



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Συγκριτική Μελέτη του Κοινωνικο-ψυχολογικού Προφίλ
Γυναικών που Θήλασαν και Γυναικών που δεν Θήλασαν και η
Διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
Μελέτη Προοπτικής

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Θεόνη-Ιωάννα Τρουβά
Μαία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια
ΤΕΙ Ηπείρου

ΛΑΡΙΣΑ 2012



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ: «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»



Διπλωματική Εργασία

με θέμα:

Συγκριτική Μελέτη του Κοινωνικο-ψυχολογικού Προφίλ Γυναικών που Θήλασαν και Γυναικών που δεν Θήλασαν και η Διασύνδεσή τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μελέτη Προοπτικής

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Θεόνη-Ιωάννα Τρουβά
Μαία

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Μαίρη Γκούβα
Ψυχολόγος Ψυχοσωματικής και Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Επίκουρος Καθηγήτρια
ΤΕΙ Ηπείρου

Μεσσήνης Ιωάννης
MD, PhD
Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ευαγγελία Κοτρώτσιου
Ph.D Νοσηλευτικής, Msc Κοινωνικής Ψυχιατρικής
Καθηγήτρια

ΛΑΡΙΣΑ 2012

Copyright © Θεόνη-Ιωάννα Τρουβά, 2012
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Ιατρικής (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους της Ιατρικής Σχολής.

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ. Μαίρη Γκούβα για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις σε όλη την διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας. Οι χρήσιμες παρατηρήσεις ,η άψογη συνεργασία και η συμπαράστασή της μου έδιναν θάρρος να συνεχίσω και να ολοκληρώσω την εργασία μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την συνάδερφο και φίλη κ. Μανιάτη Ελένη για την βοήθεια και αμέριστη συμπαράσταση που μου έδειξε όλο αυτό το διάστημα.

Ευχαριστώ θερμά τις Μαίες του Π.Π.Γ.Ν.Α. και τις Μαίες του τμήματος Υγιεινής της Νομαρχίας Λάρισας για την βοήθεια και υποστήριξη που μου παρείχαν.

Είμαι ευγνώμων στις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα και με βοήθησαν να ανακαλύψω τους παράγοντες που επηρεάζουν την απόφασή τους σχετικά με τον θηλασμό.

Αυτή την εργασία την αφιερώνω στην οικογένειά μου και στους γονείς μου που είναι δίπλα μου και μου δίνουν θάρρος και δύναμη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο μητρικός θηλασμός είναι σημαντικός για την μητέρα, για το βρέφος και τη δημόσια υγεία. Η απόφαση της γυναίκας για το αν θα θηλάσει ή όχι εξαρτάται από πολλούς ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Υπάρχουν αρκετές μελέτες για την επίδραση των κοινωνικο-ψυχολογικών παραγόντων στην έκβαση του μητρικού θηλασμού, αλλά δεν έχουν αποσαφηνιστεί οι ψυχολογικοί παράγοντες, τόσο σε παννελαδικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Μέθοδος: Σε δείγμα 100 γυναικών που ήταν έγκυες στον 9^ο μήνα κύησης, δόθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο και σε 2^ο χρόνο 1 μήνα μετά τον τοκετό.

Σκοπός: Η διασύνδεση των ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων με την έναρξη και διάρκεια του μητρικού θηλασμού.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επιθυμία για θηλασμό ήταν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες που θηλάζουν τώρα σε σχέση με εκείνες που δεν θηλάζουν. Οι γυναίκες που θηλάσαν και είχαν υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον καθώς και εύκολη εγκυμοσύνη είχαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές. Αντίθετα, σημαντικά μεγαλύτερες τιμές παρουσιάστηκαν στις γυναίκες που δεν θηλάζουν στις μεταβλητές οικογενειακή εκφραστικότητα, παρορμητική εχθρότητα, παρανοειδής εχθρότητα, εξωστρεφής εχθρότητα, σύνολο εχθρότητας, όπως μετρείται με το HDHQ. Εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού προηγηθέντων παιδιών και του νυν θηλασμού, με τις μητέρες που δεν θηλάζουν τώρα να αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι δεν θηλάσαν και στο παρελθόν σε αντίθεση με τις μητέρες που θηλάζουν τώρα, όπου και ο μη θηλασμός στο παρελθόν ήταν ισχνή μειοψηφία. Επίσης υπήρξαν συσχετίσεις μεταξύ του θηλασμού τώρα και του τόπου διαμονής, του φύλου των προηγηθέντων παιδιών, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της επαγγελματικής κατάστασης.

ABSTRACT

Introduction: Breastfeeding is important for mother, infant and public health. A mother's decision to breastfeed depends on a number of psychological and social factors. Studies have revealed the impact of both factors on the outcome of breastfeeding but psychological factors have not been clarified on national and international level.

Methodology: 100 Questionnaires were filled out by women who were 9 month pregnant and consecutively a second questionnaire was filled out one month postpartum. The impact of psychological and social factors on the initiation and duration of breastfeeding

Results: The intention to breastfeed was associated with breastfeeding. Mothers that have breastfed themselves, have social support and easy pregnancy were significantly associated with breastfeeding. Family expressiveness, and hostility were significantly associated with mothers not breastfeeding (measured with HDHQ). Previous lactation experiences, the gender of previous children, locale, education and work status were associated with present breastfeeding decision.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΜΕΡΟΣ Ι	11
ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ	12
ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	17
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	20
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	22
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ	26
ΜΕΡΟΣ ΙΙ	29
1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	30
2. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	31
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	38
4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	48
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ	49
6. ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΤΗΓΟΡΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	55
7. ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΟΣΟΣΤΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ	57
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	59
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	67

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την Unicef και την Αμερικανική Παιδιατρική Εταιρεία για τους 6 πρώτους μήνες ζωής, και την συνέχισή του, μετά την εισαγωγή των στερεών τροφών μέχρι και τα 2 έτη (WHO, UNICEF 1990, WHO 2001, WHO 2003, Kramer 2004).

Τα οφέλη του μητρικού θηλασμού για τις μητέρες και τα βρέφη έχουν ευρέως αναγνωρισθεί και ερευνηθεί. Ο θηλασμός αποτελεί την ιδανική τροφή για το βρέφος και μεγάλος αριθμός ερευνών έχει δείξει τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη, για την υγεία των νεογνών και βρεφών όσο και των μητέρων, καθώς και για την κοινωνία και το περιβάλλον (Goldman 1998, Howie 2002).

Σχεδόν κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει, αρκεί να της προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, ενθάρρυνση, υποστήριξη και πρακτική βοήθεια.

Η πρόθεση θηλασμού των υποψήφιων μητέρων στην Ελλάδα σύμφωνα με τις μελέτες, είναι 90%. Τελικά όμως μόνον ένα μικρό ποσοστό (περίπου 5%) καταφέρνει να θηλάσει αποκλειστικά για 6 μήνες. Τον πρώτο μήνα ζωής περισσότερο από το 85% των βρεφών θηλάζει, το ποσοστό όμως αυτό μετά τον 2ο μήνα κατακρημνίζεται (Μαλλιάρου).

Παρά τα τεκμηριωμένα οφέλη του θηλασμού για την υγεία των μητέρων και των μωρών, οι περισσότερες γυναίκες διακόπτουν το θηλασμό πριν από τους 6 μήνες έως 2 χρόνια (Goldman, 1998).

Η συχνότητα του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού είναι κάτω από το επίπεδο που συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, στις Σκανδιναβικές χώρες (Lande 2003, The National Board of Health and Welfare 2005, Fogh et al 2003), στις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο (Li 2005, Hamlyn 2002).

Ένα σημαντικό ποσοστό των μητέρων στις Ηνωμένες Πολιτείες επιλέγουν να μην θηλάσουν (US Department of Health and Human Services, 2000).

Οι μελέτες έχουν δείξει ότι είναι αρκετοί οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση της μητέρας για να θηλάσει όπως το πολιτιστικό επίπεδο, η εκπαίδευση, η εθνικότητα, η κοινωνική τάξη, η εργασία, η υγειονομική κατάσταση της μητέρας, του βρέφους, κ.α. (Newton 1955, Scott 1997, Wagner 2000, Losch 1995, Manstead 1984, Baranowski 1986, Lawrence 1986, Newton 1971, 1967, 1950).

Λίγα στοιχεία είναι γνωστά για την επίδραση της προσωπικότητας της μητέρας στην απόφαση του θηλασμού.

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, καθορίστηκε ότι η συμπεριφορά της μητέρας όσον αφορά το θηλασμό συνδέεται με μεταβλητές, όπως η στάση της προς τον θηλασμό (Scott 1997, Losch 1995, Lawrence 1986, Jones 1986) η φυσική

ανταπόκριση (Unvas-Moberg 1990, Nissen 1998, Wiesenfeld 1985), εμπειρίες από την ζωή (Salber 1958, Entwisle 1982, Yeung 1981) συμπεριλαμβανομένων των προηγούμενων εμπειριών θηλασμού, και ορισμένων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως η παθητικότητα, η αποδοχή του θηλυκού ρόλου, η άνεση με τη φυσική επαφή, την σεξουαλικότητα και την αγάπη (Adams 1959, Barnes 1997, Brown 1961, Unvas-Moberg 1990).

Ο Orlandy, το 1949, ανέφερε ότι η προσωπικότητα της μητέρας, τα πρότυπα και το περιβάλλον, τελικά καθορίζουν την επιλογή της μητέρας στο αν θα θηλάσει ή θα δώσει ξένο γάλα.

Τα ίδια αποτελέσματα είχαν και μελέτες μια δεκαετία αργότερα (Newton 1955, Adams 1959, Salber 1959, Brown 1960 & 1961) καθώς και η μελέτη του Barnes το 1997.

ΜΕΡΟΣ Ι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει το μητρικό γάλα ως την ιδανική τροφή, με μεγάλη βιολογική αξία, το οποίο παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά για μια υγιή ανάπτυξη. Το μητρικό γάλα προστατεύει το βρέφος από μολύνσεις και ιογενείς λοιμώξεις, είναι αποστειρωμένο, στη σωστή θερμοκρασία, και παρέχει εξοικονόμηση χρόνου παρασκευής και οικονομικών εξόδων για τους γονείς (WHO, 2011). Ο μητρικός θηλασμός συγκεντρώνει ένα σύνολο πλεονεκτημάτων πρωτίστως για το παιδί αλλά και για την μητέρα, καθώς και για τη δημόσια υγεία.. Το γάλα της μητέρας μπορεί να το προστατεύσει από πολλούς ιούς, βακτήρια και παράσιτα. Οι ουσίες που διαθέτει το μητρικό γάλα δεν συμβάλλουν μόνο στην πρόληψη από ασθένειες αλλά τονώνουν και ενισχύουν την ανάπτυξη του ανώριμου ακόμη ανοσοποιητικού συστήματος του βρέφους.

1.1 ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΟΓΝΟ

Ο μητρικός θηλασμός μπορεί να μειώσει τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των βρεφών και των παιδιών. Η έγκαιρη έναρξη και η αποκλειστική διατροφή του βρέφους με μητρικό γάλα μπορεί να σώσει περισσότερο από ένα εκατομμύρια μωρά (Unicef 2007).

Ο μητρικός θηλασμός δρα ανασταλτικά για την οξεία και χρόνια ωτίτιδα, τη διάρροια, την μηνιγγίτιδα, την νεκρωτική εντεροκολίτιδα, την ασθματοειδή βρογχίτιδα, την βρογχιολίτιδα, τον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, την κοιλιοκάκη, τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και τον παιδικό καρκίνο (Μαλλιάρου 2010). Ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην προστασία του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος του νεογνού από λοιμώξεις εξαιτίας των πολλών αντισωμάτων που περιέχει (Howie 2002, WHO 2011, Mobak 1994).

Ο Edmond, το 2006, υποστήριξε ότι το 16% των θανάτων σε νεογνά θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν όλα τα νεογνά είχαν θηλάσει από την πρώτη μέρα γέννησης τους και το 22% αν ο θηλασμός ξεκινούσε την πρώτη ώρα μετά την γέννηση τους.

Η παραπάνω έρευνα αφορούσε αναπτυσσόμενη χώρα, όμως οι Kramer και Kakuna το 2001, υποστηρίζουν ότι το ίδιο ισχύει και στις ανεπτυγμένες χώρες.

Με τον μητρικό θηλασμό τροποποιείται η εντερική μικροχλωρίδα και με αυτό τον τρόπο προωθείται η ανοσολογική ανάπτυξη του βρέφους. Έχει βρεθεί ότι στα βρέφη που έχουν θηλάσει υπάρχουν λιγότερες αποικίες *E.coli*, *C. difficile* συγκριτικά με βρέφη που έχουν τραφεί αποκλειστικά με κάποια φόρμουλα γάλακτος (Penders 2006).

Σε μια προοπτική μελέτη κοόρτης 1.677 νεογνών που είχαν γεννηθεί στο Μπαγκλαντές, ο ερευνητής Arifeen το 2001 επιβεβαίωσε την σημαντικότητα του μητρικού θηλασμού σχετικά με την επιβίωση των νεογνών από θανάτους προκαλούμενους από διάρροια και οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις.

Αντικείμενο μετά-ανάλυσης αποτέλεσαν προοπτικές μελέτες που έγιναν σε αναπτυγμένες χώρες από το 1966 έως το 2000 για την επίδραση του μητρικού θηλασμού στην ανάπτυξη άσθματος. Μόνο 12 μελέτες συμπεριλήφθησαν στην μετά-ανάλυση από τις οποίες ο συνολικός αριθμός παιδιών ήταν μεγαλύτερος από 8000 και είχαν μέσο όρο παρακολούθησης τα 4 έτη. Η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 3 μήνες προστατεύει από την ανάπτυξη άσθματος στην παιδική ηλικία (OR=0.70, 95% CI=0.60,0.81) (Gdalevich 2001).

Σε μια μελέτη κοόρτης στην Ταιβάν, βρέθηκε ότι τα βρέφη που έχουν θηλάσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών έχουν μικρότερο κίνδυνο για αναπτυξιακή καθυστέρηση σε σχέση με βρέφη που δεν θηλάσαν. Κατέληξαν ακόμη στο συμπέρασμα ότι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει θετική συσχέτιση με την νευροανάπτυξη των παιδιών (Chiu 2011). Συγκεκριμένα τα αποδεκτά οφέλη του μητρικού θηλασμού αφορούν την ύπαρξη υψηλών ποσών DHA που περιέχονται στο γάλα και επιδρούν στην ανάπτυξη του εγκεφάλου των βρεφών καθώς και στον υψηλότερο δείκτη νοημοσύνης.

Σημαντικά είναι τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και στην ψυχική υγεία του παιδιού, όπου συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας υγιούς προσωπικότητας, στην ηρεμία του βρέφους και την αύξηση του δείκτη νοημοσύνης του. Με τον θηλασμό, διαμέσου της οπτικής και δερματικής επαφής, αναπτύσσεται ένα συναισθηματικό δέσιμο ανάμεσα στην μητέρα και το παιδί, γεγονός τεράστιας σημασίας, μιας και η συναισθηματική ανάπτυξη και ψυχική υγεία του ατόμου φαίνεται να εξαρτάται από το δέσιμο αυτό (Fergusson 1999). Σχετικά με το συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται στην μητέρα και το βρέφος, μια άλλη παλαιότερη μελέτη, επιβεβαιώνει την παραπάνω διαπίστωση, συμπληρώνοντας ότι ο δεσμός είναι ισχυρότερος αν ο θηλασμός ξεκινήσει τις πρώτες ώρες μετά την γέννηση του βρέφους (Klaus, 1998). Ο Oddy υποστηρίζει ότι ο θηλασμός του βρέφους για 6 και παραπάνω μήνες σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία του παιδιού καθώς και με την ψυχική υγεία στην ενήλικη του ζωή (Oddy 2010 & 2011).

1.2 ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΗΤΕΡΑ

Σημαντικά είναι και τα πλεονεκτήματα που αφορούν την υγεία μιας μητέρας που θηλάζει (Labbok 2001).

Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από καρκίνο του μαστού, καρκίνο του ενδομητρίου, αλλά και ουρολοιμώξεις.

Ειδικότερα ο μητρικός θηλασμός όταν διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα, φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού και των ωοθηκών στις γυναίκες, όπως χαρακτηριστικά καταλήγουν ερευνητές οι οποίοι συγκέντρωσαν και αξιολόγησαν δεδομένα από 47 επιδημιολογικές μελέτες, 30 χωρών (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer 2002).

Οι θηλαστικές κινήσεις του μωρού προκαλούν συστολές στη μήτρα και έτσι μειώνεται η ροή του αίματος μετά τον τοκετό, συμβάλλοντας στην αποφυγή αιμορραγίας και επαναφέροντας πιο γρήγορα τη μήτρα στην κατάσταση που ήταν πριν από την εγκυμοσύνη.

Με τον αποκλειστικό θηλασμό η επαναφορά της γονιμότητας της μητέρας φαίνεται να καθυστερεί γεγονός επιθυμητό για τις περισσότερες μητέρες (WHO 1999, Kennedy 1996). Στα οφέλη για την μητέρα περιλαμβάνεται και η ταχύτερη και μεγαλύτερη απώλεια βάρους (Dewey 1993).

Οι μητέρες που θηλάζουν έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, αναπτύσσουν πιο γρήγορα δεσμό με το βρέφος τους, εγκαταλείπουν πιο σπάνια το βρέφος τους, ενώ εμφανίζουν με μικρότερη συχνότητα καρκίνο του μαστού, καρκίνο των ωοθηκών και προστατεύονται από την οστεοπόρωση (Unicef 2007, Μαλλιάρου 2010). Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί μια ιδιαίτερη πηγή ικανοποίησης για την ολοκλήρωση της μητέρας. Ακόμη, προάγει την ψυχική υγεία της μητέρας κυρίως κατά την περίοδο της λοχείας και αποτελεί μία οικονομική μέθοδο σίτισης του παιδιού.

Ο μητρικός θηλασμός βοηθά τη μητέρα να μάθει να ερμηνεύει και να ανταποκρίνεται πιο άμεσα στα μηνύματα που της δίνει το μωρό της πράγμα που κάνει το μωρό να οργανώσει καλύτερα τη συμπεριφορά του και να αποκτήσει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στους άλλους (Μαλλιάρου 2010).

Όσον αφορά την πρώιμη επαφή μητέρας-παιδιού στο θηλασμό, την ανάπτυξη και τις λοιμώξεις, βρέθηκε ότι οι μητέρες που ήρθαν πιο νωρίς σε επαφή με τα βρέφη τους, τα περιποιούνταν περισσότερο, ενώ θήλαζαν κατά 50% περισσότερο σε σύγκριση με εκείνες που ήρθαν σε επαφή αργότερα. Τα μωρά που ήρθαν πιο νωρίς σε επαφή με τη μητέρα τους και θήλαζαν ήταν πιο μεγάλα σε βάρος και εμφάνισαν λιγότερες λοιμώξεις (Sosa 1976). Επίσης μητέρες που ήρθαν νωρίς σε επαφή με τα βρέφη τους μελετήθηκαν μέσα από τη σύγκριση δύο ομάδων γυναικών. Όλες οι γυναίκες της εν λόγω έρευνας θήλαζαν, από αυτές οι 21 μητέρες ήρθαν σε επαφή με τα βρέφη τους μισή ώρα μετά τον τοκετό, ενώ οι 19

μητέρες ήρθαν πρώτη φορά σε επαφή με τα βρέφη τους μετά από 2 ώρες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας αυτής, οι μητέρες που είχαν έρθει πιο νωρίς σε επαφή με τα βρέφη τους τα θήλαζαν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ενώ και κατά την επανεξέταση μετά από τρεις μήνες βρέθηκε ότι χαίδευαν περισσότερο τα παιδιά τους, τα φιλούσαν και ασχολούνταν πιο πολύ μαζί τους (De Chateau 1977).

Φαίνεται λοιπόν πως ο μητρικός θηλασμός συμβάλλει στην άμεση επαφή μητέρας παιδιού, που είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία του παιδιού. Το βρέφος κατά την διάρκεια του θηλασμού δεν παίρνει μόνο τις απαραίτητες θρεπτικές ουσίες από το μητρικό γάλα, αλλά έρχεται σε επαφή και με το δέρμα της μητέρας του, νιώθει τη ζεστασιά της αγκαλιάς της, τη μυρωδιά της, ακούει τους χτύπους της καρδιάς της. Αισθάνεται ασφαλές, όπως αισθανόταν όσο βρισκόταν μέσα στη μήτρα, αλλά και η μητέρα αισθάνεται πιο ολοκληρωμένη (Ζάχου 1996).

