και δεν διαθέτει την υποστήριξη του πατέρα. [18] Βέβαια, στην παρούσα μελέτη, η συντριπτική πλειονότητα των μητέρων είναι έγγαμες, το οποίο υποθετικά φανερώνει την υποστήριξη από τον πατέρα. Όσον αφορά την εκπαίδευση, σύμφωνα με τους Shimrit Keddem (2018), το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης της μητέρας μειώνει την αυτο – αποτελεσματικότητά της, με αποτέλεσμα την διακοπή του θηλασμού.[46] Επιπλέον, σε μια έρευνα των Bilkis Banu και Khurshida Khanom (2012), διαπιστώθηκε ότι το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται θετικά με την γνώση των γονέων όσον αφορά την διαδικασία του θηλασμού αλλά, δεν σχετίζεται θετικά με την διακοπή του θηλασμού.[14] Αυτή η μελέτη έρχεται σε συμφωνία με την παρούσα έρευνα, καθώς φαίνεται ότι το επίπεδο εκπαίδευσης δεν σχετίζεται θετικά με την διακοπή ή συνέχιση του θηλασμού. Ακόμη από τα αποτελέσματα, διαπιστώνεται ότι οι μητέρες που εργάζονται ή επιστρέφουν στην εργασία τους, σταματούν πιο σύντομα τον μητρικό θηλασμό. Σε συμφωνία με την συγκεκριμένη μελέτη έρχεται η μελέτη των Rada K. Dagher et al. (2016), στην οποία διαπιστώθηκε ότι υπάρχει κίνδυνος διακοπής του θηλασμού σε γυναίκες που αποφάσισαν να επιστρέψουν στην εργασία τους στην διάρκεια των 6 μηνών μετά τον τοκετό τους.[18] Επίσης, ο τρόπος τοκετού των μητέρων επηρεάζει την διακοπή ή συνέχιση του θηλασμού. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με τους Amy J Hobbs et.al (2016), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή ανέφεραν περισσότερα προβλήματα κατά την διάρκεια του θηλασμού και την διακοπή του τέσσερις (4) μήνες μετά τον τοκετό.[12] Άλλοι παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν θετικά την διακοπή ή την συνέχιση του μητρικού θηλασμού είναι ο τρόπος σίτισης του βρέφους, όπου το 38,6% των συμμετεχουσών μητέρων θηλάζει αποκλειστικά, το διάστημα θηλασμού που θήλασαν ή είχαν θηλάσει το τελευταίο τους παιδί και η βοήθεια και η υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του θηλασμού. Σε αντίθεση με την πανελλαδική μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2014) για τον μητρικό θηλασμό, στην οποία αναφέρεται ότι μόνο το 0,6% των μητέρων συνεχίζουν τον θηλασμό μετά τους 12 μήνες, [4] έρχεται η παρούσα μελέτη, στην οποία το 48% των εξακοσίων εξήντα μιάς (661) συμμετεχουσών μητέρων θηλάζει ή έχει θηλάσει για παραπάνω από 12 μήνες. Σε συμφωνία με την παρούσα μελέτη έρχεται η μελέτη του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (2009), στην

οποία διαπιστώθηκε ότι πιθανώς οι υπηρεσίες στα νοσοκομεία που προσφέρονται από επαγγελματίες υγείας και φροντιστές δεν φαίνεται να ευνοούν την συνέχιση του θηλασμού καθώς και τον αποκλειστικό θηλασμό.[10]

Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το παροδικό άγχος των μητέρων δεν επηρεάζεται από τα δημογραφικά τους στοιχεία. Αντίθετα, ο τρόπος τοκετού, οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο και ο τρόπος θηλασμού, φέρουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους. Μάλιστα, οι μητέρες που θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους. Σύμφωνα, μάλιστα, με τους Erika de Sá Vieira et al. (2018), αποδεικνύεται ότι η αυτο - αποτελεσματικότητα σχετίζεται θετικά με την συνέχιση του αποκλειστικού θηλασμού τους πρώτους 6 μήνες μετά τον τοκετό.[21]