Οι θηλαστικές κινήσεις του μωρού στο στήθος προκαλούν την έκκριση ορμονών στο σώμα της μητέρας που παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του συναισθηματικού δεσμού βρέφους-μητέρας. Πρόκειται για την ωκυτοκίνη, που ρυθμίζει τη ροή του γάλακτος και συνδέεται με αισθήματα ζεστασιάς και αγάπης, καθώς και τη διέγερση της στοργικής συμπεριφοράς και την προλακτίνη, που είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του γάλακτος και προκαλεί αισθήματα ηρεμίας και συμβάλλει στην προσπάθεια της μητέρας να χαλαρώσει (La Leche League International).

1.3 ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελούν προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία σε όλη την Ευρώπη. Δεν θα πρέπει να παραλειφθούν τα σημαντικά οφέλη που έχει ο μητρικός θηλασμός για τη δημόσια υγεία.

Τα χαμηλά ποσοστά που παρατηρούνται στο μητρικό θηλασμό και η πρόωρη διακοπή του θηλασμού έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και την κοινωνική ευημερία των μητέρων και των παιδιών τους., μεταξύ των οποίων είναι τα υπερβολικά έξοδα για την πρόληψη στη δημόσια υγεία και η αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία (Unit for Health Services Research and International Health 2004, Leon-Cava 2002, Breastfeeding and the use of human 2005).

Αναλυτικότερα, αξίζει να αναφερθεί η μείωση της νοσηρότητας, καθώς τα παιδιά που θηλάζουν είναι περισσότερο γερά, καθώς και η μείωση των εξόδων σχετικά με τη φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εξαιτίας των καλύτερων επιπέδων υγείας αυτών των παιδιών. Επιπλέον, με το μητρικό θηλασμό μειώνονται και τα έξοδα για την αγορά ξένου γάλακτος (The Baby Friendly Hospital Initiative).

Ακόμη και μέτρια επίπεδα αύξησης του μητρικού θηλασμού θα μπορούσαν να έχουν σημαντική εξοικονόμηση χρημάτων για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, έχει υπολογιστεί ότι το κόστος για την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με γαστρο-εντερικά προβλήματα σε παιδιά στην Βόρεια Ιρλανδία συνδέεται με την τεχνητή διατροφή και είναι πάνω από ένα εκατομμύριο δολάρια το χρόνο (Broadfoot 1995).

Οι πρωτοβουλίες της δημόσιας υγείας για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού θα πρέπει να βασίζονται στην Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού που υιοθετήθηκε από όλα τα μέλη-κράτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας στην 55η Παγκόσμια Διάσκεψη Υγείας τον Μάιο του 2002 (WHO 2003).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας για πολλές γυναίκες από διαφορετικές κουλτούρες. Περίπου το 13% των γυναικών θα βιώσουν αυτή την κατάσταση μέσα στις πρώτες 12 εβδομάδες μετά τον τοκετό (O'Hara 1996) και έχει εκτιμηθεί σε 19,2% κατά το πρώτο έτος μετά τον τοκετό (Gaynes 2005). Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ανησυχητική, λόγω των συνεπειών για την υγεία του βρέφους και για τη μητέρα.

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ετερογενή ομάδα καταθλιπτικών διαταραχών στην περίοδο της λοχείας (Evins, 2000). Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994) η επιλόχεια κατάθλιψη είναι ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο το οποίο συμβαίνει εντός τεσσάρων εβδομάδων μετά τον τοκετό.

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό που κατ' άλλους κυμαίνεται από 10% μέχρι 20% των λεχωίδων (Αντζακλής 1992), αλλά κάποιιοι ανεβάζουν το ποσοστό στο 40%(Drago – Carabotta 1997) και στο 53% (Areias 1996). Για το 60% των γυναικών αυτών είναι το πρώτο τους καταθλιπτικό επεισόδιο (Παππά & Σολδάτου 1999). Ο κίνδυνος εκδήλωσης είναι περίπου διπλάσιος στις πρωτοτόκες (Harris, 1997).

Στη μελέτη της Μωραΐτου, το 2002, το 38,69% των λεχωίδων παρουσίασε κάποιας μορφής κατάθλιψη (24,10% ήπια, 9,24% μέτρια, 5,52% σοβαρή). Οι πρωτοτόκες αποτελούσαν το 47,42% των λεχωίδων που παρουσίασαν κάποιας μορφής κατάθλιψη και το 50% των λεχωίδων που παρουσίασαν σοβαρή κατάθλιψη. Στη μελέτη των Μωραΐτου & Σταλικά το 2004, σε πρωτοτόκες το ποσοστό των λεχωίδων που παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία την 1η εβδομάδα μετά τον τοκετό ήταν 44%, 36% στους 2 μήνες μετά τον τοκετό και 29.9% στους 6 μήνες μετά τον τοκετό. Στη μελέτη των Μωραΐτου & Γαλανάκη το 2006 το ποσοστό κατάθλιψης κατά την πρώτη εβδομάδα ανέρχεται στο 22,41% (κλίμακα κατάθλιψης του Beck) και 37,93% (Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS)). Στη μελέτη των Gonidakis και συν. (2008) το ποσοστό ανέρχεται στο 19.8%.

Η βιβλιογραφία σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των πρακτικών σίτισης κατά το πρώτο έτος της ζωής (συμπεριλαμβανομένου του θηλασμού και

την διάρκειά του), τόνισε τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία, ιδιαίτερα μια πιθανή σχέση μεταξύ της κατάθλιψης μετά τον τοκετό και την διακοπή του θηλασμού (McCoy 2006, Hatton 2005)

Η αναγνώριση και εκτίμηση της επιλόχειας κατάθλιψης είναι σημαντική γιατί είναι ένας από τους παράγοντες που σχετίζονται με τον μητρικό θηλασμό (Henderson 2003) Η καταθλιπτική συμπτωματολογία μεταξύ των εγκύων γυναικών μπορεί να επηρεάσει την έναρξη θηλασμού (Seimyr 2004) Μερικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με κατάθλιψη μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν ή να διατηρήσουν το θηλασμό (Hatton 2005).

Σε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 60 μητέρες και νεογνά βρέθηκε ότι υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των γυναικών με υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα επιλόχειας κατάθλιψης του Εδιμβούργου επιλόχεια κατάθλιψη (EPDS) και διακοπή του θηλασμού στους 4 μήνες μετά τον θηλασμό (Akman 2008). Σε μια μελέτη που έγινε στην Ιρλανδία σε 289 γυναίκες, οι θηλάζουσες μητέρες είχαν σημαντικά χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες (EPDS) 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό (μέσος όρος: 6,1 [SD: 4,4]) σε σχέση με τις γυναίκες που έδιναν τροποποιημένο γάλα (μέσος όρος: 7,5 [SD:4,8], $t = -2,25$, $P = 0,02$) (Lane 1997). Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μελέτες που έγιναν στην Φιλανδία σε 373 γυναίκες και στο Ντουμπάι, 8 εβδομάδες μετά τον τοκετό (Tammentie 2002, Abou-Saleh 1998).

Στην επιλόχεια κατάθλιψη τα αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης που δημιουργούνται, μπορεί να δημιουργήσουν μια υπερβολική αντίληψη των δυσκολιών της μητέρας στο θηλασμό. Αυτό δείχνει ότι οι μητέρες που υποφέρουν από κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να χάσουν την εμπιστοσύνη τους στο μητρικό ρόλο τους και έτσι δεν αντιλαμβάνονται τα οφέλη του μητρικού θηλασμού (Roux 2002).

Σε μια συστηματική ανασκόπηση που έγινε, έδειξε ότι εκτός από τις τεκμηριωμένες συνέπειες για την μητέρα και το βρέφος της επιλόχειας κατάθλιψης, έχουμε μειωμένα επίπεδα έναρξης θηλασμού, μειωμένη διάρκεια και μειωμένη αποκλειστικότητα. Σ αυτή την ανασκόπηση το 12,2% των μελετών δεν ανέφερε καμιά σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και της διατροφής του νεογνού. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ανάγκη για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των εγκύων και μητέρων που θηλάζουν με καταθλιπτική συμπτωματολογία, ώστε να βελτιωθεί η διατροφή για το βρέφος και τα αποτελέσματα (Dennis 2009).

Σε μια μελέτη στις ΗΠΑ σε 802 γυναίκες, 3 εβδομάδες μετά τον τοκετό ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να έχουν καταθλιπτική συμπτωματολογία οι μητέρες που θηλάζαν σε σχέση με εκείνες που έδιναν τροποποιημένο γάλα (OR: 0,60 [95% CI: 0,44 - 0,81], $P = .008$) (Yonkers 2009). Αρκετά πρόσφατα άρθρα δείχνουν τη

σύνδεση μεταξύ της κατάθλιψης και της διάρκειας του θηλασμού (Pippins 2006, Forster 2006, Dennis 2007) αλλά τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Για παράδειγμα, σύμφωνα με τον Henderson, το 2003, μετά τον τοκετό η κατάθλιψη έχει αρνητική επίπτωση στην διάρκεια του θηλασμού. Σύμφωνα με τον Grøer το 2005, οι μητέρες που θηλάζουν παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, μικρότερη οργή και βλέπουν πιο θετικά τα γεγονότα της ζωής από ότι οι μητέρες που δίνουν τροποποιημένο γάλα. Άλλες μελέτες δείχνουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν είναι προάγγελοι της πρόθεσης για θηλασμό (Lee 2005, Boyd 2006). Ο Misri το 1997 καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης προηγείται της διακοπής του θηλασμού, αλλά η σοβαρότητα της κατάθλιψης δεν φαίνεται να επηρεάζει τη διάρκεια του θηλασμού.

Σύμφωνα με τον Falceto το 2004 οι μητέρες που παρουσιάζουν ψυχιατρικά προβλήματα τον πρώτο μετά τον τοκετό μήνα, έχουν διπλάσιες πιθανότητες διακοπής του θηλασμού πιο νωρίς. Πιο πρόσφατα, ο Vitolo το 2007 επιβεβαίωσε τη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της διακοπής του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Εν τω μεταξύ, μια μελέτη στην πόλη του Σάο Πάολο έδειξε ότι τα πρότυπα του θηλασμού δεν σχετίζονται με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Cruz 2005).

Οι γυναίκες με καταθλιπτική συμπτωματολογία μπορεί επίσης να ανησυχούν περισσότερο για το θηλασμό (Chaudron 2001) έχουν αυξημένες δυσκολίες στο θηλασμό (Tamminen 1988, Edhborg 2005) είναι λιγότερο σίγουρες για την ικανότητά τους να θηλάσουν (Dennis 2003, Dai 2003) και η μειωμένη ικανοποίηση σχετίζεται με την μέθοδο διατροφής του βρέφους (Dennis 2004). Σε έρευνα στην κλίμακα (EPDS) μητέρες με βαθμολογία > 12 σε 1 εβδομάδα μετά τον τοκετό είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες σε 4 έως και 8 εβδομάδες για να διακοπεί ο θηλασμός, είναι δυσαρεστημένοι με τη μέθοδο διατροφής του βρέφους τους, αναφέρουν σημαντικά προβλήματα θηλασμού και χαμηλά επίπεδα αυτο-αποτελεσματικότητας (Dennis, 2007). Υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και την έναρξη του θηλασμού, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα (Creedy 2003, Blyth 2002, Molina 2003, Wutke 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Μελέτες αναφέρουν ότι η απόφαση των μητέρων να θηλάσουν το βρέφος τους εξαρτάται από διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της μητέρας σχετίζονται άμεσα με την πρακτική του θηλασμού. Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, η εθνικότητα, η εργασιακή κατάσταση και η ψυχική υγεία της μητέρας φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο για το αν εκείνη θα θηλάσει ή όχι το βρέφος της και πόσο χρονικό διάστημα θα ακολουθήσει την πρακτική του θηλασμού (Forste 2001, Heck 2006).

Σε μελέτη φάνηκε ότι η πρωτοτοκία, η εργασιακή κατάσταση της μητέρας και η μεγάλη ηλικία της μητέρας, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με το αν το βρέφος θηλάσει αποκλειστικά. Ακόμη, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας για το αν μια μητέρα έχει αποκλειστικά θηλάσει στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού (Senarath, 2010).

Ο Paine (2001) σε μελέτη εξέτασε την σχέση που μπορεί να έχει η διάρκεια του μητρικού θηλασμού με κοινωνικό- δημογραφικές μεταβλητές, με στάσεις και αντιλήψεις 246 μητέρων στην Βραζιλία, 15 έως 43 χρόνων. Δεν βρέθηκε να υπάρχει κάποια σχέση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού με την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας, με το αν η μητέρα είναι καπνίστρια, με το αν έχει γεννήσει ξανά στο παρελθόν και με το βάρος του βρέφους στην γέννηση. Βρέθηκε όμως, ότι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού σχετίζεται με την στάση της μητέρας απέναντι στον θηλασμό αλλά και με την στάση που έχουν ο σύντροφος, οι συγγενείς και οι φίλοι της μητέρας απέναντι στον θηλασμό. Επίσης, βρέθηκε ότι μητέρες που δεν δούλευαν θηλάσαν πολύ περισσότερο από εκείνες που δούλευαν. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα το οποίο αναφέρεται στο ότι μητέρες με είτε λιγότερο είτε περισσότερο παραδοσιακές αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο μιας γυναίκας, τείνουν να θηλάζουν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τις μητέρες που έχουν μοντέρνες αντιλήψεις. Το συμπέρασμα της έρευνας αυτής είναι ότι η διάθεση μιας μητέρας να θηλάσει το βρέφος της εξαρτάται από την αντίληψη της για την πρακτική του μητρικού θηλασμού, η οποία διαμορφώνεται από κοινωνικούς παράγοντες.

Μια από τις μεγαλύτερες μελέτες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, με δείγμα 33.121 παιδιών έως 6 ετών και 12 διαφορετικών εθνικοτήτων, εξέτασε την επιρροή που έχει η εθνικότητα, η εντοπιότητα και διάφοροι κοινωνικό-

οικονομικοί παράγοντες (εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων, οικογενειακό εισόδημα, κάπνισμα, ψυχοσωματική υγεία της μητέρας, αίσθημα ασφάλειας στην γειτονιά κ.ά.) στην πρακτική του μητρικού θηλασμού. Βρέθηκε ότι το επίπεδο εισοδήματος είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την πρακτική του μητρικού θηλασμού. Επιπροσθέτως, σημειώθηκε ότι μεγαλύτερη πιθανότητα θηλασμού σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Singh 2007). Οι γυναίκες με τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και χαμηλά εισοδήματα ήταν πιο πιθανό να μην θηλάζουν. Οι γυναίκες που είχαν μια καισαρική τομή, ένα βρέφος χαμηλού βάρους ή πολυτόκες, ήταν πιο πιθανό να μην θηλάσουν.

Η ηλικία και η εργασιακή απασχόληση ήταν οι βασικοί κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες μητρικού θηλασμού, που βρέθηκαν (Kambale 2011). Οι γυναίκες που δεν εργάζονται έξω από το σπίτι προορίζεται να θηλάζουν πολύ περισσότερο από όσες εργάζονται.

Αυτή η μελέτη δείχνει ότι η μητρική και πατρική εκπαίδευσης είναι κρίσιμης σημασίας παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη θηλασμού στις γυναίκες (Heck, 2006). Οι νεότερες γυναίκες και τα άτομα με περιορισμένους κοινωνικοοικονομικούς πόρους ήταν πιο πιθανό να σταματήσουν το θηλασμό μέσα στον πρώτο μήνα (Ahluwalia, 2005). Μια ευρύτερη μελέτη των γυναικών στη Βοστώνη (Celi 2005) βρήκε ότι η μητρική εκπαίδευση και το εισόδημα των νοικοκυριών ήταν τόσο σημαντική στην έναρξη του θηλασμού, αλλά ότι η εκπαίδευση ήταν πιο σημαντική από το εισόδημα. Μια βασισμένη στον πληθυσμό μελέτη στον Καναδά (Yang 2004) βρήκε ότι το εισόδημα και η εκπαίδευση είναι σημαντικοί παράγοντες για την έναρξη του θηλασμού. Ο Anderson, το 2004, διαπίστωσε τον επηρεασμό της οικογενειακής κατάστασης στην διάρκεια του θηλασμού. Οι γυναίκες που γέννησαν καισαρική τομή ήταν λιγότερο πιθανό από άλλους να θηλάσουν. Αντίθετα, οι γυναίκες των οποίων τα βρέφη ζύγιζαν 2,5 κιλά ή περισσότερο, είχαν περισσότερες πιθανότητες από άλλους να θηλάσουν. Ο Hwang, το 2006, διαπίστωσε ότι όσο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχει η μητέρα, τόσο μειώνεται η διάρκεια του θηλασμού. Το καθεστώς εργασίας της μητέρας έπαιξε σημαντικό ρόλο στην πρόωρη διακοπή του θηλασμού. Γυναίκες ηλικίας 35 ετών και άνω έδειξαν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού από ό,τι οι νεότερες ηλικιακές ομάδες, ενώ η ηλικία της μητέρας δεν ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το αν ή όχι η μητέρα θα θηλάσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Σχεδόν κάθε μητέρα μπορεί να θηλάσει, αρκεί να της προσφερθεί η απαραίτητη συμβουλευτική, ενθάρρυνση, υποστήριξη και πρακτική βοήθεια. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού εξαρτώνται από το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση και διατήρηση του θηλασμού μετά την έξοδο της μητέρας από το μαιευτήριο (Dyson 2005).

Όλες οι μορφές υποστήριξης που μπορεί να ζητήσει και να λάβει μια γυναίκα που θηλάζει για βοήθεια και ενθάρρυνση απεικονίζονται στο σχήμα της Unicef, που παρουσιάστηκε στην Εβδομάδα Μητρικού Θηλασμού το 2008. Η μητέρα χρειάζεται κατανόηση, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, φροντίδα και ενθάρρυνση. Όλα αυτά μπορεί και πρέπει να τα λάβει από την οικογένεια και την κοινότητα, το περιβάλλον εργασίας και την εργοδοσία, την υγειονομική φροντίδα, την κυβέρνηση την νομοθεσία και την ανταπόκριση σε επείγουσες ανάγκες. Μόνο με τη συμβολή όλων αυτών θα μπορούσαν να υπάρξουν ικανοποιητικά αποτελέσματα σε σχέση με την προώθηση του μητρικού θηλασμού (Unicef 2008).



Εικόνα 1: Μορφές υποστήριξης για τον μητρικό θηλασμό

4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η προστασία και η προώθηση του μητρικού θηλασμού θεωρείται προτεραιότητα στην Ευρώπη, όπου μόνο το 22% των βρεφών κάτω των 6 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά.

Η προστατευτική δράση των κοινωνικών δικτύων αξίζει την προσοχή. Οι μητέρες που αναφέρουν ότι έχουν συγγενείς τους οποίους εμπιστεύονται και με τους οποίους μπορούν να μιλήσουν, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά πρόωρης διακοπής του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού. Τα μέλη της οικογένειας μπορεί να ασκήσουν ενδεχομένως το μεγαλύτερο αντίκτυπο για την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού.

Η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου μιας μητέρας με την πρακτική του θηλασμού παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον γενικότερα όταν αναλογιστεί κανείς ότι μια πιθανή σχέση έχει αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Το κοινωνικό περιβάλλον, οι στάσεις και οι απόψεις τους επηρεάζουν τις μητέρες και τις αποφάσεις τους σε σχέση με το θηλασμό. Η ύπαρξη ενός ισχυρού κοινωνικού κύκλου μπορεί να εξουδετερώσει τις αρνητικές επιρροές ενισχύοντας την παροχή υποστήριξης όπου απαιτείται (Unicef 2008).

Μια από τις πρώτες μελέτες που συνέδεσαν το κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων με την παιδική διατροφή (αναφερόμενοι και στον μητρικό θηλασμό) ήταν η μελέτη των De Silva & Harpham το 2007. Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας σχετίζεται με καλύτερη διατροφική κατάσταση των παιδιών, καταλήγουν οι ερευνητές. Σε μελέτη του Anderson, το 2004, βρέθηκε ότι οι μητέρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν θηλάσει το παιδί τους (OR=2.25, 95% CI:1.02,4.95). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας επιδρά θετικά στον μητρικό θηλασμό. Σε μελέτες έχουν περιγραφεί προγράμματα για την προώθηση της βελτίωσης της υγείας του βρέφους σε κοινοτικό επίπεδο (Wiemann 1998, Wright 1998, Merewood 2004). Η κοινωνική υποστήριξη που παρέχεται πριν και μετά τον τοκετό και οι επαφές που διαμεσολαβούνται από τους επαγγελματίες υγείας μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού και την ικανοποίηση της γυναίκας με αυτή την πρακτική (Vari 2000). Η στάση της μητέρας προς το θηλασμό, οι στάσεις των φίλων και των συγγενών προς το θηλασμό σχετίζονται με την προβλεπόμενη διάρκεια του θηλασμού (Paine 2001).

Πρόσφατες μελέτες έχουν αναδείξει το ρόλο της πατρικής συμμετοχής στην επιτυχία του θηλασμού (Falceto 2004, Arora 2000, Vari 2000). Το γεγονός ότι και η εκπαίδευση του πατέρα συμβάλλει στη συνέχιση του μητρικού θηλασμού έχει περιγραφεί και σε μελέτη στη Βραζιλία και θεωρείται πιθανό ότι οι πατέρες με καλύτερη εκπαίδευση είναι πιο ενημερωμένοι για τα οφέλη του μητρικού

θηλασμού (Mascarenhas 2006). Ο Scott, το 2006, ερευνώντας αλλαγές στους καθοριστικούς παράγοντες για την έναρξη του θηλασμού, καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η μητρική αντίληψη για τη στάση του πατέρα σε σχέση με το θηλασμό ήταν ισχυρότερος προάγγελος του θηλασμού από κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες (Scott 2006).

Εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν όχι μόνο στη μητέρα, αλλά και στο σύστημα υποστήριξης πιθανό να έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην αύξηση των ποσοστών θηλασμού. Προγράμματα που χρησιμοποιούν οι τοπικές κοινωνίες εντός των κοινωνικών δικτύων, έχει αποδειχθεί ότι είναι η πιο επιτυχημένη μέθοδος, επειδή τα άτομα αυτά γίνονται καλύτερα αντιληπτά και έτσι αποκτούν πρόσβαση και αξιοπιστία σε γυναίκες που είναι σκεπτικές και λιγότερο ανοικτές στο να αλλάξουν (Humphreys 1998, Long 1995, Bronner 2001, Merewood 2003, Martens,2002). Επίσης βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης των παιδιών σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται οι μητέρες από άτυπα κοινωνικά δίκτυα (Harpham 2006).

Μητέρες με χαμηλότερη ικανοποίηση του γάμου, προβλήματα θηλασμού, προβλήματα στην ανατροφή των παιδιών και μεγαλύτερη πίεση, χρειάζονται περισσότερη βοήθεια από την οικογένεια και τους νοσηλευτές για την προσαρμογή στον μητρικό θηλασμό (Kim 2010).

4.2 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Οι επαγγελματίες υγείας παίζουν ένα ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο κυρίως μέσα από την επίδραση που ασκούν στη μέλλουσα μητέρα και την οικογένεια γενικά. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να την συμβουλέψουν και να την υποστηρίξουν έτσι ώστε να μπορέσει να υιοθετήσει την πρακτική του μητρικού θηλασμού επιτυχώς, αλλά και να συνεχίσει αυτή την προσπάθεια όταν επιστρέψει στο σπίτι με το βρέφος.

Οι μητέρες μετά τον τοκετό έρχονται αντιμέτωπες με απροσδόκητα εμπόδια και προβλήματα που σχετίζονται με τον θηλασμό τα οποία υπονομεύουν την αυτοπεποίθησή τους και κατά συνέπεια την πρόθεσή τους να συνεχίσουν τον θηλασμό. Όχι μόνο η ελλιπής ή ανεπαρκής προγεννητική προετοιμασία και ενημέρωση των γυναικών από τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζει την διάρκεια θηλασμού, αλλά και οι πληροφορίες που τους δίνονται θα πρέπει να είναι σαφείς, σταθερές, ρεαλιστικές και τεκμηριωμένες (Moore 2006). Η εκπαίδευση και η πληροφόρηση θα πρέπει να είναι συνεχής τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τις μητέρες και το οικογενειακό περιβάλλον που λειτουργεί υποστηρικτικά προς τις ίδιες. Επίσης, τα μαιευτήρια θα πρέπει να διαθέτουν εκπαιδευμένο

υγειονομικό προσωπικό όσον αφορά τεχνικές που κρίνονται αναγκαίες για να μπορέσει μια μητέρα να μάθει και να ολοκληρώνει με επιτυχία τη διαδικασία του θηλασμού (Unicef 2004).

Η συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού μπορεί να ενισχύσει τελικά την αυτοεκτίμηση της μητέρας και επίσης μπορεί να βελτιώσει την πατρική συμμετοχή σε γενικές γραμμές. Μια σειρά από πρακτικές στο νοσοκομείο, όπως 24-ωρη rooming-in (Lawson 1995) βοηθούν στα καλύτερα επίπεδα μητρικού θηλασμού.

Ένα πρόγραμμα προγεννητικής κατάρτισης από μαιές που περιλάμβανε παρέμβαση στις έγκυες, ενίσχυσε τη σχέση της μητέρας με το βρέφος και τα συναισθήματα για το βρέφος και τη συνέχιση της φροντίδας (Ekström 2006). Τα ευρήματά μας υποδεικνύουν την ανάγκη για την παροχή εκτεταμένης υποστήριξης για το θηλασμό μετά τον τοκετό, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο θηλασμό (Ahluwalia 2005). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας μπορεί να παρατείνει τη διάρκεια του θηλασμού (Burglehaus 1997, Freed 1995). Μια πρόσφατη ανασκόπηση των στρατηγικών θηλασμού δείχνει ότι γυναίκες που θηλάζουν και λαμβάνουν επαγγελματική υποστήριξη, θηλάζουν περισσότερο από εκείνες που δεν το κάνουν (Sikorski 2003). Επειδή πολλές γυναίκες σε κοινωνικά ή οικονομικά μη προνομιούχες καταστάσεις μπορεί να έχουν λιγότερες ευκαιρίες να μάθουν για το θηλασμό, είναι σημαντική η προγεννητική φροντίδα καθώς διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στην προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού και στην ενίσχυση της απόφασης των γυναικών να θηλάσουν (Lindenberger 2000, Hartley 1996, Bryant 1992, Wright 1998, Ahluwalia 2000).

Οι μητέρες με προγεννητική διαταραχή της διάθεσης μπορεί να ωφεληθούν από την ενίσχυση της προγεννητικής και περιγεννητικής εκπαίδευσης, υποστήριξης για το θηλασμό, σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις ψυχικής υγείας, αν είναι απαραίτητο (Fairlie 2009).

Μια τυχαίοποιημένη μελέτη στο Μεξικό έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να θηλάζουν αποκλειστικά αν υποστηρίζονταν με κατ' οίκον επισκέψεις (Berens 2001). Η έλλειψη εμπιστοσύνης της μητέρας προκαλεί πρόωρη διακοπή του θηλασμού πιο συχνά από ότι τα προβλήματα γαλουχίας ή η έλλειψη γνώσης (Ertem 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Σε σύγκριση με τις μητέρες που τρέφουν τα βρέφη τους με τροποποιημένα γάλα, οι μητέρες που θηλάζουν έχουν αναφερθεί ότι παρέχουν πιο εμπλουτισμένο περιβάλλον στο σπίτι για το βρέφος, καθώς και μεγαλύτερη διέγερση στα βρέφη καθημερινά, μέσω του παιχνιδιού και είναι λιγότερο αυταρχικές στην ανατροφή των παιδιών (Morrow 1998, Jacobson 1991).

Τα στοιχεία μας δείχνουν ότι οι μητέρες που επιλέγουν να θηλάσουν σε σχέση με αυτές που δεν επιλέγουν το θηλασμό είναι πιο πιθανό να είναι πιο ευαίσθητες. Η ευαισθησία σχετίζεται με προγεννητική πρόθεση να θηλάσουν, γεγονός που υποδηλώνει ότι η πρόθεση μπορεί να είναι πρώιμο σημάδι για μητρική ευαισθησία και αργότερα. Τέλος, σε σχέση με τις μητέρες που θηλάζουν με χαμηλή ευαισθησία, μητέρες με υψηλή ευαισθησία είχαν περισσότερες πιθανότητες να θηλάζουν είτε εν μέρει ή αποκλειστικά για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα. Οι μητέρες που είναι πιο ευαίσθητοι ως γονείς θα είναι πιο πιθανό, ίσως λόγω των εγγενών χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς τους, να επιλέξουν ακόμη και τον θηλασμό πριν από τη γέννηση του βρέφους και να συνεχίσουν να θηλάζουν περισσότερο και πιο αποκλειστικά. Επιπλέον, μια σειρά από εκθέσεις υποστηρίζουν το γενικό συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που έχουν επίκεντρο το βρέφος και όχι τον εαυτό τους και γυναίκες που σκέφτονται τον τρόπο διατροφής του βρέφους επιλέγουν περισσότερο τον μητρικό θηλασμό (Adams 1959, Brown 1960, Golub 1978, Switzky 1979). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και πολλά είναι γνωστά για τους παράγοντες που καθορίζουν την προγεννητική πρόθεση για θηλασμό, είναι λιγότερο κατανοητό οι παράγοντες που επηρεάζουν την διάρκεια θηλασμού (Scott 1999).

Σ' αυτή τη μελέτη βρέθηκε ότι ο αρνητισμός της γυναίκας συμβάλλει σε μειωμένα ποσοστά θηλασμού ενώ η αυτό-αποτελεσματικότητα της γυναίκας αυξάνει τα ποσοστά μητρικού θηλασμού (Ystrom 2008).

Τα ευρήματα της έρευνας υποστηρίζουν την άποψη ότι οι πιο ευαίσθητες θηλάζουσες μητέρες, ίσως λόγω της μεγαλύτερης συνοχής, καταλληλότητας, το βρέφος είναι στο επίκεντρο και όχι η μητέρα, μπορεί να θηλάζουν τα βρέφη τους για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η σχέση μεταξύ της ευαισθησίας και του θηλασμού φαίνεται από τα στοιχεία της έρευνας και τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι θηλάζουσες μητέρες είχαν πιο θετικές διαθέσεις, ανέφεραν περισσότερα θετικά γεγονότα, καθώς και λιγότερο άγχος από ό,τι οι μητέρες που δεν θηλάζαν. Επίσης

οι μητέρες που θήλαζαν είχαν λιγότερο θυμό και αναφέρθηκαν πιο θετικά γεγονότα της ζωής τους από τις μητέρες που δεν θήλαζαν (Groer 2005).

Έρευνα έχει δείξει ότι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του θηλασμού σε σχέση με την διάρκεια, είναι η εμπιστοσύνη που έχει η μητέρα στην ικανότητά της να θηλάσει (Creedy 2003).

Μητέρες με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα είχαν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν σε σύγκριση με τις μητέρες με χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα, 79,3% έναντι 50,0% (Blyth 2004). Παράγοντες που θεωρούνται επίσης σημαντικοί είναι η πίστη για το μητρικό γάλα, η προσαρμοστικότητα, το άγχος, (O'Brien 2009). Ο Dennis, το 1999, επιβεβαίωσε ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα η οποία καθορίζεται από το πώς αξιολογεί η γυναίκα τις προηγούμενες εμπειρίες, δυσκολίες και την ικανότητά της να αντεπεξέλθει σ' αυτές, επηρεάζει την καταθλιπτική συμπτωματολογία της μητέρας.

Αποκλειστικά θηλάζουσες μητέρες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διάφορες επιμέρους παραμέτρους όπως η αυτο-ικανοποίηση, η συμπεριφορά, η ηθική αξία και η αξία ως ένα μέλος της οικογένειας (Britton 2008).

Η αρνητική στάση απέναντι στον θηλασμό έχει αποδειχθεί ότι είναι εμπόδιο για την έναρξη και διατήρηση του θηλασμού (Bass Groer 1997, Dennis 2002). Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι μητέρες που δεν θηλάζουν ή άτομα που δεν υποστηρίζουν τον μητρικό θηλασμό έχουν αρνητική στάση απέναντι στο θηλασμό (Arora 2000, Brown 2001, Forste 2001, Springer 1999, Weimann 1998, Duckett 1998). Οι γυναίκες που ήταν σκεπτικές και λιγότερο ανοιχτές στην αλλαγή και λιγότερο ή περισσότερο εσωστρεφή άτομα ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάζουν (Wagner 2006). Αξιζει να σημειωθεί ότι μελέτη, η οποία εξέτασε την άμεση επίδραση της μεθόδου διατροφής για το βρέφος στη μητρική διάθεση, διαπίστωσε ότι ο μητρικός θηλασμός συσχετίστηκε με μείωση της αρνητικής διάθεσης, ενώ η διατροφή με τροποποιημένο γάλα συνδέθηκε με ένα αύξηση στην αρνητική διάθεση (Mezzacappa, 2002). Επιπλέον, τα στοιχεία από τις αναπτυσσόμενες χώρες, δείχνουν ότι η κακή ψυχική υγεία της μητέρας συνδέεται με τον υποσιτισμό του βρέφους και την μειωμένη σωματική υγεία (Rahman 2002).

Οι γυναίκες που θήλασαν είχαν προφίλ προσωπικότητας, όπου υπήρχε η εξωστρέφεια, η διαφάνεια και οι καινοτόμες ιδέες. Αντίθετα οι γυναίκες που είχαν επιλέξει την τεχνητή διατροφή ήταν εσωστρεφή άτομα και σκεπτικές σε νέες ιδέες.

Η προσωπικότητα, οι πεποιθήσεις, η νοοτροπία, είναι παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη του μητρικού θηλασμού (Wagner 2006).

Άγχος μετά τον τοκετό μπορεί να σχετίζεται με μειωμένη εμπιστοσύνη στο θηλασμό και τις επιδόσεις της γαλουχίας. Η συνειδητοποίηση αυτής της σύνδεσης μπορεί να είναι χρήσιμη στον εντοπισμό των γυναικών που διατρέχουν κίνδυνο για αποτυχία της γαλουχίας και η επικέντρωση των προσπαθειών για την προώθηση

του θηλασμού. Σε σύγκριση με μητέρες με χαμηλό άγχος, τα άτομα με υψηλό άγχος ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάσουν μετά τον τοκετό (53,0% έναντι 65,1%, $p=0,049$) και πιο πιθανό να δώσουν στα βρέφη τους τροποποιημένο γάλα (43,9% έναντι 29,1%, $p=0,022$) (Britton 2007). Οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σταματούν να θηλάζουν νωρίς με επιπλέον πολλαπλασιαστική κίνδυνο για άγχος και κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Ystrom 2012). Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι οι καταθλιπτικές μητέρες είναι πιο πιθανό να εκφράσουν συμπεριφορές που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στα παιδιά τους (Hart 1998, Weinberg 1998). Επίσης, οι καταθλιπτικές μητέρες είναι επίσης λιγότερο ευαίσθητες και προσαρμοσμένες στις ανάγκες του βρέφους τους (Murray 1996). Στη λοχεία το άγχος, όπου πιθανώς επιδεινώνεται από την απειρία των πρωτοτόκων, σχετίζεται με διαταραχές της γαλουχίας. Η άμβλυση του άγχους της μητέρας θα μπορούσε να είναι επωφελής για την τόνωση του θηλασμού σε πιο ευάλωτες γυναίκες (Zanardo 2009). Πειραματικές μελέτες σε γυναίκες που θηλάζουν έχουν δείξει ότι η οξεία σωματική και διανοητική πίεση μπορεί να βλάψει το αντανεκλαστικό εκροής του γάλακτος, μειώνοντας την απελευθέρωση της ωκυτοκίνης. Το στρες της μητέρας φαίνεται να παρεμβαίνει στην απελευθέρωση της οξυτοκίνης, η ορμόνη που είναι υπεύθυνη για την αντανεκλαστική εξώθηση του γάλακτος. Εάν το αντανεκλαστικό εκροής του γάλακτος είναι μειωμένο συχνά, η ατελής απομάκρυνση του γάλακτος από το μαστό τελικά θα οδηγήσει σε διαταραχή της σύνθεσης του γάλακτος.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ

1. Σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Η σχετική απουσία ερευνητικών δεδομένων από τον Ελλαδικό χώρο τα οποία να αφορούν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των γυναικών που θήλασαν το νεογνό τους και τη σχέση τους τόσο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές όσο και με ψυχολογικές-οικογενειακές παραμέτρους καθώς και η απουσία ερευνητικών ποσοτικών δεδομένων, διεθνώς, αναφορικά με την αξιολόγηση των εν λόγω μεταβλητών έδωσαν το έναυσμα για το σχεδιασμό της παρούσας μελέτης.

Ως εκ τούτου, γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η ανίχνευση πλευρών της προσωπικότητας των γυναικών που θήλασαν το νεογνό τους. Πιο συγκεκριμένα, ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η σύγκριση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (αλτρουισμός, ψυχοπαθολογία, αισιοδοξία, επιθετικότητα, άγχος, πνευματικότητα και οικογενειακό περιβάλλον) γυναικών που θήλασαν και γυναικών που δεν θήλασαν. Πιο συγκεκριμένα θα γίνει:

- Σύγκριση της ομάδας των γυναικών που θήλασαν και της ομάδας των γυναικών που δεν θήλασαν ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συσχέτιση των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Ο επιθυμία συνδέεται με συνθήκες που ενεργοποιούν κίνητρα τα οποία έχουν αποδειχθεί πυρηνικά στο να οδηγούν στην πράξη. Ως προς την επιθυμία, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες που θηλάζουν θα παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα προγενέστερης επιθυμίας να θηλάσουν και υψηλότερα από κείνες που δεν θηλάζουν.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν δείξει ότι το άγχος και η επιθετικότητα, μπορεί να βασίζεται σε ένα μείγμα εγωιστικών κινήτρων, σαν στάση ζωής, γεγονός που συνδέεται με επικέντρωση από τον ναρκισσιστικό εαυτό μας, δηλαδή στις επιθυμίες και τις ανάγκες μας. Κατά συνέπεια, ως προς την επιθετικότητα, η υπόθεσή μας είναι ότι οι γυναίκες που δεν θηλάζουν θα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις γυναίκες που θηλάζουν.

2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Μάρτιο του 2012 έως τον Σεπτέμβριο του 2012.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν εγκυμονούσες γυναίκες στους τρεις τελευταίους μήνες της εγκυμοσύνης.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Οι γυναίκες να είναι έγκυες
2. Η επιθυμία τους να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
3. Την απόφαση για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα την πήραν η μεταπτυχιακή φοιτήτρια – ερευνήτρια με την επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας εργασίας.

Τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο δημιούργησε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία τη διεκπεραίωσαν τα ίδια άτομα, οπότε μειώθηκαν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλίστηκε πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα.

2.1 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία

2.1.1 Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας – Symptom Checklist 90-R (SCL-90; Derogatis, 1977)

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα

εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

2.1.2. Κλίμακα αυτό-αξιολόγησης του άγχους - State- Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, 1970)

Για την αξιολόγηση του άγχους, θα χρησιμοποιηθεί η κλίμακα *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) που κατασκευάστηκε από τον Spielberger το 1970. Αποτελείται από 40 διαπιστώσεις, οι οποίες αναφέρονται σε 2 υποκλίμακες: α) τη συναισθηματική κατάσταση του εξεταζόμενου κατά τη χρονική στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (δηλ. παροδικό άγχος ως αποτέλεσμα της παρούσης κατάστασης), και β) τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου γενικότερα (δηλ. μόνιμο άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για τον εξεταζόμενο, στη βάση μιας τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτει ένας γενικός δείκτης εκτίμησης του άγχους με την άθροιση όλων των προτάσεων. Η μέση τιμή για την πρώτη υποκλίμακα ήταν 43,21, για τη δεύτερη υποκλίμακα 42,79 και για τη συνολική κλίμακα 86,01. Οι μέσοι όροι που αναφέρονται και θα χρησιμοποιηθούν στην παρούσα μελέτη προέρχονται από τη δεύτερη στάθμιση της κλίμακας (Αναγνωστοπούλου, 2002), η οποία παρουσιάζει μικρότερη χρονική απόσταση από τον καιρό διεξαγωγής της παρούσας μελέτης. Κάτι τέτοιο κρίθηκε αναγκαίο, δεδομένων των ταχύτατων ρυθμών αύξησης του άγχους κατά τα τελευταία χρόνια στον φυσιολογικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο έχει ήδη προσαρμοστεί στον Ελληνικό πληθυσμό και παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας και επαναληπτικών μετρήσεων (Λιάκος & Γιαννίση, 1984; Αναγνωστοπούλου, 2002).