Ίδια αποτελέσματα διαπιστώνονται για τις μητέρες που έχουν βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και για εκείνες που παραμένουν στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος τους μετά τον τοκετό. Το εύρημα αυτό διαπιστώνεται και από την μελέτη των Catherine R.L. Brown et al. (2008 - 2009), η οποία αναφέρει την ανάγκη των μητέρων για υποστήριξη γαλουχίας δύο εβδομάδες μετά τον τοκετό. Μάλιστα, σύμφωνα με τους Catherine R L Brown et.al (2014), η έγκαιρη SSC, διαδικασία που υποστηρίζεται από τους επαγγελματίες υγείας, ενισχύει την έναρξη, την συνέχιση και την επίτευξη μεγαλύτερης διάρκειας μητρικού θηλασμού.[15] Ωστόσο, οι μητέρες που πιστεύουν ότι ο μητρικός θηλασμός προσφέρει οφέλη, αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα παροδικού άγχους.

Ακόμη, από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας των μητέρων δεν επηρεάζεται από τα δημογραφικά τους στοιχεία. Αντίθετα, ο τρόπος τοκετού, οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο και ο τρόπος θηλασμού, φέρουν υψηλότερα επίπεδα άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας. Σύμφωνα, μάλιστα με τους John R Britton et al. (2008) και Krol K.M.et.al (2014) , φαίνεται ότι οι μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα αυτοπεποίθησης, μειωμένα επίπεδα άγχους και μεγαλύτερη ευαισθησία στις θετικές εκφράσεις του προσώπου τους.[33],[28] Επιπρόσθετα, οι μητέρες που θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας. Ίδια αποτελέσματα διαπιστώνονται για τις μητέρες που έχουν βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και για εκείνες που παραμένουν στο ίδιο δωμάτιο με το βρέφος τους μετά τον τοκετό. Ωστόσο, οι μητέρες που πιστεύουν ότι ο μητρικός θηλασμός προσφέρει οφέλη, αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το παροδικό άγχος και το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας, επηρεάζεται από την σωματική και ψυχολογική υγεία, από τις κοινωνικές σχέσεις και από το περιβάλλον – σοβαρή κατάθλιψη. Αυτό δηλώνει ότι όσο αυξημένα είναι τα επίπεδα των παραπάνω μεταβλητών, τόσο αυξημένο είναι και το παροδικό άγχος και το άγχος ως στοιχείο προσωπικότητας

των συμμετεχουσών μητέρων. Ωστόσο, στην μελέτη των Hannah et al. (1992), συσχετίστηκε θετικά ο θηλασμός με μικρότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.[25]

Συμπερασματικά, η ψυχική υγεία των μητέρων που θηλάζουν ή δεν θηλάζουν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή όχι του θηλασμού και από το χρονικό διάστημά του. Ακόμη, διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι η εργασία, καθώς και παράγοντες που αφορούν το βρέφος και τον θηλασμό, όπως είναι ο τρόπος τοκετού και ο τρόπος θηλασμού, επηρεάζουν την εδραίωση και την συνέχιση του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, οι μητέρες που θηλάζουν αυτήν την περίοδο και πιστεύουν ότι ο θηλασμός προσφέρει οφέλη εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους και άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας. Μάλιστα, οι μητέρες που θηλάζουν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα παροδικού άγχους και άγχους ως στοιχείο προσωπικότητας. Παράλληλα, το παροδικό άγχος και το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητας, επηρεάζεται και σχετίζεται θετικά με την σωματική και ψυχολογική υγεία, με τις κοινωνικές σχέσεις και με το περιβάλλον – εμφάνιση σοβαρής κατάθλιψης των συμμετεχουσών μητέρων.

6.5.Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε στην εποχή που ανακοινώθηκαν τα μέτρα προστασίας κατά του κορωνοϊού. Ο λόγος αυτός περιόρισε τόσο τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας, όσο και την ανθρώπινη επαφή για αυξημένη κατανόηση της έρευνας, και κατ' επέκταση σωστή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε ο πληθυσμός της παρούσας μελέτης να ήταν πιο στοχευμένος. Ακόμη, η συγκεκριμένη μελέτη θα μπορούσε να περιλαμβάνει ένα σκέλος που θα διερευνούσε τον φυσικό αποθηλασμό, ο οποίος συμπεριλήφθηκε στους «Άλλους λόγους», στην ερώτηση «Ποιός ήταν ο λόγος που σταματήσατε τον μητρικό θηλασμό;», σαν λύση για την καλύτερη εξέλιξη της μελέτης.