2.1.3 Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-10; Bussing et al. 2005)

Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-sf-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2005). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων.

Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είναι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα. Στην ελληνική στάθμιση ο

συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach α=0,816, (Gouva et al., 2012).

Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις :

Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {for Support /Access}): αφορά την πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές. Αφορά το ενδιαφέρον για πνευματικά/θρησκευτικά θέματα.

Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {in Higher Guidance / Source}): μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη.

Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας}(Reflection {Positive Interpretation of Disease}): αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος.

2.1.4 Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος (Family Environment Scale, Form R-FES) των Moos and Moos

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος των Moos and Moos (1987) μετρά την οικογενειακή ατμόσφαιρα, διερευνώντας τρεις διαστάσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος σε όλους τους τύπους των οικογενειών. Συγκεκριμένα μετρά τις διαστάσεις των διαπροσωπικών σχέσεων, το βαθμό ενθάρρυνσης της προσωπικής ανάπτυξης και τη βασική οργανωτική δομή της οικογένειας. Είναι μια έγκυρη και αξιόπιστη Κλίμακα με ευρεία εφαρμογή κι ο ίδιος ο Moos έχει παρουσιάσει λεπτομερείς περιγραφές της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και των αλληλοσυσχετίσεων μεταξύ των υποκλιμάκων της. Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει χρησιμοποιηθεί διεθνώς σε πολλές μελέτες που αφορούσαν ασθενείς και τις οικογένειές τους.

Η Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος αποτελείται από 90 ερωτήσεις, και είναι οργανωμένη σε τρεις τομείς, καθένας από τους οποίους περιλαμβάνει 3, 5 και 2 αντίστοιχα υποκλίμακες ως εξής:

- **Σχέσεις (Relationship Dimensions)**
 - Συνοχή (Cohesion)
 - Εκφραστικότητα (Expressiveness)
 - Σύγκρουση (Conflict)
- **Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)**
 - Ανεξαρτησία (Independence)
 - Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)

- Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)
- Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-Recreational Orientation)
- Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)
- *Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)*
 - Οργάνωση (Organization)
 - Έλεγχος (Control)

Η βαθμολόγηση της Κλίμακας γίνεται με βάση τον πίνακα που παρέχεται από τους κατασκευαστές της. Σε κάθε στήλη του πίνακα αθροίζεται ο αριθμός των κύκλων, που περιέχουν ένα (X). Το άθροισμα κάθε στήλης γράφεται στο αντίστοιχο τετραγωνίδιο στο κάτω μέρος της Κλίμακας. Η κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και προσαρμοστεί από την Κ. Μάτσα. Χρησιμοποιήθηκε στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό, σε τοξικομανείς, ασθενείς με οξεία λευχαιμία και σε μέλη της οικογένειάς τους.

2.1.5. Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας (Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ) (Caine και συν, 1967)

Το HDHQ είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την επιθετικότητα ως στάση (attitude). Αφορά σ' έναν τρόπο μέτρησης ενός ευρέος φάσματος από πιθανές εκδηλώσεις της επιθετικότητας. Αντανακλά την ετοιμότητα για απάντηση με εχθρική συμπεριφορά και μια τάση εκτίμησης προσώπων, συμπεριλαμβανομένου και του εαυτού, με τρόπο δυσμενή και αρνητικό. Η επιθετικότητα όπως μετριέται με το HDHQ δεν έχει καθόλου σχέση με σωματική επιθετικότητα και σωματική βιαιότητα. Το HDHQ αποτελείται από 5 υποκλίμακες στα 52 είδη του Καταλόγου Πολυφασικής Προσωπικότητας του Πανεπιστημίου της Minnesota (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPI). Τρεις υποκλίμακες, η παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility) (AH), η επίκριση των άλλων (criticism of others) (CO), και παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility) (PH) αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις μεγάλης ποινικότητας. Δύο υποκλίμακες, η αυτο-επίκριση (self-criticism) (SC) και παραληρηματική ενοχή (Guilt) (G) αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αφορούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Το άθροισμα και των πέντε υποκλιμάκων αντανακλά τη συνολική επιθετικότητα. Τα αποδεκτά πρότυπα (Caine et al., 1967) για τη συνολική επιθετικότητα σε φυσιολογικό πληθυσμό είναι ανάμεσα σε 12 έως 14, αλλά υψηλότερα όρια έχουν επίσης προταθεί (McPherson, 1988). Μελέτες για

την εγκυρότητα σε κλινικά δείγματα έχουν οδηγήσει σε σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στο HDHQ και στους παρατηρούμενους ρυθμούς θυμού των νοσηλευτών (Blackburn et al., 1979). Η εγκυρότητα των παραμέτρων του ερωτηματολογίου έχει διαπιστωθεί από πολλές μελέτες. Το HDHQ έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό φυσιολογικό πληθυσμό (Economou & Angelopoulos, 1989; Αγγελόπουλος και συν., 1987; Αγγελόπουλος, 1984) σε ψυχιατρικούς (Lyketsos et al., 1978) και άτομα που ντράπηκαν (Sifneos, 1986; Drosos et al., 1989).

2.1.6. Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES) (McCubbin, Thompson & McCubbin, 2001)

Η κλίμακα F-Copes είναι ένα εργαλείο που σχεδιάστηκε για να μετράει την κρίση στην οικογένεια και τους τρόπους αντιμετώπισής της και δημιουργήθηκε από τον McCubbin et al. (2001). Η κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=διαφωνώ πολύ έως 5=συμφωνώ πολύ. Η κλίμακα περιλαμβάνει 5 παράγοντες αντιμετώπισης της κρίσης στην οικογένεια. Πιο συγκεκριμένα, τους:

1. Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)
2. Επανασχεδιασμός (Reframing)
3. Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)
4. Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)
5. Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)

Η ερώτηση 18 δεν περιλαμβάνεται σε κανέναν παράγοντα, παρά μόνο στη συνολική βαθμολόγηση, λόγω της χαμηλής φόρτωσής της στους παράγοντες. Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν 0,869. (Gouva et al., 2012).

2.1.7 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων

Εκτός από τα ανωτέρω ψυχομετρικά εργαλεία, στα άτομα του δείγματος δόθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία τους (οικογενειακή κατάσταση, αδέρφια, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, επαγγελματική κατάσταση και διαμονή), την ταυτότητά τους (φύλο και ηλικία) καθώς και στοιχεία για την αναπαράστασή τους ως προς το θηλασμό του βρέφους τους αλλά και την εμπειρία του θηλασμού μετά την εγκυμοσύνη τους.

2.2. Στατιστική επεξεργασία

Όλες οι κατηγορικές μεταβλητές περιγράφονται με τη μορφή των απόλυτων και σχετικών (%) συχνοτήτων. Οι ποσοτικές μεταβλητές ελέγχθηκαν με το κριτήριο Shapiro-Wilk σχετικά με την ύπαρξη ή όχι κανονικής κατανομής (Πίνακας). Λόγω μη ύπαρξης κανονικής κατανομής στη μαζική πλειοψηφία των περισσότερων από αυτών, χρησιμοποιήθηκαν διάμεσοι και ενδοτεταρτημοριακά εύρη ($75^{\circ} - 25^{\circ}$)

Πίνακας . Ανάλυση για κανονική κατανομή ποσοτικών μεταβλητών κατά Shapiro-Wilk

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Πόσο εύκολη εγκυμοσύνη είχατε	,260	99	,000	,779	99	,000
Πόσο επιθυμείτε να θηλάσετε	,396	99	,000	,661	99	,000
Ηλικία	,110	99	,005	,959	99	,003
Πόσων μηνών είστε	,461	99	,000	,549	99	,000
HDHQ_CO	,127	99	,000	,971	99	,027
HDHQ_AH	,183	99	,000	,945	99	,000
HDHQ_PH	,272	99	,000	,835	99	,000
HDHQ_SC	,143	99	,000	,961	99	,005
HDHQ_G	,207	99	,000	,892	99	,000
HDHQ_EXOSTREFHS	,129	99	,000	,962	99	,006
HDHQ_ENDOSTREFHS	,155	99	,000	,952	99	,001
HDHQ_TOTAL	,132	99	,000	,962	99	,006
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	,145	99	,000	,905	99	,000
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	,121	99	,001	,938	99	,000
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ_ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	,132	99	,000	,907	99	,000
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	,092	99	,039	,958	99	,003
ΑΓΧΟΣ	,188	99	,000	,832	99	,000
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	,165	99	,000	,821	99	,000
ΦΟΒΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ	,282	99	,000	,735	99	,000
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ_ΙΔΕΑΣΜΟΣ	,208	99	,000	,884	99	,000
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	,258	99	,000	,801	99	,000
FES_CO	,220	99	,000	,844	99	,000
FES_EX	,194	99	,000	,924	99	,000
FES_CON	,181	99	,000	,900	99	,000
FES_IND	,231	99	,000	,855	99	,000
FES_AO	,187	99	,000	,928	99	,000
FES_IRO	,165	99	,000	,953	99	,001
FES_ARO	,140	99	,000	,960	99	,004
FES_MRE	,123	99	,001	,969	99	,021
FES_ORG	,166	99	,000	,914	99	,000
FES_CTL	,179	99	,000	,942	99	,000
F_COPEES_SOCIAL_SUPPORT	,078	99	,152	,991	99	,741
F_COPEES_REFRAMING	,110	99	,005	,969	99	,019
F_COPEES_SPIRITUAL_SUPPORT	,138	99	,000	,966	99	,011
F_COPEES_ACCEPT_HELP	,073	99	,200*	,985	99	,336

F_COPEs_PASSIVE_APPRAISAL	,142	99	,000	,947	99	,001
F_COPEs_OVERALL	,077	99	,169	,980	99	,146
SpREUK_TOTAL_SCORE	,071	99	,200*	,990	99	,702
SpREUK_SEARCH_FOR_SUPPORT	,140	99	,000	,966	99	,011
SpREUK_TRUST_IN_HIGHER	,143	99	,000	,960	99	,004
SpREUK_REFLECTION	,088	99	,058	,984	99	,257
ANXIETY_STATE	,077	99	,157	,972	99	,034
ANXIETY_TRAIT	,097	99	,022	,977	99	,077

εκατοστημόριο) για την περιγραφή αυτών. Για τους σκοπούς της ανάλυσης, ανιχνεύθηκε μονοπαραγοντικά η συσχέτιση μεταξύ θηλασμού τώρα και κατηγορικών μεταβλητών με τη χρήση κριτηρίου Pearson's χ^2 ή Fisher's exact, ενώ για την ανάλυση για ανίχνευση διαφοράς στην κατανομή στις ποσοτικές μεταβλητές μεταξύ των γυναικών που θήλαζαν και όχι, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Mann-WhitneyU. Λόγω ύπαρξης πολλαπλών συγκρίσεων (>50) και για αντιμετώπιση της διόγκωσης του σφάλματος τύπου I, έγινε στάθμιση κατά Bonferroni, θέτοντας το επίπεδο σημαντικότητας σε <0,001. Όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSSv.17.

3. Ανάλυση Περιγραφικών Στοιχείων Μελέτης

3.1. Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία εγκυμονούσων

Στην παρούσα μελέτη συμμετείχε ένα ικανοποιητικό δείγμα 100 εγκύων γυναικών, με μέση ηλικία τα $32,5 \pm 6,0$ έτη σε μέσο μήνα εγκυμοσύνης 9 ± 1 . Από τις 100 εγκυμονούσες που έλαβαν μέρος στη μελέτη, στη συντριπτική τους πλειοψηφία τους ήταν έγγαμες (ποσοστό 98%), 1 ήταν σε διάσταση (ποσοστό 1,0%), και μία ήταν άγαμη (ποσοστό 1%). Από το δείγμα των γυναικών της έρευνας σχεδόν οι 5 στις δέκα κατάγονται από χωριό/κωμόπολη, οι 2 στις δέκα από πόλεις μικρότερες των 150.000 κατοίκων και οι 3 περίπου στις δέκα από πόλεις μεγαλύτερες των 150.000 κατοίκων. Επίσης, το 69% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι έχει αδέρφια, ενώ τα ποσοστά αναφορικά με το αν έχουν αδελφές είναι σχεδόν μοιρασμένα σε θετικές και αρνητικές απαντήσεις. Ακόμη, σχεδόν οι 4 από τις 10 εγκυμονούσες έχουν ήδη παιδιά.

Στους πίνακες που ακολουθούν, παρουσιάζονται αναλυτικά η συχνότητα και το ποσοστό, σύμφωνα με όσες απάντησαν στην κάθε δημογραφική ερώτηση.

Πίνακας 1. Περιγραφικά στοιχεία για την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	ΕΓΓΑΜΟΣ	98	98,0%
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	1,0%
	ΑΓΑΜΟΣ	1	1,0%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	1	1,0%
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	4	4,0%
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	29	29,0%
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ _ ΤΕΙ	51	51,0%
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	15	15,0%
Επαγγελματική κατάσταση	ΑΝΕΡΓΟΣ	13	13,0%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	18	18,0%
	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ	12	12,0%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	32	32,0%
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	25	25,0%

Πίνακας 2. Περιγραφικά στοιχεία για τον τόπο διαμονής

Διαμονή			
		Frequency	Percent
Valid	ΧΩΡΙΟ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ	49	49,0%
	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	17	17,0%
	ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	34	34,0%
	Total	100	100.0

Πίνακας 3. Περιγραφικά στοιχεία για το αν έχουν αδέρφια

Αδέρφια			
		Frequency	Percent
Valid	ΝΑΙ	69	69,0%
	ΟΧΙ	31	31,0%
	Total	100	100.0

Πίνακας 4. Περιγραφικά στοιχεία για το αν έχουν αδελφές

Αδελφές			
		Frequency	Percent
Valid	ΝΑΙ	51	51,0%
	ΟΧΙ	49	49,0%
	Total	100	100.0

Πίνακας 5. Περιγραφικά στοιχεία για το αν έχουν άλλα παιδιά

Έχετε άλλα παιδιά			
		Frequency	Percent
Valid	ΝΑΙ	39	39,0%
	ΟΧΙ	61	61,0%
	Total	100	100.0

Πίνακας 6. Περιγραφικά στοιχεία για το πόσα παιδιά έχουν

Πόσα παιδιά έχετε			
		Frequency	Percent

Valid	1	27	69,2%
	2	11	28,2%
	3	1	2,6%
	Total	39	100.0

Πίνακας 7. Περιγραφικά στοιχεία για το φύλο των παιδιών τους

Ποιο είναι το φύλο των παιδιών σας			
		Frequency	Percent
Valid	ΚΟΡΙΤΣΙ	19	48,7%
	ΑΓΟΡΙ	14	35,9%
	ΚΟΡΙΤΣΙ ΚΑΙ ΑΓΟΡΙ	6	15,4%
	Total	39	100.0

3.2. Κοινωνικο-Ψυχολογικά στοιχεία εγκυμονούσων

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της μελέτης δήλωσε ότι το όνομά τους το πήραν από την πατρική γιαγιά (47.0%), ότι φυσιογνωμικά μοιάζουν στον πατέρα (49%) και χαρακτηριστικά στη μητέρα (37%).

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους.

Πίνακας 8. Περιγραφικά στοιχεία για το από πού πήραν το όνομά τους

		N	%
Ποιου το όνομα πήρατε	ΤΟΥ ΠΑΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	9	9,0%
	ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	2	2,0%
	ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	47	47,0%
	ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	19	19,0%
	ΤΥΧΑΙΑ	1	1,0%
	ΝΟΝΟΣ	1	1,0%
	ΝΟΝΑΣ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΤΗΣ ΝΟΝΑΣ ΜΟΥ	1	1,0%
	ΤΟΥ ΘΕΙΟΥ	3	3,0%
	ΤΗΣ ΘΕΙΑΣ ΜΟΥ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΑΣ	2	2,0%
	ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ	1	1,0%
	ΕΝΟΣ ΑΓΙΟΥ / ΑΣ	2	2,0%
	ΚΑΝΕΝΟΣ	5	5,0%
	ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΘΕΙΑΣ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΠΡΟΓΙΑΓΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΤΕΡΑ	3	3,0%
	ΑΠΟ ΤΑΜΑ	1	1,0%

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία για την πεποίθησή τους, ως προς το «σε ποιόν μοιάζουν φυσιογνωμικά»

Σε ποιον μοιάζετε φυσιογνωμικά	ΠΑΤΕΡΑ	49	49,0%
	ΜΗΤΕΡΑ	36	36,0%
	ΠΑΤΡΙΚΗ ΓΙΑΓΙΑ	1	1,0%
	ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ	3	3,0%
	ΓΟΝΕΙΣ	9	9,0%
	ΕΝΩ ΕΠΡΕΠΕ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	2	2,0%

Πίνακας 9. Περιγραφικά στοιχεία για την πεποίθησή τους, ως προς το «σε ποιόν μοιάζουν χαρακτηριστικά»

Σε ποιον μοιάζετε ως προς τον χαρακτήρα	ΠΑΤΕΡΑ	29	29,0%
	ΜΗΤΕΡΑ	37	37,0%
	ΠΑΤΡΙΚΗ ΓΙΑΓΙΑ	2	2,0%
	ΣΕ ΚΑΝΕΝΑ	7	7,0%
	ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΔΥΟ (ΠΑΤΕΡΑ ΚΑΙ ΜΗΤΕΡΑ)	21	21,0%
	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	1	1,0%
	ΕΝΩ ΕΠΡΕΠΕ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	3	3,0%

Πίνακας 10. Περιγραφικά στοιχεία για το αν έχουν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους

Καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους			
		Frequency	Percent
Valid	ΝΑΙ	87	90,6%
	ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ	9	9,4%
	Total	96	100,0

3.3. Η σχέση τους με το θηλασμό

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της μελέτης δήλωσε ότι ως βρέφη είχαν θηλάσει σε ποσοστό 86,0%, για χρονικό διάστημα του ενός μήνα οι 31 (ποσοστό 36,0%), για χρονικό διάστημα δύο μηνών οι 17 (ποσοστό 19,8%), για χρονικό διάστημα τριών μηνών οι 11 (ποσοστό 12,8%) και από τις εγκυμονούσες της μελέτης σήμερα αρέσει το γάλα στις 56 (ποσοστό 57,1%). Οι 9 στις 10 εγκυμονούσες είχαν θηλάσει τα προηγούμενα παιδιά τους για 1 μήνα έως 4 μήνες οι 23.

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους.

Πίνακας 11. Περιγραφικά στοιχεία για το αν οι ίδιες θήλασαν

Εσείς είχατε θηλάσει			
		Frequency	Percent
Valid	NAI	86	86,0%
	OXI	14	14,0%
	Total	100	100.0

Πίνακας 12. Περιγραφικά στοιχεία για το χρονικό διάστημα που οι ίδιες θήλασαν

Πόσους μήνες είχαν θηλάσει, οι ίδιες ως βρέφη			
1	31	36,0%	
2	17	19,8%	
3	11	12,8%	
4	3	3,5%	
5	2	2,3%	
6	7	8,1%	
7	2	2,3%	
8	5	5,8%	
9	1	1,2%	
10	1	1,2%	
12	1	1,2%	
14	2	2,3%	
15	2	2,3%	
18	1	1,2%	

Πίνακας 13. Περιγραφικά στοιχεία για το αν τους αρέσει το γάλα

Σήμερα, σας αρέσει το γάλα			
		Frequency	Percent
Valid	NAI	56	57,1%
	OXI	42	42,9%
	Total	98	100.0

Πίνακας 14. Περιγραφικά στοιχεία για το αν θηλάσαν τα παιδιά τους

Τα άλλα σας παιδιά τα θηλάσατε			
		Frequency	Percent
Valid	NAI	34	87,2%
	OXI	5	12,8%
	Total	39	100.0

Πίνακας 15. Περιγραφικά στοιχεία για το χρονικό διάστημα που θηλάσαν τα παιδιά τους

Αν ναι, πόσους μήνες τα θηλάσατε	1	3	8,6%
	2	4	11,4%
	3	6	17,1%
	4	10	28,6%
	6	3	8,6%
	7	1	2,9%
	8	2	5,7%
	9	2	5,7%
	10	2	5,7%
	12	1	2,9%
	24	1	2,9%

3.4. Η σχέση τους με την εγκυμοσύνη

Στην ερώτηση «πόσο επιθυμείτε να θηλάσετε» η διάμεσος των απαντήσεων των γυναικών ήταν 5,0 και στην ερώτηση «πόσο εύκολη εγκυμοσύνη είχατε» η διάμεσος ήταν 4,0. Οι 54 εγκυμονούσες (ποσοστό 54,0%) τελικά γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και οι 46 με καισαρική τομή (ποσοστό 46,0%).