Μελλοντικά, επόμενοι ερευνητές θα μπορούσαν ενδεχομένως να πραγματοποιήσουν μελέτες με συνεντεύξεις και ανθρώπινη επαφή, έτσι ώστε να μελετηθούν οι μεταβλητές που οδηγούν στην βίωση θετικών συναισθημάτων κατά την διάρκεια του θηλασμού.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Εθνική Επιτροπή Μητρικού Θηλασμού Κύπρου. Μητρικός Θηλασμός για τα Νεογνά της Μονάδας Εντατικής Νοσηλείας των Νεογνών. Υπουργείο Υγείας. 2014
2. (Δημήτρης Κωνσταντίνου, Σπύρος Μαζάνης, Νικόλαος Βουδούρης, Ελένη Τσουκαλά, Εγχειρίδιο για επαγγελματίες Υγείας ΙΑΣΩ).
3. Δρ. Γιάννη Π. Φύσσα “Ο μαστός και οι παθήσεις του. Ένας οδηγός για κάθε γυναίκα, με ερωτήσεις και απαντήσεις”. Εκδόσεις Λιβάνη 2006
4. Ε. Χαραμή, Χ. Μαζαράκου, Δ. Τσορομώκος. Επιδράσεις του μητρικού θηλασμού στην ψυχική υγεία των βρεφών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2015, 32(2):245-249
5. Ε.Χαραμή, Δ.Τσορομώκος, Χ.Μαζαράκου. Μητρικός θηλασμός και ψυχική υγεία της μητέρας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2015 32(3):364-368
6. Ζαμπέλας Αντώνης, Η διατροφή στα στάδια της ζωής. 2003, Κεφάλαιο 3
7. Ίγκρα, Λ. Αντικειμενοτρόπες Σχέσεις και Ψυχοθεραπεία. μτφρ. Καραμπεϊδης Μ. εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, 1998
8. Ιωάννα Αντωνιάδου Κουμάτου, Αικατερίνη Σοφιαννού, Μητρικός Θηλασμός Οδηγός για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. 2015
9. Αντωνιάδου-Κουμάτου Ιωάννα, Σοφιαννού Αικατερίνη, Βασιλάκη Ιωάννα, Εκίζογλου Χρυσούλα, Ντέκα Ελένη, Μητρικός Θηλασμός Οδηγός για Γονείς. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ΑΛΚΥΟΝΗ
10. Ιωάννα Αντωνιάδου Κουμάτου, Τάκης Παναγιωτόπουλος, Αχιλλέας Αττιλάκος, Αδαμαντία Ξεκαλάκη. “Αγωγή υγείας παιδιών και οικογένειας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας”. Διατροφή και φυσική δραστηριότητα. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Αθήνα, 2015

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

11. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 2012 129(3):827-841
12. Amy J Hobbs, Cynthia A Mannion, Sheila W McDonald, Meredith Brockway, Suzanne C Tough. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC Pregnancy Childbirth. 2016 16:90
13. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P. Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics. 2000 106:E67
14. Bilkis Banu, Khurshida Khanom. Effects of Education Level of Father and Mother on Perceptions of Breastfeeding. J Enam Med Col 2012; 2(2): 67-73