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους και τη διάμεσο.

Πίνακας 16. Στοιχεία για τη σχέση τους με την εγκυμοσύνη

	Median	iqr
Πόσο εύκολη εγκυμοσύνη είχατε	4,0	1,0
Πόσο επιθυμείτε να θηλάσετε	5,0	1,0

Πίνακας 17. Περιγραφικά στοιχεία για τον τοκετό

Πως γεννήσατε	ΦΤ	54	54,0%
	ΚΤ	46	46,0%

3.5. Η σχέση τους με το βρέφος

Οι 28 συμμετέχουσες στη μελέτη (ποσοστό 28,6%) απάντησαν ότι στο παιδί τους θα δώσουν το όνομα του πατρικού παππού και οι 22 το όνομα της πατρικής γιαγιάς (ποσοστό 22,4%). Στην ερώτηση, όμως, ποιού το όνομα θα θέλατε να δώσετε τα παραπάνω ποσοστά, όπως παρατηρείτε στον πίνακα 17, πέφτουν στο ήμισυ.

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους.

Πίνακας 18. Περιγραφικά στοιχεία για τη σχέση τους με το βρέφος

Ποιου όνομα θα δώσετε στο μωρό σας	ΤΟΥ ΠΑΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	28	28,6%
	ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	3	3,1%
	ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	22	22,4%
	ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	6	6,1%
	ΤΥΧΑΙΑ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	1	1,0%
	ΤΟΥ ΘΕΙΟΥ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΑΣ	1	1,0%
	ΚΑΝΕΝΟΣ	1	1,0%
	ΤΟΥ ΠΡΟΠΑΠΠΟΥ	1	1,0%
	ΕΝΩ ΕΠΡΕΠΕ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	1	1,0%
	ΝΕΟ	1	1,0%
	δεν ξέρω ακόμη	31	31,6%
Ποιου το όνομα θα θέλατε να δώσετε στο μωρό σας	ΤΟΥ ΠΑΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	14	14,3%
	ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΠΑΠΠΟΥ	11	11,2%
	ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	13	13,3%
	ΤΗΣ ΜΗΤΡΙΚΗΣ ΓΙΑΓΙΑΣ	10	10,2%
	ΤΥΧΑΙΑ	1	1,0%
	ΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΑΣ	1	1,0%
	ΚΑΝΕΝΟΣ	3	3,1%
	ΤΟΥ ΠΡΟΠΑΠΠΟΥ	1	1,0%
	ΕΝΩ ΕΠΡΕΠΕ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	4	4,1%
	ΝΕΟ	3	3,1%
δεν ξέρω ακόμη	37	37,8%	

3.6. Η σχέση τους με το θηλασμό

Οι 8 στις 10 συμμετέχουσες στη μελέτη (ποσοστό 82,0%) τελικά θηλάζουν το βρέφος τους, με τις 6 στις 10 περίπου να σιτίζουν το βρέφος τους αποκλειστικά με το θηλασμό, και στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι θηλάζουσες να χαίρονται που θηλάζουν (ποσοστό 98,8%). Ποσοστό 85,4% δήλωσε ότι τους έδειξε η μαία τον τρόπο του να θηλάζουν και από τις μητέρες που δεν θήλασαν οι 15 δεν προσπάθησαν καθόλου.

Στους πίνακες που ακολουθούν, γίνεται ακριβής παρουσίαση των απαντήσεων μαζί με τα σχετικά ποσοστά τους.

Πίνακας 19. Περιγραφικά στοιχεία για το αν τελικά θηλάζουν

Τελικά θηλάζετε	ΝΑΙ	82	82,0%
	ΟΧΙ	18	18,0%

Πίνακας 20. Περιγραφικά στοιχεία για το είδος θηλασμού

Αποκλειστικός θηλασμός	ΝΑΙ	45	54,9%
	ΟΧΙ	37	45,1%

Πίνακας 21. Περιγραφικά στοιχεία για το συναίσθημά τους ως προς το θηλασμό

Χαίρεστε που θηλάζετε	ΝΑΙ	81	98,8%
	ΟΧΙ	1	1,2%

Πίνακας 22. Περιγραφικά στοιχεία για το ποιος τους έδειξε τη μέθοδο του θηλασμού

Ποιος σας έδειξε	ΜΑΙΑ	70	85,4%
	ΜΗΤΕΡΑ	4	4,9%
	ΦΙΛΗ	4	4,9%
	ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ	4	4,9%

Πίνακας 23. Περιγραφικά στοιχεία για το μη θηλασμό

Εάν όχι, προσπαθήσατε να θηλάσετε	ΝΑΙ	5	25,0%
	ΟΧΙ	15	75,0%
Πόσο προσπαθήσατε	ΚΑΘΟΛΟΥ	13	76,5%
	1 ΕΒΔΟΜΑΔΑ	3	17,6%
	2 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ	1	5,9%
Δεν θηλάσατε λόγω	ΔΙΚΗΣ ΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ	1	5,6%
	ΜΑΣΤΙΤΙΔΑΣ	8	44,4%
	ΔΕΝ ΕΙΧΑ ΓΑΛΑ	6	33,3%
	ΔΕΝ ΤΟ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑ ΝΑ ΘΗΛΑΣΩ	3	16,7%
Το βρέφος μπήκε μονάδα	ΝΑΙ	9	9,0%
	ΟΧΙ	91	91,0%
Εάν μπήκε, δοκιμάσατε θηλασμό	ΝΑΙ	7	77,8%
	ΟΧΙ	2	22,2%
Δοκιμάσατε να δώσετε σε μπουκάλι το γάλα σας	ΝΑΙ	4	44,4%
	ΟΧΙ	5	55,6%

4. Έλεγχος των εργαλείων μέτρησης

4.1 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων

Η αξιοπιστία των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνά μας επαληθεύτηκε με τον υπολογισμό του α του Cronbach.

Ερωτηματολόγιο	Συντελεστής α του Cronbach
SCL - 90	0,969
HDHQ	0,807
FES	0,999
F-COPES	0,999
SpREUK	0,997
STATE ANXIETY	0,625
TRAIT ANXIETY	0,654

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, τα περισσότερα ερωτηματολόγια μπορούν να θεωρηθούν αξιόπιστα, μια και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μεγαλύτερος από το 0,7. Πιο συγκεκριμένα, οι δείκτες αξιοπιστίας τους θεωρούνται ικανοποιητικοί και συμφωνούν με προηγούμενες εκτιμήσεις σε άλλες έρευνες (Goss et al., 1994 & Andrews et al., 2002). Ως εξαίρεση σημειώνονται τα ερωτηματολόγια STATE ANXIETY και TRAIT ANXIETY στα οποία ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach είναι σημαντικά μικρότερος από το 0,7.

5. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας Ψυχομετρικών Κλιμάκων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ γονιών και φοιτητών, δανειοληπτών γονιών και μη ως προς τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά στα οποία μελετήθηκαν. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και ο τρόπος βαθμολόγησής τους.

5.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε μία ερωτώμενη συμπλήρωσε 7 ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν οι κλίμακες και οι υποκλίμακες οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

Κλίμακα αυτοεκτίμησης άγχους του S. Spielberger (STAI)	
Παροδικό Άγχος (State Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 17, 18 και 19 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 15, 16 και 20 κατόπιν αντιστροφής τους.
Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 22, 23, 24, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 37, 38 και 40 συν το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21, 26, 27, 33, 36 και 39 κατόπιν αντιστροφής τους.
Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90)	
Σωματοποίηση (Somatization)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24,

	63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.)	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ)	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
Ερωτηματολόγιο Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας-Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)	
Παρορμητική επιθετικότητα (acting-out hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 40, 42, 45, 46 και 49, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 7, 15, 17, 20, 22, 24, 25, 39, 42, 45, 46, 49 και "Λάθος" στην ερώτηση 40.
Επίκριση των άλλων (criticism of others)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 13, 18, 19, 29, 32, 36, 41 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 1, 2, 6, 10, 11, 18, 19, 29, 32, 36, 41 και "Λάθος" στην ερώτηση 13.
Παρανοειδής επιθετικότητα (paranoid hostility)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 50 και "Λάθος" στην ερώτηση 4.
Αυτο-επίκριση (self-criticism)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 8, 14, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 40, 51 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 14, 27, 28, 30, 34, 40, 51 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 3, 23 και 26.
Παραληρηματική ενοχή (guilt)	Από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 12, 16, 21, 33, 43, 48 στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" σε όλες τις ερωτήσεις.
Σύνολο εξωστρέφειας	από το άθροισμα των κλιμάκων της παρορμητικής

(extrapunitiveness)	επιθετικότητας, της παρανοειδής επιθετικότητας και της επίκρισης των άλλων.
Σύνολο ενδοστρέφειας (intropunitiveness)	από το άθροισμα των κλιμάκων της αυτο-επίκρισης και της παραληρηματικής ενοχής.
Ολική Εχθρότητα (total hostility)	από το άθροισμα των κλιμάκων του συνόλου εξωστρέφειας και του συνόλου ενδοστρέφειας.
Κλίμακα Οικογενειακού Περιβάλλοντος - Family Environment Scale (Form R-FES)	
Σχέσεις (Relationship Dimensions)	
Συνοχή (Cohesion)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 11, 21, 31, 41, 51, 61, 71, 81, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 1, 21, 31, 51, 71, 81 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 11, 41, 61
Εκφραστικότητα (Expressiveness)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 12, 22, 32, 42, 52, 62, 72, 82, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 12, 32, 42, 62, 82 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 2, 22, 52, 72.
Σύγκρουση (Conflict)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 13, 23, 33, 43, 53, 63, 73, 83, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 3, 23, 43, 53, 73 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 13, 33, 63, 83.
Προσωπική ανάπτυξη και ωρίμανση (Personal Growth Dimensions)	
Ανεξαρτησία (Independence)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 4, 14, 24, 34, 44, 54, 64, 74, 84, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 14, 24, 34, 54, 64 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 4, 44, 74, 84.
Προσανατολισμός για επιτεύγματα (Achievement Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 15, 25, 35, 45, 55, 65, 75, 85, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 5, 15, 35, 45, 75, 85 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 25, 55, 65.
Πνευματικός - πολιτιστικός προσανατολισμός (Intellectual - Cultural Orientation)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 16, 26, 36, 46, 56, 66, 76, 86, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η " Σωστό " στις ερωτήσεις 6, 26, 56, 66, 86 και " Λάθος " στις ερωτήσεις 16, 36, 46, 76.
Προσανατολισμός προς ενεργό ψυχαγωγική δραστηριότητα (Active-	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 17, 27, 37, 47, 57, 67, 77, 87, στις οποίες

Recreational Orientation)	η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 17, 37, 47, 67, 77 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 7, 27, 57, 87.
Ηθική και θρησκευτική έμφαση (Moral-Religious Emphasis)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 28, 38, 48, 58, 68, 78, 88, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 8, 28, 48, 58, 78, 88 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 18, 38, 68.
Συντήρηση του συστήματος (System Maintenance Dimensions)	
Οργάνωση (Organization)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 9, 19, 29, 39, 49, 59, 69, 79, 89, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 9, 19, 39, 59, 69, 89 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 29, 49, 79.
Έλεγχος (Control)	από το άθροισμα των επιθυμητών απαντήσεων στις ερωτήσεις 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, στις οποίες η επιθυμητή απάντηση ήταν η "Σωστό" στις ερωτήσεις 30, 40, 50, 80, 90 και "Λάθος" στις ερωτήσεις 10, 20, 60, 70.
Συνολική Βαθμολογία Κλίμακας Οικογενειακού Περιβάλλοντος	
Γενικό Σύνολο	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Κλίμακα Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια (F-COPES)	
Προσανατολισμός προς Κοινωνική Υποστήριξη (Acquiring Social Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 2, 5, 8, 10, 16, 20, 25 και 29.
Επανασχεδιασμός (Reframing)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 7, 11, 13, 15, 19, 22 και 24.
Αναζητώντας πνευματική υποστήριξη (Seeking Spiritual Support)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 14, 23, 27 και 30.
Κινητοποίηση της οικογένειας για αποδοχή βοήθειας (Mobilizing Family to Acquire and Accept Help)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις αποτελείται από τις ερωτήσεις 4, 6, 9 και 21.
Παθητική Αντιμετώπιση (Passive Appraisal)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 12, 17, 26 και 28.
Συνολική Βαθμολογία (Overall)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων συν την ερώτηση 18.
Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (SpREUK-SF-15)	
Συνολική Βαθμολογία (Total Score)	από το άθροισμα του συνόλου των υποκλιμάκων.
Αναζήτηση για υποστήριξη (Search For Support/Access)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 3, 4, 5 και 6.
Εμπιστοσύνη σε έναν ανώτερο προσανατολισμό (Trust in Higher)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 7, 13, 14 και 15.

Guidance/Source	
Αντανάκλαση (Reflection)	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 9, 10, 11 και 12.

5.2 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων

Στον πίνακα 25, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης Pearson μεταξύ μίας αντιπροσωπευτικής ομάδας από το σύνολο των κλιμάκων και υποκλιμάκων που μελετήθηκαν στην παρούσα εργασία.

Ειδικότερα στον παρακάτω πίνακα συμμετέχουν οι κλίμακες :

1. Άγχος (SCL - 90) (q1)
2. Επιθετικότητα (SCL - 90) (q2)
3. Παρανοειδής Ιδεασμός (SCL - 90) (q3)
4. Γενικό σύνολο εχθρότητας (H.D.H.Q.) (q4)
5. Συνολική βαθμολογία Οικογενειακού Περιβάλλοντος (FES) (q5)
6. Συνολική βαθμολογία Οικογενειακής Κρίσης (F-Copes) (q6)
7. Συνολική βαθμολογία πνευματικότητας και θρησκευτικότητας (SpREUK) (q7)
8. Μόνιμο Άγχος (Trait Anxiety) (q8)

Από τις συσχετίσεις ξεχωρίζουν :

1. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ($r = 0,639$).
2. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του γενικού συνόλου (H.D.H.Q.) ($r = 0,568$).
3. Η θετική γραμμική συσχέτιση του άγχους (SCL - 90) και του μόνιμου άγχους (Trait Anxiety) ($r = 0,567$).
4. Η θετική γραμμική συσχέτιση του επιθετικότητας (SCL - 90) και του παρανοειδούς ιδεασμού (SCL - 90) ($r = 0,551$).

Πίνακας 25: Συσχετίσεις μεταξύ επιλεγμένων υποκλιμάκων								
	q2	q3	q4	q5	q6	q9	q10	q11
q2								
q3	,612							
q4	,639	,551						
q5	,568	,542	,522					
q6	-,198	-,163	-,185	-,266				
q9	-,019	-,091	,052	-,110	,268			
q10	,244	,083	,191	,159	,201	,274		
q11	,567	,432	,473	,523	-,302	,026	,138	

Καμία από τις συσχετίσεις δεν κρίνεται ιδιαίτερα ισχυρή όπως αυτό συνήθως ορίζεται στη βιβλιογραφία (απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από το 0,7) γεγονός που τοποθετεί σε διακριτούς ρόλους τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Επιπλέον, οι συσχετίσεις που παρουσιάζονται με τους ισχυρότερους δείκτες κρίνονται αναμενόμενες.

6. Μονοπαράγοντική ανάλυση στη σύγκριση μεταξύ των γυναικών που θήλασαν και των γυναικών που δεν θήλασαν στις κατηγορικές μεταβλητές

Οι μονοπαράγοντικές συσχετίσεις των κατηγορικών μεταβλητών και του θηλασμού παρουσιάζονται στον πίνακα 26. Εμφανίζεται συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού προηγμένων παιδιών και του νυν θηλασμού, με τις μητέρες που δεν θηλάζουν τώρα να αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι δεν θήλασαν και στο παρελθόν σε αντίθεση με τις μητέρες που θηλάζουν τώρα, όπου και ο μη θηλασμός στο παρελθόν ήταν ισχνή μειοψηφία (66,7% προς 3,0% αντίστοιχα, $p=0,001$). Καμία από τις υπόλοιπες κατηγορικές μεταβλητές δεν συσχετιζόταν σημαντικά με το θηλασμό τώρα, τουλάχιστον σε επίπεδο σημαντικότητας $<0,001$. Παρόλα αυτά, υπήρξαν συσχετίσεις ($p<0,05$) μεταξύ του θηλασμού τώρα και του τόπου διαμονής, του φύλου των προηγμένων παιδιών, του εκπαιδευτικού επιπέδου και της επαγγελματικής κατάστασης.

Πίνακας 26. Μονοπαράγοντική ανάλυση, σύγκριση γυναικών που θήλαζαν-γυναικών που δεν θήλαζαν, κατηγορικές μεταβλητές.

- Κριτήριο: Pearson's chi² ή Fisher's exact
- Επιλέχθηκαν οι κατηγορικές μεταβλητές εκείνες με λογικό αριθμό κατηγοριών, ώστε να προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα

		Τελικά θηλάζετε				Τιμή κριτηρίου	β.ε.	p
		ΝΑΙ		ΟΧΙ				
		N	%	N	%			
Τόπος διαμονής	ΧΩΡΙΟ-ΚΩΜΟΠΟΛΗ	43	52,4%	6	33,3%	7,54	2	0,023
	ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	10	12,2%	7	38,9%			
	ΠΟΛΗ > 150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	29	35,4%	5	27,8%			
Οικογενειακή κατάσταση	ΕΓΓΑΜΟΣ	80	97,6%	18	100,0%	0,97	FE ¹	0,999
	ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ	1	1,2%	0	,0%			
	ΧΗΡΟΣ/Α	0	,0%	0	,0%			
	ΑΓΑΜΟΣ	1	1,2%	0	,0%			
Έχετε αδελφές	ΝΑΙ	41	50,0%	10	55,6%	0,18	1	0,669
	ΟΧΙ	41	50,0%	8	44,4%			
Έχετε αδέρφια	ΝΑΙ	57	69,5%	12	66,7%	0,06	1	0,813
	ΟΧΙ	25	30,5%	6	33,3%			
var2	ΝΑΙ	70	88,6%	17	100,0%		FE ¹	0,354
	ΟΧΙ	0	,0%	0	,0%			
	ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ ΕΝΩ ΕΠΡΕΠΕ ΔΕΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕ	9	11,4%	0	,0%			
		0	,0%	0	,0%			
Έχετε άλλα παιδιά	ΝΑΙ	33	40,2%	6	33,3%	0,30	1	0,586
	ΟΧΙ	49	59,8%	12	66,7%			
Αν ναι, πόσα	1	23	69,7%	4	66,7%	0,81	FE ¹	1,000
	2	9	27,3%	2	33,3%			
	3	1	3,0%	0	,0%			

	4	0	,0%	0	,0%			
	5	0	,0%	0	,0%			
Αν ναι, τι φύλο	ΚΟΡΙΤΣΙ	19	57,6%	0	,0%	7,90	FE ¹	0,009
	ΑΓΟΡΙ	9	27,3%	5	83,3%			
	ΚΟΡΙΤΣΙ-ΑΓΟΡΙ	5	15,2%	1	16,7%			
Τα θηλάσατε	ΝΑΙ	32	97,0%	2	33,3%		FE ¹	0,001
	ΟΧΙ	1	3,0%	4	66,7%			
Εσείς θηλάσατε	ΝΑΙ	71	86,6%	15	83,3%		FE ¹	0,713
	ΟΧΙ	11	13,4%	3	16,7%			
Σήμερα σας αρέσει το γάλα	ΝΑΙ	49	60,5%	7	41,2%	2,14		0,143
	ΟΧΙ	32	39,5%	10	58,8%			
Εκπαιδευτικό επίπεδο	ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	0	,0%	0	,0%	8,46	FE ¹	0,050
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	0	,0%	1	5,6%			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	4	4,9%	0	,0%			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	20	24,4%	9	50,0%			
	ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ _ ΤΕΙ	44	53,7%	7	38,9%			
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΑ	14	17,1%	1	5,6%			
	ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	0	,0%	0	,0%			
Επαγγελματική κατάσταση	ΑΝΕΡΓΟΣ	10	12,2%	3	16,7%	10,78	FE ¹	0,019
	ΟΙΚΙΑΚΑ	15	18,3%	3	16,7%			
	ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ	6	7,3%	6	33,3%			
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	27	32,9%	5	27,8%			
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	24	29,3%	1	5,6%			
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	0	,0%	0	,0%			
v3	ΝΑΙ	35	42,7%	6	33,3%	0,53	1	0,465
	ΟΧΙ	47	57,3%	12	66,7%			
v4	ΝΑΙ	48	58,5%	11	61,1%	0,04	1	0,841
	ΟΧΙ	34	41,5%	7	38,9%			
	ΚΕΝΟ ΛΟΓΩ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΑΠΑΝΤΗΣΗΣ	0	,0%	0	,0%			
Εαν όχι, προσπαθήσατε να θηλάσατε	ναι	2	100,0%	3	16,7%		FE ¹	0,053
	οχι	0	,0%	15	83,3%			
Το βρέφος μπήκε μονάδα	ναι	9	11,0%	0	,0%		FE ¹	0,357
	οχι	73	89,0%	18	100,0%			
Πως γεννήσατε	ΦΤ	46	56,1%	8	44,4%	0,81	1	0,369
	ΚΤ	36	43,9%	10	55,6%			

1. Fisher's exact

7. Μονοπαραγοντική ανάλυση στη σύγκριση μεταξύ των γυναικών που θήλασαν και των γυναικών που δεν θήλασαν στις ποσοτικές μεταβλητές

Οι μονοπαραγοντικές συσχετίσεις των ποσοτικών μεταβλητών και του θηλασμού παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η επιθυμία για θηλασμό ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στις γυναίκες που θηλάζουν τώρα σε σχέση με εκείνες που δεν θηλάζουν (5,0(1,0) προς 3,5(2,0) αντίστοιχα, $p=0,001$). Σύμφωνα με το επίπεδο σημαντικότητας σε $p<0,001$, καμία άλλη ποσοτική μεταβλητή δεν είχε σημαντική διαφορά στην κατανομή μεταξύ των γυναικών που θηλάζουν και εκείνων που δεν θηλάζουν. Ωστόσο, σε επίπεδο σημαντικότητας $p<0,05$, οι μεταβλητές σχετικά με το πόσο εύκολη εγκυμοσύνη είχαν οι γυναίκες και του οικογενειακού προσανατολισμού για ψυχαγωγική δραστηριότητα (FES) είχαν σημαντικά μεγαλύτερες τιμές στις γυναίκες που θήλαζαν. Αντίθετα, σημαντικά μεγαλύτερες τιμές παρουσιάστηκαν στις γυναίκες που δεν θηλάζουν στις μεταβλητές οικογενειακή εκφραστικότητα, παρορμητική εχθρότητα (HDHDQ) παρανοειδής εχθρότητα (HDHQ), εξωστρεφής εχθρότητα (HDHQ), σύνολο εχθρότητας, όπως μετρείται με το HDHQ.