15. Catherine R L Brown, Linda Dodds, Alexandra Legge, Janet Bryanton, Sonia Semenic. Factors influencing the reasons why mothers stop breastfeeding. *Can J Public Health*. 2014 105(3):179-185
16. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. *Breastfeeding and Special Circumstances*
17. Centers for Disease Control and Prevention. Strategies to Prevent Obesity and Other Chronic Diseases: The CDC Guide to Strategies to Support Breastfeeding Mothers and Babies. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services 2013
18. Dagher, R.K., McGovern, P.M., Schold, J.D. et al. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 16, 194 (2016)
19. Deoni SC, Dean DC, Piryatinsky I, O'Muircheartaigh J, Waskiewicz N, Lehman K, Han M, Dirks H. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*. 2013 82:77-86
20. Duan X, Wang J, Jiang X. A meta-analysis of breastfeeding and osteoporotic fracture risk in the females. *Osteoporos Int*. 2017 28(2):495-503
21. Erika de Sá Vieira, Nathalia Torquato Caldeira, Daniella Soares Eugênio, Marina Moraes di Lucca, Isília Aparecida Silva. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 26:e3035
22. Galler JR, Harrison RH, Biggs MA, Ramsey F, Forde V. Maternal moods predict breastfeeding in Barbados. *J Dev Behav Pediatr*. 1999 20(2):80-7
23. Garyfallos G., Karastergiou A., Adamopoulou A., Moutzoukis C., Alagiozidou E., Mala D., Garyfallos A., Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 371-378.
24. Hanne Kronborg, Michael Vaeth. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding, *Scand J Public Health* 2004 32(3):210-6
25. Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Dunkel Schetter C, Glynn LM. Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch Womens Ment Health*. 2013 16(5):411-22
26. Jennifer Hahn-Holbrook, Chris Dunkel Schetter, Martie Haselton. Breastfeeding and Maternal Mental and Physical Health. 2012 17:414-439
27. Jenny Ingram, Debbie Johnson. Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support. *Matern Child Nutr*. 2009 5(3):276-81
28. John R Britton, Helen L Britton. Maternal Self-Concept and Breastfeeding, *Journal of Human Lactation*. 2008 4(24)

29. Judith E. Brown. “Η διατροφή στον κύκλο της ζωής”. Πέμπτη Έκδοση. Η διατροφή κατά την διάρκεια της γαλουχίας. 2016
30. Juliana F Lindau, Simona Mastroeni, Andrea Gaddini, Domenico Di Lallo, Paolo Fiori Nastro, Martina Patanè, Paolo Girardi, Cristina Fortes. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: identifying an “at risk population” for special support. *European Journal of Pediatrics*. 2015 174:533–540
31. Kathleen M Krol, Tobias Grossmann. Psychological effects of breastfeeding on children and mothers. *Bundesgesundheitsbl*. 2018 61:977–985
32. Kezia Gaitskell, Jane Green, Kirstin Pirie, Isobel Barnes, Carol Hermon, Gillian K Reeves, Valerie Beral, Million Women Study Collaborators. Histological subtypes of ovarian cancer associated with parity and breastfeeding in the prospective Million Women Study. *Int J Cancer*. 2018 142(2):281-289
33. Krol KM, Kamboj SK, Curran HV, Grossmann T. Breastfeeding experience differentially impacts recognition of happiness and anger in mothers. *Sci Rep*. 2014 4:7006
34. Laufey Tryggvadóttir, Hrafn Tulinius, Jórunn E. Eyfjord, Trausti Sigurvinnsson. Breastfeeding and Reduced Risk of Breast Cancer in an Icelandic Cohort Study. *American Journal of Epidemiology*. 2001 154(1):37–42
35. Malgorzata Hasiec, Tomasz Misztal. Adaptive Modifications of Maternal Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Activity during Lactation and Salsolinol as a New Player in this Phenomenon. *International Journal of Endocrinology*. 2018
36. Mezzacappa, E S, Katkin, E S. Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*. 2002 21(2):187–193
37. Modugno F, Goughnour S L, Wallack D, Edwards R P, Odunsi K, Kelley J L, Moysich K, Ness R B, Brooks M M. Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2019 153(1):116-122
38. M. H. Labbok. Effects of Breastfeeding on the Mother. *Pediatric Clinics of North America*. 2001 48(1):143-158
39. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11
40. Mortensen EL, Michaelsen KF, Sanders SA, Reinisch JM. The association between duration of breastfeeding and adult intelligence. *JAMA*. 2002 287(18):2365-71
41. Nina R. O’Connor. Infant Formula. *Am Fam Physician*. 2009 79(7):565-70
42. Olivia Ballard, Ardythe L. Morrow. Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. *Pediatr Clin North Am*. 2013 60(1): 49–74