Πίνακας 27. Μονοπαραγοντική ανάλυση, σύγκριση γυναικών που θήλαζαν-γυναικών που δεν θήλαζαν, κατηγορικές μεταβλητές.
- Κριτήριο: Mann-Whitney U

	Τελικά θηλάζετε				Mann-Whitney U	z	p
	ΝΑΙ		ΟΧΙ				
	Median	iqr	Median	iqr			
Πόσο εύκολη εγκυμοσύνη είχατε	4,5	1,0	4,0	2,0	519,00	-2,11	0,035
Πόσο επιθυμείτε να θηλάσετε	5,0	1,0	3,5	2,0	435,00	-3,26	0,001
Ηλικία	32,5	6,0	32,5	6,0	729,50	-,08	0,939
Πόσων μηνών είστε	9,0	1,0	9,0	,0	704,00	-,40	0,688
HDHQ_CO	7,0	3,0	7,0	2,0	645,00	-,85	0,397
HDHQ_AH	3,0	1,0	5,5	4,0	449,50	-2,64	0,008
HDHQ_PH	1,0	2,0	2,0	2,0	422,50	-2,96	0,003
HDHQ_SC	4,0	2,0	4,0	2,0	674,50	-,58	0,561
HDHQ_G	1,0	1,0	2,0	2,0	563,00	-1,63	0,103
HDHQ_EXOSTREFHS	11,0	4,0	14,5	7,0	431,00	-2,77	0,006
HDHQ_ENDOSTREFHS	5,0	2,0	5,5	4,0	707,00	-,28	0,779
HDHQ_TOTAL	16,0	6,0	21,0	8,0	475,50	-2,36	0,018
ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ	7,0	10,0	7,5	4,0	687,00	-,46	0,647
ΨΥΧΑΝΑΓΚΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ	6,5	9,0	8,0	6,0	714,00	-,22	0,829
ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ_ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	5,0	5,0	6,5	6,0	707,50	-,27	0,783
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	8,0	7,0	7,0	3,0	707,00	-,28	0,780
ΑΓΧΟΣ	3,0	4,0	5,5	6,0	591,00	-1,33	0,185
ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ	3,0	3,0	4,0	5,0	648,00	-,81	0,415
ΦΟΒΙΚΟ_ΑΓΧΟΣ	1,0	3,0	,0	2,0	671,50	-,63	0,527
ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΗΣ_ΙΔΕΑΣΜΟΣ	3,0	5,0	3,5	7,0	698,50	-,36	0,721
ΨΥΧΩΤΙΣΜΟΣ	3,0	2,0	3,0	8,0	736,50	-,01	0,989

FES_CO	7,0	1,0	8,0	1,0	685,00	-,11	0,908
FES_EX	6,0	1,0	7,0	2,0	394,50	-2,92	0,003
FES_CON	2,0	2,0	2,0	3,0	600,00	-,92	0,358
FES_IND	7,0	2,0	7,0	1,0	577,00	-1,16	0,245
FES_AO	6,0	2,0	6,0	2,0	683,00	-,13	0,894
FES_IRO	5,0	3,0	4,0	1,0	549,50	-1,39	0,163
FES_ARO	5,0	3,0	4,0	2,0	479,50	-2,05	0,040
FES_MRE	5,0	4,0	4,0	1,0	582,50	-1,07	0,283
FES_ORG	6,0	2,0	6,0	2,0	623,50	-,69	0,487
FES_CTL	5,0	2,0	5,0	2,0	675,50	-,20	0,838
F_COPEES_SOCIAL_SUPPORT	27,0	6,0	25,0	4,0	505,00	-1,79	0,074
F_COPEES_REFRAMING	31,5	6,0	33,0	6,0	572,00	-1,16	0,244
F_COPEES_SPIRITUAL_SUPPORT	14,0	4,0	13,0	4,0	509,00	-1,75	0,080
F_COPEES_ACCEPT_HELP	13,5	5,0	12,0	3,0	535,00	-1,51	0,131
F_COPEES_PASSIVE_APPRAISAL	11,0	4,0	13,0	6,0	622,50	-,70	0,486
F_COPEES_OVERALL	101,5	16,0	97,0	21,0	552,50	-1,34	0,180
SpREUK_TOTAL_SCORE	42,0	11,0	40,0	14,0	638,50	-,54	0,587
SpREUK_SEARCH_FOR_SUPPORT	11,0	7,0	14,0	6,0	673,00	-,22	0,823
SpREUK_TRUST_IN_HIGHER	14,0	4,0	15,0	7,0	572,00	-1,17	0,243
SpREUK_REFLECTION	16,0	5,0	15,0	6,0	502,00	-1,82	0,069
ANXIETY_STATE	40,5	14,0	44,0	21,0	620,00	-1,06	0,289
ANXIETY_TRAIT	38,5	12,0	40,0	16,0	698,50	-,35	0,723

8. Συζήτηση

Πριν σχολιάσουμε τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης και τα σχετίσουμε με αποτελέσματα παρόμοιων μελετών θεωρούμε σημαντικό να σημειώσουμε: α) σε τι δεν απαντάει η συγκεκριμένη μελέτη, και β) ποιοι είναι οι περιορισμοί της.

8.1. Οριοθετήσεις

Ευθύς εξ αρχής θα πρέπει να δηλώσουμε ότι τα πορίσματα της παρούσας μελέτης αφορούν τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των μητέρων που θήλασαν και των μητέρων που δεν θήλασαν στο συγκεκριμένο χωροχρόνο.

Το γεγονός αυτό δεν μας επιτρέπει να μιλήσουμε για αιτιώδη σχέση μεταξύ των συγκεκριμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και του γεγονότος του θηλασμού. Μια τέτοια προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο στο θηλασμό θα προσέκρουε σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία, με σημαντικότερα τον ιδιαίτερα μικρό αριθμό του δείγματος και την αξιολόγηση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των συγκεκριμένων γυναικών πριν την εγκυμοσύνη, μια και η εγκυμοσύνη είναι μια ιδιαίτερα ευαίσθητη και μεταβατική περίοδο στη ζωή της κάθε γυναίκας και πιθανόν πολλά ψυχολογικά χαρακτηριστικά να μεταβάλλονται.

8.2. Τα χαρακτηριστικά των γυναικών που θήλασαν και κείνων που δεν θήλασαν

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η απόφαση της μητέρας για το αν θα θηλάσει ή όχι το βρέφος της εξαρτάται από πολλούς κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση ορισμένων ψυχολογικών παραμέτρων (ψυχοπαθολογία, επιθετικότητα, άγχος, πνευματικότητα και οικογενειακό περιβάλλον) γυναικών που θήλασαν και γυναικών που δεν θήλασαν.

Στην μελέτη βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του θηλασμού και του τόπου διαμονής. Οι γυναίκες που αποφάσισαν να θηλάσουν, κατοικούν σε χωριό-κωμόπολη σε ποσοστό 52,4%, ενώ σε πόλεις με κατοίκους πάνω από 150.000 το 35.4%.

Η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού της γυναίκας φάνηκε ότι είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι το 87,2% των γυναικών είχαν θηλάσει το πρώτο

τους παιδι. Απ' αυτές τις γυναίκες θήλασαν το 97,0% και το επόμενο παιδί τους($p<0,001$). Η ίδια σημαντική συσχέτιση ($p<0,001$) βρέθηκε μεταξύ της προηγούμενης εμπειρίας θηλασμού και στην έρευνα του Kronborg το 2004. Σε έρευνα που έγινε για τον ρόλο της προσωπικότητας στον μητρικό θηλασμό έδειξε ότι το 95% από τις μητέρες που οι ίδιες θηλάσανε επέλεξαν να θηλάσουν ξανά, ενώ απ' αυτές που δεν θήλασαν μόνο το 50.9% επέλεξαν να θηλάσουν. Το ίδιο βρέθηκε ότι ισχύει και για τους πατέρες (Wagner 2006). Στην Ελλάδα η εθνική μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τον μητρικό θηλασμό έδειξε επίσης ότι η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού επηρεάζει σημαντικά την απόφαση των γυναικών στο να θηλάσουν ξανά. Είναι αρκετά πιθανό με τη γέννηση του νέου παιδιού να συνεχίζουν να υπάρχουν οι λόγοι που οδήγησαν στο θηλασμό του προηγούμενου βρέφους. Επίσης η μητέρα που έχει βιώσει το θηλασμό, πιθανόν να γνωρίζει τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, έχει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και πρακτική γνώση της διαδικασίας του θηλασμού. Η έλλειψη προηγούμενης εμπειρίας μητρικού θηλασμού είναι παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά και την διάρκεια του μητρικού θηλασμού (Ladomenou 2007).

Επιπλέον βρέθηκε ότι από τις έγκυες που έλαβαν μέρος, το 86% αυτών είχαν θηλάσει και οι ίδιες. Απ' αυτές που είχαν θηλάσει, αποφάσισαν να θηλάσουν το βρέφος τους το 86,6%. Σε έρευνα που έγινε από τον Brodrribb το 2008 βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν εμπειρία θηλασμού έχοντας θηλάσει οι ίδιες, είχαν πιο θετική στάση, ήταν πιο σίγουρες και πιο αποτελεσματικές όσον αφορά το θηλασμό. Αντίθετα, οι γυναίκες χωρίς προσωπική εμπειρία θηλασμού είχαν λιγότερες γνώσεις για το θηλασμό και πιο επιφυλακτική στάση. Η προσωπική εμπειρία θηλασμού προφανώς δεν εγγυάται από μόνη της την καλύτερη στάση και γνώση σε θέματα θηλασμού αλλά όπως φαίνεται βελτιώνει την θετική στάση απέναντι στον θηλασμό και την αυτοπεποίθηση με αποτέλεσμα οι γυναίκες να θηλάζουν πιο εύκολα. Η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού και η πρόθεση της μητέρας προγεννητικά στο να θηλάσει το μωρό της, βρέθηκε στην εθνική μελέτη θηλασμού ότι αποτελούν προγνωστικούς δείκτες της έναρξης, της συνέχισης του αποκλειστικού θηλασμού και του θηλασμού γενικά.

Η πρόθεση και επιθυμία της γυναίκας προγεννητικά στο να θηλάσει παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση του μητρικού θηλασμού, κάτι που διαφαίνεται στην έρευνά μας ως στατιστικά σημαντικό ($p<0,001$). Το ίδιο έδειξαν και έρευνες όπου οι γυναίκες που προγεννητικά δήλωσαν πρόθεση να θηλάσουν αποκλειστικά ήταν πιο πιθανό να θηλάσουν σε σχέση με τις γυναίκες που δεν σκόπευαν να θηλάσουν($p<0,001$) (Kronborg 2004, Tenfelde 2011). Από μελέτη που έγινε στην Ελλάδα προέκυψε ότι όταν η μητέρα είχε αποφασίσει πριν γεννηθεί το μωρό της ότι δε θα θηλάσει, σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις συνέβη αυτό και τα επίπεδα του αποκλειστικού θηλασμού τον 1ο μήνα, αλλά και του θηλασμού τον 3ο και 6ο μήνα

ήταν σχεδόν μηδενικά. Αντιθέτως, 23% των γυναικών που δήλωσαν θετική πρόθεση θηλασμού, θήλαζαν αποκλειστικά τον 1ο μήνα, 44% θήλαζαν τον 3ο και 24% τον 6ο μήνα. Το ίδιο βρέθηκε και από τον Ahluwalia το 2005 όπου γυναίκες που σκόπευαν να θηλάσουν ήταν πιο πιθανό να θηλάσουν και να συνεχίσουν τον θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα σε σχέση με αυτές που δεν σκόπευαν. Σε έρευνα που έγινε στην Αυστραλία, το 2004, βρέθηκε ότι οι γυναίκες που σκόπευαν να θηλάσουν για λιγότερο από 6 μήνες, ήταν 2.4 φορές πιο πιθανό να σταματήσουν τον μητρικό θηλασμό σε σχέση με τις μητέρες που σκόπευαν να θηλάσουν πάνω από 12 μήνες (J Hum Lact 2004).

Το επίπεδο της εκπαίδευσης της μητέρας έχει επίσης συσχετιστεί θετικά με το μητρικό θηλασμό στις περισσότερες μελέτες και βρέθηκε παρόμοια συσχέτιση στο δείγμα αυτής της μελέτης. Οι γυναίκες με πανεπιστημιακή-τεχνολογική εκπαίδευση μαζί με τις γυναίκες με μεταπτυχιακές σπουδές αποτελούν το 70,8% του συνόλου των γυναικών που θηλάζουν στη μελέτη μας. Το ίδιο βρέθηκε και στην εθνική μελέτη καθώς και σε άλλες μελέτες (Celi 2005, Ladomenou 2007, Kehler 2009, Kronborg 2004). Η αυξημένη εκπαίδευση της μητέρας πιθανόν να αντανakλά καλύτερη γνώση για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού, για το βρέφος και για την μητέρα, αλλά πιθανότατα να συνδέεται και με καλύτερο οικονομικό επίπεδο των γυναικών αυτών. Συμφωνούν και τα αποτελέσματα έρευνας ότι οι γυναίκες που θηλάσανε ήταν υψηλότερου κοινωνικοοικονομικού status όπως προσδιορίζεται από το Hollingshead score δηλαδή ο γάμος η καλύτερη εκπαίδευση και οι λευκές γυναίκες (Wagner 2006)

Το φύλο του παιδιού και η σειρά γέννησης του παιδιού στην οικογένεια στη μελέτη μας, έδειξε ότι από τα κορίτσια, το 57,6% αυτών έχουν θηλάσει ενώ από τα αγόρια δεν θήλασαν το 83,3% αυτών. Μία μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες που γέννησαν αγόρια είχαν υψηλότερο κίνδυνο για καταθλιπτική συμπτωματολογία 5 ημέρες μετά τον τοκετό (Sylvén 2011). Μελέτες δεν έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ του φύλου του παιδιού και του μητρικού θηλασμού.

Η ηλικία της μητέρας εμφανίστηκε ως μη αποφασιστικός παράγοντας του μητρικού θηλασμού στην μελέτη μας κάτι που συμπίπτει με το αποτέλεσμα και της εθνικής μελέτης.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι στην μελέτη αποτελούν το 29,3% των γυναικών που θηλάζουν, ενώ οι αυτοαποσχολούμενες αποτελούν το 33,3% των γυναικών που δεν θηλάζουν. Οι γυναίκες που δήλωσαν ως επάγγελμα άνεργος, οικιακά, στο σύνολο 25 άτομα, θήλασαν οι 19 απ' αυτές και οι 6 απ' αυτές δεν θήλασαν. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι γυναίκες που είναι στο σπίτι τους είτε γιατί έχουν άδεια λοχείας, είτε γιατί δεν δουλεύουν, θηλάζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με αυτές που δουλεύουν ή που δεν έχουν αρκετές ημέρες άδεια. Μελέτες έχουν δείξει ότι η επιστροφή στην εργασία είναι ένας σημαντικός παράγοντας

διακοπής του θηλασμού (Ahluwalia 2005, Haughton 2010, Scott 2006). Οι εργαζόμενες γυναίκες είναι συνήθως πλέον μορφωμένες και έτσι είναι πιθανόν να είναι ενήμερες όσο αφορά το θηλασμό μέσω προγραμμάτων προώθησης του θηλασμού ή ίσως περισσότερες από αυτές τις εργαζόμενες γυναίκες να είναι μερικής απασχόλησης, ένας παράγοντας που έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται θετικά με την έναρξη του θηλασμού και συνέχιση του θηλασμού.

Παρατηρούμε επίσης ότι οι γυναίκες που θηλάζουν έχουν υψηλότερες τιμές διάμεσου από τις γυναίκες που δεν θηλάζουν στην υποκλίμακα κοινωνικής υποστήριξης, αποδοχής υποστήριξης, πνευματικής υποστήριξης της Κλίμακας Μέτρησης της Κρίσης στην Οικογένεια. Έχει ειπωθεί ότι η προώθηση και υποστήριξη του θηλασμού εξαρτώνται καταρχήν από το οικογενειακό αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, καθώς και από τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση και διατήρηση του θηλασμού μετά την έξοδο της μητέρας από το μαιευτήριο (Bass & Groer, 1997, Dyson et al 2005, Kambale 2011, Kehler 2009, Falceto et al. 2004, Barreira 2004, Arora 2000, Kehler 2009, Paine 2001, Scott Binns 1999). Οι μητέρες που έχουν κοινωνικό περιβάλλον που τις υποστηρίζει και το εμπιστεύονται παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θηλασμού διότι ενθαρρύνονται και ξεπερνούν πιθανά προβλήματα θηλασμού. Ιδίως αν ο σύντροφος ενεργά υποστηρίζει την γυναίκα, τείνει η γυναίκα να θηλάσει και να συνεχίσει τον θηλασμό.

Παρατηρούμε ότι στις κλίμακες άγχος-κατάσταση και άγχος-χαρακτηριστικό προσωπικότητας οι γυναίκες που δεν θηλάζουν παρουσιάζουν μεγαλύτερη τιμή άγχους εκείνη τη στιγμή, και έχουν το άγχος ως στοιχείο της προσωπικότητάς τους σε σχέση με αυτές που θηλάζουν. Αυτό παρατηρήθηκε και σε έρευνα όπου άτομα με υψηλό άγχος ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάσουν (Britton 2007, Dennis 2002, Roux 2002). Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι τα χαμηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού (Kehler 2009, O'Brien 2009, Papinczak 2000). Άλλη μελέτη ανέφερε ότι οι γυναίκες με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης έχουν επιπλέον κίνδυνο να εμφανίσουν άγχος και κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Ystrom 2012, Zanardo 2009). Το άγχος και η κατάθλιψη μετά τον τοκετό μπορεί να οδηγήσει σε αισθήματα χαμηλής αυτοεκτίμησης, χαμηλής αυτοπεποίθησης, σε μειωμένη εμπιστοσύνη στα οφέλη του θηλασμού και στις επιδόσεις της γυναίκας. Η γυναίκα έτσι εκδηλώνει μεγαλύτερη ανησυχία, δημιουργεί μια υπερβολική αντίληψη των δυσκολιών του θηλασμού και σταματάει πιο εύκολα και πιο σύντομα τον θηλασμό. Επίσης το άγχος είναι αρνητικός παράγοντας της παραγωγής γάλακτος (Zanardo 2001) και επηρεάζει το αντανάκλαστικό εκροής του γάλακτος (Newton Newton 1948). Σε έρευνα αναφέρεται ότι αυτές που θήλασαν είχαν μέση τιμή υψηλότερη σε σχέση με αυτές που δεν θήλασαν στο νευρωτισμό (Wagner 2006).

Παρατηρούμε ακόμη ότι στην κλίμακα παρορμητική επιθετικότητα, παρανοειδής επιθετικότητα, εξωστρέφεια και επιθετικότητα στο σύνολο, οι γυναίκες που δεν θηλάζουν παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές από τις γυναίκες που θηλάζουν. Έρευνα που μελέτησε τον ρόλο της προσωπικότητας των γυναικών σε σχέση με το μητρικό θηλασμό έδειξε ότι οι γυναίκες διαφέρουν στην εξωστρέφεια και την διαφάνεια. Βρέθηκε ότι οι γυναίκες που θηλάζουν είναι πιο εξωστρεφής και χαρούμενες σε σχέση με τις γυναίκες που δεν θηλάζουν ενώ αντίθετα, οι γυναίκες που ήταν σκεπτικές, λιγότερο ανοιχτές στην αλλαγή και περισσότερο εσωστρεφής ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάζουν (Wagner 2006).

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την έρευνα συμπεραίνεται ότι παράγοντες ψυχοκοινωνικοί επηρεάζουν την απόφαση της γυναίκας όσον αφορά τον θηλασμό αλλά και την διάρκειά του. Η κατανόηση των λόγων για την μη έναρξη και διακοπή του θηλασμού, είναι θεμελιώδους σημασίας για να αυξηθούν τα ποσοστά του θηλασμού αλλά και να αυξηθεί η διάρκειά του.

Η έρευνα έδειξε ότι οι γυναίκες που έχουν πρόθεση να θηλάσουν, θηλάζουν ξανά παρά το ότι δεν υπάρχει κουλτούρα όσον αφορά τον θηλασμό και υποστηρικτικό περιβάλλον. Προγράμματα αγωγής υγείας και παρεμβάσεις σε πληθυσμιακές ομάδες θα πρέπει να στοχεύουν στην αλλαγή στάσεων και αντιλήψεων σε σχέση με το θηλασμό (Μανιάτη 2010).

Φαίνεται από την έρευνα ότι για ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών παίζει σημαντικό ρόλο η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Είναι επιτακτική η ανάγκη λοιπόν της προγεννητικής εκπαίδευσης και της εκπαίδευσης μετά τον τοκετό στον θηλασμό, διότι είναι το πιο αποτελεσματικό μέσο για την επίτευξη της επιτυχίας του θηλασμού.

Επαρκείς παρεμβάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και μετά τον τοκετό θα βοηθήσει τις γυναίκες στο να καταστεί η βέλτιστη επιλογή διατροφής για τους ίδιους και τα παιδιά τους. Έτσι, θα λέγαμε ότι οι μητέρες με προγεννητική διαταραχή της διάθεσης μπορεί να ωφεληθούν από την ενίσχυση της προγεννητικής και περιγεννητικής εκπαίδευσης, υποστήριξης στο θηλασμό, σε συνδυασμό με τις παρεμβάσεις ψυχικής υγείας, αν είναι απαραίτητο. Λαμβάνοντας υπόψη τις σχετικά λίγες αντενδείξεις για το θηλασμό του βρέφους και τα πιθανά οφέλη για την υγεία της μητέρας και του παιδιού, νομίζω ότι αυτή η ενισχυμένη υποστήριξη και εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες με διαταραχές της διάθεσης προγεννητικά, να αποκτήσουν τις δεξιότητες και να θηλάσουν. Αυτή η ενισχυμένη υποστήριξη μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για τις γυναίκες με διαταραχές της διάθεσης προγεννητικά διότι έχουν αυξημένο κίνδυνο να αποτύχει ο θηλασμός.

Ως εκ τούτου, εκπαιδευτικά προγράμματα που εξετάζουν κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πολιτιστικούς παράγοντες, την νοοτροπία των γυναικών, καθώς και την προσωπικότητα και τα χαρακτηριστικά της μητέρας, σχετικά με την απόφασή της να θηλάσει, είναι πιθανό να είναι πιο επιτυχημένα από εκπαιδευτικά μοντέλα που δεν λαμβάνουν υπόψη όλα τα παραπάνω. Προγράμματα που χρησιμοποιούν οι κοινότητες και παρέχονται μέσω των Κέντρων Υγείας, εντός παρόμοιων κοινωνικών δικτύων, έχει αποδειχθεί ότι είναι η πιο επιτυχημένη μέθοδος, επειδή τα άτομα αυτά γίνονται αντιληπτά ως παρόμοιες μονάδες και έτσι αποκτούν

πρόσβαση και αξιοπιστία σε γυναίκες που είναι σκεπτικές και λιγότερο ανοιχτές για να αλλάξουν.

Εκπαιδευτικά προγράμματα που στοχεύουν όχι μόνο στη μητέρα, αλλά και στο σύστημα υποστήριξης, πιθανόν να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην αύξηση των ποσοστών θηλασμού. Ίσως απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθεί ο ρόλος των πατέρων στην προγεννητική εκπαίδευση.

Η ανάγκη εντατικοποίησης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, συγκεκριμένα των μαιών, γυναικολόγων και παιδιάτρων, σε θέματα όπως τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και η εξειδικευμένη βοήθεια που χρειάζεται η θηλάζουσα μητέρα είναι άμεση. Το 30% των γυναικών που ρωτήθηκαν δήλωσαν ότι σταμάτησαν να θηλάζουν λόγω ανεπαρκούς γάλακτος. Αυτό καταδεικνύει την απουσία στοιχειώδους πληροφόρησης της μητέρας από τους επαγγελματίες υγείας για τη φυσιολογία της γαλουχίας. Είναι βαθιά ριζωμένη η πεποίθηση ότι δεν έχω γάλα. Στην πραγματικότητα, είτε πρόκειται για τη φυσιολογική σταδιακή αύξηση του γάλακτος τις πρώτες ημέρες του θηλασμού, είτε πρόκειται για μείωση της ποσότητας του γάλακτος, για την οποία υπεύθυνη είναι η μη τοποθέτηση του μωρού στο στήθος για να θηλάσει σε τακτά διαστήματα ή η εισαγωγή συμπληρωματικά στη διατροφή του νεογνού του τροποποιημένου γάλακτος αγελάδας.

Είναι σημαντικό κατά την διάρκεια παραμονής στο μαιευτήριο να εντοπιστούν από τους επαγγελματίες υγείας οι «αυξημένου κινδύνου» μητέρες για πρόωμη διακοπή του θηλασμού και ενίσχυση της υποστήριξης σε αυτές. Ο θηλασμός δεν διακόπτεται μόνο εντός νοσοκομείου αλλά πολλές μητέρες σταματούν να θηλάζουν μετά την έξοδό τους από αυτό. Είναι σημαντικό να δίδεται στις μητέρες κάποια προοπτική βοήθειας για το επόμενο διάστημα, είτε μέσω επικοινωνίας με ομάδες υποστήριξης του θηλασμού του ίδιου του νοσοκομείου, είτε μέσω των κέντρων Υγείας με επισκέψεις κατ' οίκον επαγγελματιών, είτε με άλλους συνδέσμους υποστήριξης του θηλασμού που υπάρχουν στην Ελλάδα. Βέβαια όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν την συνεργασία του νοσοκομείου με τις μητέρες, με τα Κέντρα Υγείας και τις ομάδες υποστήριξης όσον αφορά την παροχή πληροφοριών για τις μητέρες και τα νεογνά τους.

Άλλη αιτία διακοπής του θηλασμού είναι η επιστροφή στην εργασία, γεγονός που για κάποιες γυναίκες ισοδυναμεί με αδυναμία συνέχισης του θηλασμού. Πολιτικές και πρακτικές στο χώρο εργασίας για την υποστήριξη και προώθηση του θηλασμού θεωρούνται σημαντικές. Είναι απαραίτητο κάθε εργαζόμενη θηλάζουσα μητέρα να δικαιούται επαρκή άδεια θηλασμού και όταν επιστρέφει στην εργασία να της δίνεται η δυνατότητα να συνεχίζει να θηλάζει, είτε με την ύπαρξη ευέλικτου ωραρίου, είτε με τη δυνατότητα να εξάγει το γάλα της στον εργασιακό χώρο. Οι μητέρες θα πρέπει να ενθαρρύνονται να αρχίσουν την άντληση και την

αποθήκευση του μητρικού γάλακτος όταν έχει εγκατασταθεί ο θηλασμός και πριν επιστρέψουν στην εργασία τους.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας δείχνουν τη σημασία των προγεννητικών και περιγεννητικών προγραμμάτων υποστήριξης για να βοηθήσουν τις γυναίκες να ενημερωθούν και να ξεπεράσουν τυχόν εμπόδια στο θηλασμό. Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο θέμα όπου για την βελτίωση των ποσοστών έναρξης, διάρκειας και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού απαιτείται η εφαρμογή πολυδιάστατων παρεμβάσεων.

Βιβλιογραφία

1. Abou-Saleh MT, Ghubash R, Karim L, Krymski M, Bhai I. (1998). Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*. 23(5):465– 475
2. Adams A.(1959) Choice of infant feeding technique as a function of maternal personality. *J Consult Clin Psychol*23: 143-146.
3. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. (2005).Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*. Dec;116(6): 1408-12.
4. Ahluwalia IB, Tessaro I, Grummer-Strawn LM, MacGowan C, Benton-Davis S. (2000).Georgia's breastfeeding promotion program for low-income women. *Pediatrics*. 105 (6)
5. Akman I, Kuscu MK, Yurdakul Z, Ozdemir N, Solakoğlu M, Orhon L, Karabekiroğlu A, Ozek E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *J Paediatr Child Health*. Jun;44(6):369-73.
6. Anderson, A.K., Damio G., Himmelgreen D.A., Peng Y., Segura-Perez S.,Perez-Escamilla R. (2004). Social capital, acculturation, and breastfeeding initiation among Puerto Rican Women in the United States. *Journal of Human Lactation* 20(1).
7. Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H. et Figueiredo E. (1996). Correlates of postnatal Depression in Mothers and Fathers. *British Journal of Psychiatry*. 169, 36-41.
8. Arifeen S et al. (2001). Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4):e67–74.
9. Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P.(2000). Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. *Pediatrics* 106:E67
10. Baranowski T, Rassin D, Richardson C, Brown J, Bee D.(1986) .Attitudes toward breastfeeding. *J Dev Behav Pediat*. 7:367-372.
11. Barnes JL, Stein A, Smith T, Pollock J. (1997) .Extreme attitudes to body shape, social and psychological factors and a reluctance to breast feed. *J Royal Soc Med*. 90:551-559.
12. Barreira SMC, Machado MFAS (2004) .Amamentação: compreendendo a influência do familiar. *Acta Sci Health Sci*; 26:11-20.
13. Bass SM, Groer MW.(1997) Relationship of breastfeeding and formula-feeding practices with infanthealth outcomes in an urban poor population. *J Perinat Neonatal Nurs* 11(2):1-9.
14. Berens PD.(2001). Prenatal, intrapartum, and postpartum support of the lactating mother. *Pediatr Clin North Am*48(2):365–375.
15. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM.(2002). Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 29 (4):278– 284

16. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, et al.(2004) Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.*; 20 (1):30– 38
17. Boyd RC, Zayas LH, McKee MD.(2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Matern Child Health J* 10: 139-48.
18. Britton JR, Britton HL.(2008)Maternal self-concept and breastfeeding.*J Hum Lact.* Nov; 24(4): 431-8
19. Britton JR.(2007). Postpartum anxiety and breast feeding.*J Reprod Med* Aug.52 (8): 689-95.
20. Broadfoot, M. (1995). Economic consequences of breastfeeding for less than three months. *New Generation Digest*, December, 5
21. Bronner Y, Barber T, Miele L.(2001). Breastfeeding peer counseling: rationale for the National WIC survey. *J Hum Lact.* 17: 135-139.
22. Brown CA, Poag S, Kasprzycki C.(2001) **Exploring large employers’ and small employers knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace.** *J Hum Lact*; 17(1):39-46.
23. Brown F, Chase J, Winson J.(1961). Comparison of Rorschach determinants of accepters and rejecters of breast feeding. *J Proj Techn.* 25: 412-421.
24. Brown F, Lieberman J, Winston J, Pleshette N.(1960).Studies in choice of infant feeding by primiparas, part I: attitudinal factors and extraneous influences. *Psychosom Med.* 22: 421-429.
25. Bryant CA, Coreil J, D'Angelo SL, Bailey DF, Lazarov M.(1992)A strategy for promoting breastfeeding among economically disadvantaged women and adolescents. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs.* 3: 723– 730
26. Burtlehaus MJ, Smith LA, Sheps SB, et al.(1997). Physicians and breastfeeding: beliefs, knowledge, self-efficacy and counselling practices. *Can J Public Health* 88: 383-7.
27. Call J.(1959)Emotional factors favoring successful breast feeding of infants.*J Pediatr.*;55: 485-496.
28. Celi AC, Rich-Edwards JW, Richardson MK, Kleinman KP, Gillman MW. (2005).Immigration, race/ethnicity, and social and economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 159:255–60.
29. Chaudron LH, Klein MH, Remington P, Palta M, Allen C, Essex MJ.(2001). Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 22 (2):103– 112
30. Chiu, WC., Liao, HF., Chang, PJ., Chen, PC., Chen, YC. (2011). Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. *Paediatr. Perinat. Epidemiol.* 25 (6): 519-27.
31. Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease.*Lancet*, 360: 187-195.

32. Counsilman J, Mackay E, Copeland R.(1983). Bivariate analyses of attitudes towards breast-feeding. *Aust NZ Obstet Gynaec.* 23:208-215.
33. Creedy DK, Dennis CL, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. (2003).Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample. *Res Nurs Health.* 26 (2):143– 152
34. Creedy DK, Dennis CL, Blyth R, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. (2003)Psychometric characteristics of the breastfeeding self-efficacy scale: data from an Australian sample.*Res Nurs Health.* Apr;26(2):143-52.
35. Cruz EBS, Simões GL, Faisal-Cury A.(2005). Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Ginecol Obstet* 27:181-8.
36. Dai X, Dennis CL. Translation and validation of the Breastfeeding Self-efficacy Scale into Chinese. *J Midwifery Womens Health.*2003;48 (5):350– 356
37. De Chateau, P., Holmberg, H., Jakobsson, K., & Winberg, J. (1977). A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 19, 575–84.
38. De Silva, M. J., & Harpham, T. (2007). Maternal social capital and childnutritional status in four developing countries. *Health & Place*, 13, 341-
39. Dennis CL(1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *J Hum Lact.*;15 (3):195– 201
40. Dennis CL, Janssen PA, Singer J.(2004). Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period. *Acta Psychiatr Scand.* 110 (5):338– 346
41. Dennis CL, McQueen K. T (2009) he Relationship Between Infant-Feeding Outcomes and Postpartum Depression: *A Qualitative Systematic Review Pediatrics.* Apr;123(4):e736-51.
42. Dennis CL, McQueen K.(2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 96 (4):590– 594
43. Dennis CL. (2002).Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 31:12-32.
44. Dennis CL.(2003).The breastfeeding self-efficacy scale: psychometric assessment of the short form. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 32(6):734– 744
45. Dewey, KI., Heining, MJ, Nommsen, LA. (1993). Maternal weight-losspatterns during prolonged lactation. *Am.J.Clin.Nutr.* 58:162-166
46. Drago – Carabotta D., Παναγόπουλος Π., Laganara R., Maggino T., Alessi C. *Οι παραστάσεις και οι αντιλήψεις της επιτόκου στον τοκετό – γέννηση. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία* 1997. 9(2):155-162
47. Duckett L, Henly S, Avery M, Potter S, Hills-Bonczyk S, Hulden R, Savik K. (1998).A theory of planned behavior-based structural model for breast-feeding. *Nurs Res* 47(6):325-336.

48. Dyson, L., Renfrew, M., McFadden, A., McCormick, F., Herbert, G., & Thomas, J. (2005). *Promotion of breastfeeding initiation and duration*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
49. Edhborg M, Friberg M, Lundh W, Widstrom A. (2005) "Struggling with life": narratives from women with signs of postpartum depression. *Scand J Public Health*.; 33 (4): 261– 26
50. Edmond, K.M., Zandoh C., Quigley M.A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei S., Kirkwood B.R. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 117(3): e380-6.
51. Ekström A, Nissen E. (2006) A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care. *Pediatrics*. Aug; 118(2): e309-14.
52. Ekström A, Widström A, Nissen E. (2003) Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*.; 19 : 172– 178
53. Entwisle D, Doering S, Reilly T. (1982) Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: a replication and extension. *Am J Orthopsychiat*; 52: 244-260.
54. Ertem IO, Votto N, Leventhal JM. (2001). The timing and predictors of the early termination of breastfeeding. *Pediatrics* 107(3): 543–548
55. Evins G., Theofrastous J.P., Galvin S.L. (2000). Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 182(5): 1080-2000
56. Fairlie TG, Gillman MW, Rich-Edwards J. (2009) High pregnancy-related anxiety and prenatal depressive symptoms as predictors of intention to breastfeed and breastfeeding initiation *J Womens Health (Larchmt)*. Jul; 18(7): 945-53.
57. Falceto OG, Giugliani ER, Fernandes CL. (2004). Influence of parental mental health on early termination of breast-feeding: a case-control study. *J Am Board Fam Pract* 17: 173-83
58. Fergusson, D.M., Woodward L.J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 13, 144-157.
59. Fogh A, Hallgren KH, Salter A, et al. *Ammeundersøgelse år 2000–2002* [Breastfeeding survey 2000-2002]. Vejle: Fagligt forum for Amtssundhedsplejersker m.fl., 2003. ISBN 87-7750-780-0.)
60. Forste R, Weiss J, Lippincott E. (2001) The decision to breastfeed in the United States: does race matter? *Pediatrics*; 108(2): 291-296.
61. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. (2006). Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J* 12: 1-18.
62. Freed GL, Clark SJ, Lohr JA, Sorenson JR. (1995) Pediatrician involvement in breast-feeding promotion: a national study of residents and practitioners. *Pediatrics*; 96: 490-4.

63. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess* (Summ). 119):1– 8.
64. Gdalevich, M., Mimouni, D., Mimouni, M. (2001). Breast-feeding and the risk of bronchiak asthma in childhood: a systematic review with metaanalysis of prospective studies. *J.Pediatr.* 139 (2): 261-6.
65. Goldman AS, Chheda S, Garofalo R.(1998). Evolution of immunologic functions of the mammary gland and the postnatal development of immunity. *Pediatr Res* 43(2):155-162.
66. Golub S.(1978). *The decision to breastfeed: personality and experiential influences*. *Psychology*. 15:17-27.
67. Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatsas, G. & Christodoulou, G. N. (2008) A 6-month study of postpartum depression and related factors in Athens Greece. *Comprehensive Psychiatry* 49 , 275–282
68. Gouva M., Konstanti, Z., Paschou, A., Dragioti, E., Kotrotsiou, E. & Koulouras V. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the F-COPES, *Interscientific health care*, (accepted).
69. Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. (2012). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK, *Interscientific health care*, (accepted).
70. Groer MW.(2005).Differences between exclusive breastfeeders, formula-feeders, and controls: a study of stress, mood, and endocrine variables.*Biol Res Nurs.* 7 (2):106– 117.
71. Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K, et al. (2002). *Infant feeding 2000*. London: The Stationary Office; The Department of Health.).
72. Hankin BL, Fraley RC, Abela JR.(2005).Daily depression and cognitions about stress: evidence for a traitlike depressogenic cognitive style and the prediction of depressive symptoms in a prospective daily diary study. *J Pers Soc Psychol.* 88 (4):673– 685
73. Harpham, T., Grand, E., Thomas, E., (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning* 17(1):106-111
74. Harris N.D., Deaty I.J., Harris M.B., Lees M.M., Wilson J.A.(1997). Peripartal cognitive impairment: Secondary to depression? *British Journal of Health psychology*, 1: 127-136
75. Hart S, Field T, Nearing G.(1998).Depressed mothers' neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *J Pediatr Psychol.* 23 (6):351– 356
Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the "Best Start" breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med.*1996;150 :868– 871
76. Hatton DC, Harrison-Hohner J, Coste S, Dorato V, Curet LB, McCarron DA.(2005) Symptoms of postpartum depression and breastfeeding. *J Hum Lact.*; 21 (4):444-454

77. Heck, KE., Braveman, P., Cubbin, C., Chavez CF., Kiely, JL., (2006). Socioeconomic status and breastfeeding initiation among Californiamothers. *Public Health Rep.* 121(1): 51-9.
78. Henderson JJ, Evans SF, Straton JA, Priest SR, Hagan R. (2003). Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth.* 30 :175– 183
79. Henshaw C.(2003)Mood disturbance in the early puerperium: a review. Arch Womens Ment.*Health*; 6:S33-S42.
80. Howie, P.W. (2002). *Protective effect of breastfeeding against infection*.BMJ 503: 141-147.
81. Humphreys A, Thompson N, Miner K.(1998).Intention to breastfeed in lowincome pregnant women: the role of social support and previous experience. *Birth.* 25:169-174.
82. Hwang WJ, Chung WJ, Kang DR, Suh MH.J(2006) *Prev Med Public Health.* Jan; 39(1):74-80.
83. influencing factors. *Can J Public Health.* 72:323-330.
84. Jacobson SW, Jacobson JL, Frye KF.(1991).Incidence and correlates of breast-feeding in socioeconomically disadvantaged women. *Pediatrics.* 88: 728– 736
85. Jones D. (1986).Attitudes of breastfeeding mothers: a survey of 649 mothers.*Soc Sci Med.* 23:1151-1156.
86. Kambale MJ. (2011) Social determinants of breastfeeding in Italy.*Afr Health Sci.* Sep; 11(3):508-17.
- Kehler HL, Chaput KH, Tough SC.(2009). Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Can J Public Health* Sep-Oct; 100(5): 376-80.
87. Kennedy, KI., Lobbok, MH., Van Look, PF. (1996). Lactational amenorrhea method for family planning. *Int.J.Gynaecol.Obstet.* 54: 55-57
88. Kim SH. (2010) [Factors affecting mother's adaptation to breastfeeding].J Korean *Acad Nurs.* Apr; 40(2):225-35. Korean.
89. Klaus, M. (1998). Mother and infant: early emotional ties. *Paediatrics,*
90. Kramer MS, Kakuma R.(2004)The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Adv Exp Med Biol* :55463-77
91. Kramer, MS., Kakuna, R. (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, World Health Organization Klaus, M. (1998). Mother and infant: early emotional ties. *Paediatrics*,108:1244-1246.
92. Kronborg H, Vaeth M. (2004) . The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.*Scand J Public Health.* 32(3):210-6.
93. La Leche League International. Πακέτο 28 ενημερωτικών φυλλαδίων. *Μητρικός Θηλασμός. Σύνδεσμος Θηλασμού Ελλάδος*
94. Lobbok, MH. (2001). Effects on breastfeeding on the mother. *Pediatr. Clin. North Am.* 48: 143-158.
95. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding.*Acta Paediatr* Oct; 96(10):1441-4. Epub 2007 Sep 10.

96. Lande B, Andersen LF, Baerug A, et al.(2003).Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 92:152-61
97. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S.(1997). Postnatal depression and elation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry*. 171 :550– 555
98. Lawrence R. (1986). Toward understanding maternal choices for infant feeding. *J Dev Behav Pediat*. 7:373-376.
99. Lawson K, Tulloch MI.(1995).Breastfeeding duration: prenatal intentions and postnatal practices. *J Adv Nurs*. 22 :841–849
100. Lee HJ, Rubio MR, Elo IT, McCollum KF, Chung EK, Culhane JF. (2005). Factors associated with intention to breastfeed among low-income, inner-city pregnant women. *Matern Child Health J* 9:253-61.
101. Leon-Cava, N., Lutter, C., Ross, J. Martin, L. (2002). *Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence*. Pan American Health Organization, Washington DC.
102. Li R, Darling N, Maurice E, et al.(2005).Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 115:e31-7.
103. Liakos, A. (1977). *Relations between Anxiety and Hostility in Psychotic Depression. Associate Professorship Thesis*. University of Athens. Greece.
104. Liakos, A., Markidis, M., Kokkevi, A. & Stefanis, C. (1977). The relation of Anxiety to Hostility and Frustration in neurotic patients. In Spielberger, C.D. & Sarason, I.G. (Eds). *Stress and Anxiety* (Vol. 4). Washington: Hemisphere.
105. Lindenberger JH, Bryant CA. (2000).Promoting breastfeeding in the WIC program: a social marketing case study. *Am J Health Behav*. 24 :53– 60
106. Long D, Funk-Archuleta M, Geiger C, Mozar A, Heins J.(1995). Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah Native American WIC population. *J Hum Lact*. 11:279-284.
107. Losch M, Dungy C, Russell D, Dusdieker L. (1995). Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr*. 126:507-514.
108. Manstead A, Plevin C, Smart J. (1984). **Predicting mothers' choice of infant feeding method**. *Br J Soc Psychol*. 23:223-231.
109. Martens P.(2002). Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level: **an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs**. *J Hum Lact*187: 236-
110. Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Da Silva MB, Da Silveira RB.(2006).Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of life in the South of Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 82(4):289-94
111. McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. (2006). Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc* 106:193-8.

112. Merewood A, Heinig J. (2004). Efforts to promote breastfeeding in the United States: development of a national breastfeeding awareness campaign. *J Hum Lact.*; 20 : 140– 145
113. Merewood A, Philipp B.(2003). Peer counselors for breastfeeding mothers in the hospital setting: trial, training, tributes, and tribulations. *J Hum Lact.*; 19:72-76.
114. Mezzacappa ES, Katlin ES.(2002).Breast-feeding is associated with reduced perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychol.* 21(2): 187– 193
115. Misri S, Sinclair DA, Kuan AJ.(1997).Breast-feeding and postpartum depression: is there a relationship? *Can J Psychiatry* 42:1061-5
116. Mobak K et al.(1994).Prolonged breastfeeding, diarrheal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. *British Medical Journal*, 308:1403–1406.
117. Molina Torres M, Davila Torres RR, Parrilla Rodriguez AM, Dennis CL. (2003).Translation and validation of the breastfeeding self-efficacy scale into Spanish: data from a Puerto Rican population. *J Hum Lact.* 19 (1):35– 42
118. Moore, E.R., & Coty, M.B. (2006). Prenatal and postpartum focus groups with Primiparas: Breastfeeding attitudes, support, barriers, self- efficacy, and intention. *Journal of Pediatric Health Care*, 20, 35- 46.
119. Morrow-Tlucak M, Haude R, Ernhart C.(1988). Breastfeeding and cognitive development in the first 2 years of life. *Soc Sci Med.* 26 :635– 639
120. Murray L, Cooper PJ.(1996).The impact of postpartum depression on child development. *Int Rev Psychiatry.* 8 (1):55– 63
121. Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R, Cooper P.(1996).The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev.* 67 (5):2512– 2526
122. Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A.(2001).Cognitive vulnerability to depression in 5-year-old children of depressed mothers. *J Child Psychol Psychiatry.* 42 (7):891– 899
123. Newton N, Newton M. (1950). Relation of ability to breast feed and maternal attitudes toward breast feeding. *Pediatrics.* 5:869.
124. Newton N, Newton M.(1967).Psychologic aspects of lactation. *N Engl J Med.* 277:1179-1188. Newton N, Newton M. Relation of the let-down reflex to ability to reast-feed. *Pediatrics.* 1950;5: 726-733.
125. Newton N.(1955).*Women’s feelings about breast feeding. In: Maternal Emotions: A study of Women’S Feelings Toward Menstruation, Pregnancy,Childbirth, Breast Feeding, Infant Care, and Other Aspects of Their Femininity.* New York, NY: Paul B. Hoeber; 43-58.
126. Newton N.(1971). Psychologic differences between breast and bottle feeding.*Am J Clin Nutr.* 24: 993-1004.
127. Newton, M. & Newton, N. R.(1948)The let-down reflex in human lactation.*J. Pediatr.* 33:698-704.
128. NHMRC (National Health and Medical Research Council (2000). *Postnatal Depression: Not Just the Baby Blues. Commonwealth of Australia.* .

129. Nissen E, Gustavsson P, Widstrom A-M, Uvnas-Moberg K. (1998). Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean section. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 19: 49-58.
130. O'Brien M, Buikstra E, Fallon T, Hegney D. (2009) Exploring the influence of psychological factors on breastfeeding duration, phase 1: perceptions of mothers and clinicians. *J Hum Lact.* Feb; 25(1): 55-63.
131. Oddy, W.H. et al (2010). The long term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *The Journal of Pediatrics* 156, 4, 568-574.
132. Oddy, W.H. et al (2011). Breastfeeding and early child development: A prospective cohort study. *Acta Paediatr.*
133. O'Hara M, Swain A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry.* 8 (1): 37– 54
134. Orlandi H. (1949). Infant care and personality. *Psychol Bull* 46: 1-48.
135. Paine P, Dorea JG. (2001). Gender role attitudes and other determinants of breast feeding intentions in Brazilian women. *Child Care Health Dev.* Jan; 27(1): 61-72.
136. Peden AR. (2000). Negative thoughts of women with depression. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 6 (2): 41– 48
137. Penders, J., Thijs, C., Vink, C. et al. (2006). Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics*, 118: 511-521.
138. Pippins JR, Brawarsky P, Jackson RA, Fuentes-Afflick E, Haas JS. (2006). Association of breastfeeding with maternal depressive symptoms. *J Womens Health* 15: 754
139. Potter H, Klein H. (1957). On nursing behavior. *Psychiatry.* 20: 39-46.
140. Rahman A, Harrington R, Bunn J. (2002). Can maternal depression increase infant risk of illness and growth impairment in developing countries? *Child Care Health Dev* 28 (1): 51– 565
141. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord* 113: 77-87. Salber E, Stitt P, Babbott J. Patterns of breast feeding in a family clinic, part II: duration of feeding and reasons for weaning. *N Engl J Med.* 1959; 260: 310-315.
142. Roux G, Anderson G, Roan C. (2002). Postpartum depression, marital dysfunction, and infant outcome: a longitudinal study. *J Perinat Educ* 11: 25-36.
143. Salber E, Stitt P, Babbott J. (1958). Patterns of breast feeding, part I: factors affecting the frequency of breast feeding in the newborn period. *N Engl J Med* 259: 707-713.
144. Scott J, Binns C, Aroni R. (1997). The influence of reported paternal attitudes on the decision to breastfeed. *J Paediatr Child Health.* 33: 305-
145. Scott J, Binns C. (1996) Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 7(1) : 5– 16
146. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. (2006). Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth* 33: 37-45

147. Seimyr L, Edhborg M, Lundh W, Sjogren B.(2004).In the shadow of maternal depressed mood: experiences of parenthood during the first year after childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 25 (1):23– 34
148. Senarath, U., Dibley, MJ., Agho, KE. (2010). Factors associated with nonexclusive breastfeeding in 5 East and Southeast Asian countries: a multilevel analysis. *J Hum Lact* 26: 248
149. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindorai S, Wade A.(2003).Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 17 :407– 417
150. Singh, G.P., Kogan M.D., Dee, D.L. (2007). Nativity/ Immigrant status,race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States. *Pediatrics* 119;S38-S46.
151. Sosa, R., Kennell, J.H., Klaus, M., Urrutia, J.J. (1976). *The effect of early motherinfant contact on breastfeeding, infection and growth.* In K. Elliott & D.W. Fitzsimons (ed.), *Breastfeeding and the mother: Ciba Foundation Symposium* (Vol. 45) (pp. 179- 193).
152. Spidbeiger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. (1963). *Assessment of anger the State-Trait Scale.* In: Butcher JN, Spielberger CD, editors. *Advances in personality assessment*, 2. Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, pp. 161-189.
153. Spidbeiger CD, Johnson EH, Russell SF, Crane RJ, Jacobs GA, Worden TJ. (1985). *The experience and expression of anger, construction and validation of an anger expression scale.* In: Chesney MA, Rosenman RH, editors.*Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders, Washington, DC: Hemisphere Publishing,* pp. 5-30.
154. Spielberg CD. *Manual for the stale-trait anger expression inventory (STAXI).* Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1988.
155. Springer SC, Key JD, Wagner CL.(1999).The impact of parity on an adolescent's decision t breastfeed (Abst). *Pediatrics*; 104(3): 758.
156. Switzky LT, Vietze P, Switzky HN.(1979).Attitudinal and demographic predictors of breast feeding and bottle feeding behavior by mothers of six-week-old infants. *Psychol Rep.* 45 :3– 14
157. **Sylvén SM, Papadopoulos FC, Mpazakidis V, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A.** (2011) . Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women.*Arch Womens Ment Health.* 2011 Jun; 14(3):195-201.
158. Tammentie T, Tarkka MT, Astedt-Kurki P, Paavilainen E.(2002). Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *Int J Nurs Pract.* 8 (5):240– 246
159. Tamminen T.(1988).The impact of mother's depression on her nursing experiences and attitudes during breastfeeding. *Acta Paediatr Scand Suppl.* 344 :87– 94
160. Tenfelde S, Finnegan L, Hill PD. (2011) .Predictors of **breastfeeding** exclusivity in a WIC sample.*J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* Mar-Apr; 40(2):179-89.
161. *The National Board of Health and Welfare. Breastfeeding, children born 2002.* Stockholm, Official Statistics of Sweden; 2005

162. Unvas-Moberg K, Widstrom A-M, Nissen E, Bjorvell H.(1990).Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 11:261-273.) .
163. Unvas-Moberg K, Widstrom A-M, Werner S, Matthiesen A-S,Winberg J.(1990). Oxytocin and prolactin levels in breast-feeding women:correlation with milk yield and duration of breast-feeding. *Acta Obstet Gynecol Scan*. 69:301-306.
164. US Department of Health and Human Services. *Healthy People 2010:National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2000.
165. Vari PM, Camburn J, Henly SJ.(2000).*Professionally mediated peer support and early breastfeeding success*. J Perinat Educ
166. Vitolo MR, Benetti SPC, Bortolini GA, Graeff A, Drachler ML.(2007). **Depressão e suas implicações no aleitamento materno**. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 29:28-34.
167. Wagner CL, Wagner MT, Ebeling M, Chatman KG, Cohen M, Hulseley TC. (2006).The Role of Personality and Other Factors in a Mother's Decision to Initiate Breastfeeding *J Hum Lact*. Feb;22(1):16-26.
168. Wagner CL, Wagner MT.(2000).**Factors influencing a mother's decision to breastfeed**. In: B. Koletzko, editor. Short and Long Term Effects of Breastfeeding on Child Health. *London: Plenum Publishing Co.;*:435-436.
169. Weimann CM, DuBois JC, Berenson AB.(1998).Strategies to promote breastfeeding among adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 152:862-869.
170. Weinberg MK, Tronick EZ.(1998).Emotional characteristics of infants associated with maternal depression and anxiety. *Pediatrics*. 102 (5 suppl E):1298– 1304
171. WHO. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO, 2003.)
172. WHO. *The Optimal Duration of Breastfeeding: A systematic review*.
173. WHO. *The World Health Organization's Infant Feeding Recommendation*.
174. WHO/UNICEF. *The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding*.Geneva: WHO/UNICEF, 1990.
175. Wiemann CM, DuBois JC, Berenson AB. Strategies to promote breast-feeding among adolescent mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med*.1998; 152:862– 869
176. Wiesenfeld A, Malatesta C, Whitman P, Granrose C, Uili R. (1985).Psychophysiological response of breast- and bottle-feeding mothers to their infants' signals. *Psychophysiology*;22:79-86.
177. Wright AL, Bauer M, Naylor A, Sutcliffe E, Clark L.(1998). Increasing breastfeeding rates to reduce infant illness at the community level.*Pediatrics*.;101 :837– 844
178. Wutke K, Dennis CL.(2007).The reliability and validity of the Polish version of the Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form: translation and psychometric assessment. *Int J Nurs Stud*. 44 (8):1439– 1446
179. Yang Q, Wen SW, Dubois L, Chen Y, Walker MC, Krewski D.(2004). Determinants of breast-feeding and weaning in Alberta, Canada. *J Obstet Gynaecol Can*. 26:975–81. .
180. Yeung D, Pennell M, Leung M, Hall J.(1981).Breastfeeding: prevalence and

181. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al.(2001). Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry*. 158 (11):1856– 1863
182. Ystrom E, Niegel S, Klepp KI, Vollrath ME.(2008).The impact of maternal negative affectivity and general self-efficacy on breastfeeding: the Norwegian Mother and Child Cohort Study.*J Pediatr*. Jan; 152(1): 68-72. Epub 2007 Oct 24.
183. Ystrom E.(2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. May 23; 12(1):36
184. Zanardo V, Gasparetto S, Giustardi A, Suppiej A, Trevisanuto D, Pascoli I, Freato F. . (2009).Impact of anxiety in the puerperium on breast-feeding outcomes: role of parity.*J Pediatr Gastroenterol NutrNov*; 49(5): 631-4.
185. Αγγελόπουλος, Ν. (1984). Το επίπεδο και η δομή της επιθετικότητας δύο νεανικών πληθυσμών. *Εγκέφαλος*, vol. 21, p. 118-123.
186. Αγγελόπουλος, Ν., Οικονόμου, Μ., Απέργης, Ν. & Δαρδελάκου Ν. (1987). Άγχος και κατάθλιψη σε μια ομάδα μαθητών του Λυκείου. *Εγκέφαλος*, vol. 24, p. 16-20.
187. Αντζακλής, Α.Κ. και Σίμος, Γ.(1992). *Ψυχικές Διαταραχές της Λοχείας*. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 5 (2) 112-117.
188. Γναρδέλλης, Χ. (2006). *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα, εκδ. Παπαζήση.
189. Δάγλα, Μ. (2007). *Ζητήματα γύρω από το μητρικό θηλασμό: Βιοηθική προσέγγιση*. Επιθεώρηση Βιοηθικής, 1 (I), 137- 142.
190. Ζάχου, Θ. (1996). *Μητρικός Θηλασμός*. Νεογνολογία. Χ. Κωστάλος, Τόμ. Α. (σ. 217- 236).
191. Ζάχου, Θ., & Σοφατζής, Ι. *Απλές συμβουλές για σωστό μητρικό θηλασμό. Νοσοκομείο- Μαιευτήριο Αθηνών 'Έλενα Ελευθερίου Βενιζέλου'.*
192. Μαλλιάρου, Μ.Α. (2010). *Οδηγίες για την προώθηση του μητρικού θηλασμού*.
193. Μανιάτη, Ε(2010).*Κοινωνικό Marketing: Μια εμπειρική προσέγγιση της διαδικασίας έρευνας στο στάδιο του σχεδιασμού προώθησης του μητρικού θηλασμού*.Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία αδημοσίευτη.
194. Μωραΐτου, Μ, Χατζηθεοδώρου, Μ, Μάρκου Α. & Γαλανάκης Μ.(2009).Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη και τη σχέση της με την προγεννητική κατάθλιψη σε πρωτοτόκες Ελληνίδες. *Ελευθώ*, 2, 55-65.
195. Μωραΐτου, Μ.(2002). Έρευνα για την επιλόχεια κατάθλιψη στην Ελλάδα. **Ελευθώ**, 7, 1, 34-36.
196. Μωραΐτου, Μ., & Γαλανάκης, Μ.(2006).Συγκριτική αξιολόγηση της κλίμακας Επιλόχειας Κατάθλιψης του Εδιμβούργου (EPDS) με την κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI) σε δείγμα Ελληνίδων λεχωίδων. *Ελληνικό Περιοδικό Γυναικολογίας και Μαιευτικής*, 4, 4251-253.
197. Μωραΐτου, Μ., & Σταλίκας, Α.(2004).Η συχνότητα της κατάθλιψης κατά την κύηση και τη λοχεία. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 3, 2. 67-70.

198. Παππά, Δ. – Σολδάτου, Μ.(1999).Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία της γυναίκας. Στο Κ. Σολδάτος (έπ.έκδ.) *Άγχος και Κατάθλιψη: Εκδηλώσεις και Αντιμετώπιση στη Γενική Ιατρική*. Εκδόσεις Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών. Αθήνα.
199. Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., & Ρούσση, Π. (2002). *Τα Ψυχομετρικά Εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
200. Φουρνάρη Χαρίκλεια,(2011).*Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου και Μητρικού Θηλασμού* ./Μελέτη Μητέρας–Παιδιού Κρήτης (Μελέτη Ρέα)Ηράκλειο, Δεκέμβριος
201. Χριστοδούλου Γ.Ν.(2000).Ψυχολογικές και Ψυχιατρικές Διαταραχές συνδεόμενες με τη Λοχεία....Ψυχιατρική. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις. Αθήνα