43. Pat Hoddinott, David Tappin, Charlotte Wright. Breastfeeding. *BMJ*. 2008 336(7649): 881–887
44. Piro, S.S., Ahmed, H.M. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20, 19 (2020)
45. Raquel de Souza Mezzavilla, Marina de Figueiredo Ferreira, Cintia Chaves Curioni, Ana Cristina Lindsay, Maria Helena Hasselmann. Intimate partner violence and breastfeeding practices: a systematic review of observational studies. *Jornal de Pediatria*. 2018 94(3):226-237
46. Shimrit Keddem, Rosemary Frasso, Melissa Dichter, Alexandra Hanlon, The Association Between Pregnancy Intention and Breastfeeding, *Journal of Human Lactation*, 2018, 34(1) 97–105
47. Stephanie J London, Graham A Colditz, Meir J Stampfer, Walter C Willett, Bernard A Rosner, Karen Corsano, Frank E Speizer. Lactation and risk of breast cancer in a cohort of us women. *American Journal of Epidemiology*. 1990 1:17–26
48. Vasiliki Leventakou, Theano Roumeliotaki, Katerina Koutra, Maria Vassilaki, Evangelia Mantzouranis, Panos Bitsios, Manolis Kogevinas, Leda Chatzi. Breastfeeding duration and cognitive, language and motor development at 18 months of age: Rhea mother–child cohort in Crete. Greece. *J Epidemiol Community Health*. 2015 69(3):232-9
49. World Health Organization, Breastfeeding, Recommendations
50. World Health Organization. Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. 2005
51. World Health Organization, Improving maternal mental health, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2008

Παραρτήματα

Παράρτημα 1.1. Έντυπο Συγκατάθεσης για την συμμετοχή στην έρευνα

Έντυπο Συγκατάθεσης

για συμμετοχή στην έρευνα με θέμα:

ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των συσχετίσεων ανάμεσα στην αυτοαναφερόμενη γενική υγεία και στα συναισθήματα που βιώνει μια μητέρα την δεδομένη στιγμή με τον μητρικό θηλασμό.

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή σας στην παρούσα έρευνα είναι εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα, να αρνηθείτε να απαντήσετε σε οποιαδήποτε ερώτηση ή και να αποφασίσετε να αποχωρίσετε από την διαδικασία χωρίς κυρώσεις.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ ΚΑΙ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Θα τηρηθεί το απόρρητο τυχόν δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που θα παρασχεθούν στο πλαίσιο της έρευνας. Θα εξασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία των δεδομένων, ενώ η πρόσβαση στα ερωτηματολόγια θα περιοριστεί στον ερευνητή.

ΟΦΕΛΗ

Δεν θα αποκομίσετε άμεσα οφέλη από την συμμετοχή σας στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

Υπογραφή Συμμετέχοντος

Υπογραφή Ερευνητή

Λάρισα, / /20

Παράρτημα 1.2. Ερωτηματολόγια δημογραφικού περιεχομένου και ειδικών ερωτήσεων που αφορούν τον θηλασμό, καθώς και πληροφορίες για την μητέρα και το παιδί.



Τμήμα Ιατρικής – “Η διατροφή στην υγεία και στη νόσο”

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Α΄

Ημερομηνία: _____

ΟΣΟΝ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

1.Καταγωγή: _____

2.Ηλικία

- 20 ετών – 30 ετών
- 31 ετών – 40 ετών
- 41 ετών – 50 ετών
- > 50 ετών

3.Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμη
- Έγγαμη
- Διαζευγμένη
- Χήρα

4.Εκπαίδευση

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- Πανεπιστήμιο
- Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό

5.Εργάζεστε;

- Ναι
- Όχι

5^α.Αν ναι, τι είδους εργασία;

- Πλήρης απασχόληση
- Μερική απασχόληση

Ωρομίσηθια

6. Πόσα παιδιά έχετε

- 1
 2
 3
 >3

7. Τι ηλικία έχουν τα παιδιά σας;

1^ο παιδί

- 0-12 μηνών
 1-3 χρονών
 4-7 χρονών

2^ο παιδί

- 0-12 μηνών
 1-3 χρονών
 4-7 χρονών

3^ο παιδί

- 0-12 μηνών
 1-3 χρονών
 4-7 χρονών

>3 παιδιά

- 0-12 μηνών
 1-3 χρονών
 4-7 χρονών

ΟΣΟΝ ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΑΙΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΑ

8. Τύπος Τοκετού

- Φυσιολογικός Τοκετός
 Καισαρική Τομή

9. Θηλάζετε αυτήν την περίοδο;

- Ναι
 Όχι

9^α. Αν ναι, με ποιον τρόπο;

- Αποκλειστικά (μόνο μητρικό γάλα)
 Μεικτά (μητρικό γάλα και ξένο γάλα)

10. Μέχρι ποιο διάστημα θηλάσατε/θηλάζετε αποκλειστικά;

- 1 εβδομάδα- 2 εβδομάδες
 3 εβδομάδες- 1 μήνα
 1 μήνα- 3 μήνες
 3 μήνες- 6 μήνες
 6 μήνες- 9 μήνες
 9 μήνες- 12 μήνες
 >12 μήνες

11. Πιστεύετε ότι είχατε την κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας όσο αναφορά τεχνικές θηλασμού;

- Ναι
 Όχι

12. Μετά τον τοκετό, μέινετε μαζί με το βρέφος σας, στο ίδιο δωμάτιο;

- Ναι
 Όχι

13. Έχει γίνει χρήση της πιπίλας;

- Ναι
- Όχι

14. Ποιός ήταν ο λόγος που σταματήσατε τον μητρικό θηλασμό;

- Ιατρικοί λόγοι
- Αίσθηση ανεπαρκούς παροχής γάλακτος
- Επιστροφή σε εργασία ή σχολείο
- Κούραση
- Άγχος – Στρες
- Προτροπή τρίτου προσώπου
- Προσωπική απόφαση
- Δεν έχει σταματήσει ο θηλασμός
- Άλλοι λόγοι

15. Πιστεύετε ότι ο θηλασμός προσφέρει οφέλη;

- Ναι
- Όχι

Αιτιολογήστε την απάντησή σας

Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης

C. D Spielberger

(Στάθμιση στα Ελληνικά Α. Λιάκου)

STAI – X-1

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή εσφαλμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να ταιριάζει πιο καλά σε αυτό **που αισθάνεστε τώρα.**

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ

No		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
1.	Αισθάνομαι ήρεμη.	1	2	3	4
2.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
3.	Νιώθω μια εσωτερική ένταση.	1	2	3	4
4.	Έχω αγωνία.	1	2	3	4
5.	Αισθάνομαι άνετα.	1	2	3	4
6.	Αισθάνομαι αναστατωμένη.	1	2	3	4
7.	Ανησυχώ για ενδεχόμενες ατυχίες.	1	2	3	4
8.	Αισθάνομαι αναπαυμένη.	1	2	3	4
9.	Αισθάνομαι άγχος.	1	2	3	4
10.	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
11.	Αισθάνομαι βολικά.	1	2	3	4
12.	Αισθάνομαι	1	2	3	4

	νευρικότητα.				
13.	Αισθάνομαι ήσυχη.	1	2	3	4
14.	Βρίσκομαι σε διέγερση.	1	2	3	4
15.	Είμαι χαλαρωμένη.	1	2	3	4
16.	Αισθάνομαι ικανοποιημένη.	1	2	3	4
17.	Ανησυχώ.	1	2	3	4
18.	Αισθάνομαι έξαψη και ταραχή.	1	2	3	4
19.	Αισθάνομαι υπερένταση.	1	2	3	4
20.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4

Παράρτημα 1.4. Παράρτημα 1.3. Ερωτηματολόγιο Διερεύνησης Άγχους του Spielberger (1970) (state - trait anxiety inventory) (STAI – X2)

<h2 style="margin: 0;">Ερωτηματολόγιο Αυτοεκτίμησης</h2> <p style="margin: 0;">C.D Spielberger</p> <h3 style="margin: 0;">STAI – X-2</h3>

ΟΔΗΓΙΕΣ: Παρακάτω ακολουθεί ένας αριθμός προτάσεων που άνθρωποι συνηθίζουν να χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τον εαυτό τους. Διαβάστε προσεκτικά κάθε πρόταση και στη συνέχεια επιλέξτε μια από τις επιλογές που ακολουθούν, σημειώνοντας ή μαυρίζοντας τον αντίστοιχο αριθμό, για να δείξετε πως αισθάνεστε τώρα, δηλαδή αυτή τη στιγμή. Δεν υπάρχουν σωστές ή εσφαλμένες απαντήσεις. Μη ξοδεύετε πολλή ώρα για κάθε πρόταση, αλλά δώστε την απάντηση που φαίνεται να περιγράφει **πως αισθάνεστε γενικά**.

1	2	3	4
Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ

No		Καθόλου	Κάπως	Μέτρια	Πάρα πολύ
21.	Αισθάνομαι ευχάριστα.	1	2	3	4
22.	Κουράζομαι εύκολα.	1	2	3	4
23.	Βρίσκομαι σε συνεχή αγωνία.	1	2	3	4
24.	Εύχομαι να μπορούσα να είμαι τόσο ευτυχισμένη όσο φαίνονται να είναι οι	1	2	3	4

	άλλοι.				
25.	Μένω πίσω στις δουλειές μου γιατί δεν μπορώ να αποφασίσω αρκετά γρήγορα.	1	2	3	4
26.	Αισθάνομαι αναπαυμένη.	1	2	3	4
27.	Είμαι ήρεμη, ψύχραιμη και συγκεντρωμένη.	1	2	3	4
28.	Αισθάνομαι πως οι δυσκολίες συσσωρεύονται ώστε να μην μπορώ να τις ξεπεράσω.	1	2	3	4
29.	Ανησυχώ πάρα πολύ για κάτι που στην πραγματικότητα δεν έχει σημασία.	1	2	3	4
30.	Βρίσκομαι σε συνεχή υπερένταση.	1	2	3	4
31.	Έχω την τάση να βλέπω τα πράγματα δύσκολα.	1	2	3	4
32.	Μου λείπει η αυτοπεποίθηση.	1	2	3	4
33.	Αισθάνομαι ασφαλής.	1	2	3	4
34.	Προσπαθώ να αποφεύγω την αντιμετώπιση μιας κρίσης ή δυσκολίας.	1	2	3	4
35.	Βρίσκομαι σε υπερδιέγερση.	1	2	3	4
36.	Είμαι ικανοποιημένη.	1	2	3	4
37.	Κάποια ασήμαντη σκέψη μου περνά από το μυαλό και με ενοχλεί.	1	2	3	4
38.	Παίρνω τις απογοητεύσεις τόσο πολύ στα σοβαρά, ώστε δεν μπορώ να τις διώξω από την σκέψη μου.	1	2	3	4
39.	Είμαι ένας σταθερός χαρακτήρας.	1	2	3	4
40.	Έρχομαι σε κατάσταση έντασης ή αναστάτωσης όταν σκέφτομαι τις τρέχουσες ασχολίες και τα ενδιαφέροντά μου.	1	2	3	4

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28)

The General Health Questionnaire (GHQ)

David Goldberg

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά: Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν **υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα**.

Προσέξτε: Θέλουμε να αναφέρετε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σας και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις! Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σας!

ΤΙΣ ΔΥΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

1. Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
2. Νιώθετε την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
3. Νιώθετε εξαντλημένη και κακοδιάθετη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
4. Έχετε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
5. Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
6. Νιώθετε σφίξιμο	Καθόλου	Όχι	Μάλλον	Πολύ

ή βάρος στο κεφάλι;		περισσότερο απ' ότι συνήθως	περισσότερο απ' ότι συνήθως	περισσότερο απ' ότι συνήθως
7.Έχετε περιόδους που να αισθάνεστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
8.Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχη;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
9.Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
10.Έχετε αισθανθεί να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
11.Είστε οξύθυμη και αρπάζετε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
12.Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
13.Αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
14.Αισθάνεστε συνεχώς νευρική και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
15.Έχετε καταφέρει να είστε δραστήρια και πάντα απασχολημένη;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
16.Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
17.Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές	Καλύτερα απ' ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα

γραμμές τα καταφέρνετε καλά;				
18.Είστε ικανοποιημένη με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένη απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένη
19.Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως
20.Έχετε αισθανθεί ικανή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανή
21.Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
22.Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
23.Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
24.Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
25.Σας έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στην ζωή σας;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
26.Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
27.Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεται να ήταν πεθαμένος και να είχε ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
28.Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

τέλος στην ζωή σας έρχεται συνέχεια στο μυαλό σας;				
---	--	--	--	--