



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού  
στην Κύπρο**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ**

**Μαρία Ησαΐα**

**ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ**

**Αθανάσιος Νικολέντζος**

**ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ, 2015**





**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού  
στην Κύπρο**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

Μαρία Ησαΐα

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

Αθανάσιος Νικολέντζος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΡΤΙΟΣ, 2015

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Περιεχόμενα</b> .....	<b>4</b>
<b>Περιεχόμενα πινάκων και διαγραμμάτων</b> .....	<b>7</b>
<b>Ευχαριστίες</b> .....	<b>10</b>
<b>Συντομογραφίες</b> .....	<b>11</b>
<b>Περίληψη</b> .....	<b>12</b>
<b>Αγγλική περίληψη(Abstract)</b> .....	<b>13</b>
<b>1.Εισαγωγή</b> .....	<b>14</b>
<b>2.Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για την υγεία του βρέφους και της μητέρας</b> .....	<b>16</b>
2.1.Πλεονεκτήματα για την υγεία του βρέφους.....	16
2.2.Πλεονεκτήματα για την υγεία της μητέρας .....	18
<b>3.Πλεονεκτήματα μητρικού θηλασμού για την ευρύτερη κοινωνία και την οικονομία</b> .	<b>21</b>
3.1.Η επίδραση του μητρικού θηλασμού στα συστήματα υγείας.....	21
3.2.Η επίδραση του μητρικού θηλασμού στο σύνολο της οικονομίας .....	24
3.3.Το κόστος του θηλασμού για τη θηλάζουσα μητέρα .....	26
<b>4.Διεθνείς πρωτοβουλίες και στρατηγικές για την προώθηση του μητρικού θηλασμού</b>	<b>27</b>
<b>5.Οι Προσδιοριστές του μητρικού θηλασμού</b> .....	<b>32</b>
5.1.Δημογραφικοί παράγοντες.....	32
5.2.Βιολογικοί παράγοντες.....	35
5.3.Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη φροντίδα υγείας .....	38
5.4.Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	42
5.5.Κοινωνικοί παράγοντες .....	47
5.6.Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη δημόσια πολιτική.....	48
5.7.Ο ρόλος των παρεμβάσεων στην έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού .....	49
5.8.Συμπεράσματα .....	50
<b>6.Η παρούσα κατάσταση σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και κυπριακό επίπεδο</b> .....	<b>52</b>
<b>7.Μεθοδολογία της έρευνας</b> .....	<b>56</b>
7.1.Σχεδιασμός μελέτης.....	56
7.1.1.Διαδικασία συλλογής στοιχείων.....	56
7.1.2.Ερευνητικό εργαλείο .....	57
7.1.3.Ηθικά ζητήματα.....	58
7.2.Μελετώμενος πληθυσμός .....	58
7.2.1.Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού .....	58

7.2.2. Τρόπος επιλογής δείγματος.....	58
7.3. Μεταβλητές.....	59
7.4. Στατιστική ανάλυση.....	60
<b>8. Περιγραφικά αποτελέσματα .....</b>	<b>61</b>
8.1. Χαρακτηριστικά δείγματος.....	61
8.1.1. Ηλικία μητέρας.....	61
8.1.2. Χώρα καταγωγής μητέρας.....	61
8.1.3. Οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	62
8.1.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας.....	63
8.1.5. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα.....	63
8.1.6. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	63
8.1.7. Εργασιακή κατάσταση μητέρας κατά την εγκυμοσύνη.....	64
8.1.8. Άδεια μητρότητας.....	64
8.1.9. Άδεια άνευ αποδοχών.....	64
8.1.10. Εργασιακή κατάσταση μετά τον τοκετό.....	65
8.2. Χαρακτηριστικά βρεφών δείγματος.....	65
8.2.1. Ηλικία βρεφών.....	65
8.2.2. Δίδυμη κύηση.....	65
8.2.3. Φύλο.....	66
8.2.4. Βάρος γέννησης.....	66
8.2.5. Ηλικία κύησης.....	67
8.2.6. Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών.....	67
8.3. Περιγεννητικά στοιχεία και πρακτικές από το μαιευτήριο.....	67
8.3.1. Τοκετός σε δημόσιο ή ιδιωτικό μαιευτήριο.....	67
8.3.2. Είδος τοκετού.....	68
8.3.3. Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού.....	68
8.3.4. Εναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό.....	68
8.3.5. Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο.....	69
8.3.6. Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο.....	69
8.3.7. Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου.....	70
8.4. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό.....	71
8.4.1. Υποστήριξη από το περιβάλλον.....	71
8.4.2. Πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού.....	72
8.4.3. Χρήση πιπίλας.....	73

8.4.4.Κάπνισμα .....	73
8.4.5.Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.....	74
8.5.Δείκτες θηλασμού .....	75
8.5.1.Έναρξη θηλασμού .....	75
8.5.2.Διάρκεια θηλασμού .....	75
8.5.3.Λόγοι διακοπής του μητρικού θηλασμού .....	77
8.5.4.Λόγοι για τους οποίους κάποιες μητέρες δεν θήλασαν καθόλου.....	79
<b>9.Στατιστική ανάλυση δεδομένων .....</b>	<b>80</b>
9.1.Προσδιοριστές έναρξης μητρικού θηλασμού .....	80
9.1.1.Διμεταβλητή ανάλυση .....	80
9.1.2.Πολυμεταβλητή ανάλυση .....	82
9.2.Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού στους 3 μήνες.....	82
9.2.1.Διμεταβλητή ανάλυση .....	82
9.2.2.Πολυμεταβλητή ανάλυση .....	85
9.3.Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες.....	85
9.3.1.Διμεταβλητή ανάλυση .....	86
9.3.2.Πολυμεταβλητή ανάλυση .....	88
9.4.Προσδιοριστές αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον 1 μήνα.....	89
9.4.1.Διμεταβλητή ανάλυση .....	89
9.4.2.Πολυμεταβλητή ανάλυση .....	92
<b>10.Συζήτηση .....</b>	<b>94</b>
<b>11.Συμπεράσματα.....</b>	<b>99</b>
<b>Βιβλιογραφικές αναφορές.....</b>	<b>101</b>
<b>Παράρτημα.....</b>	<b>111</b>
Ερωτηματολόγιο μελέτης.....	111

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>Πίνακας 7.1:</b> Αριθμός εγγεγραμμένων παιδιών κατά το 2013 και συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ανά Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού.....	59
<b>Πίνακας 8.1:</b> Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της ηλικίας της μητέρας.....	61
<b>Πίνακας 8.2:</b> Καταγωγή μητέρας από Κύπρο .....	61
<b>Πίνακας 8.3:</b> Κατανομή κατά χώρα καταγωγής μητέρας .....	62
<b>Πίνακας 8.4:</b> Κατανομή κατά οικογενειακή κατάσταση μητέρας.....	62
<b>Πίνακας 8.5:</b> Κατανομή κατά εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας .....	63
<b>Πίνακας 8.6:</b> Κατανομή κατά εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα.....	63
<b>Πίνακας 8.7:</b> Κατανομή κατά ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.....	63
<b>Πίνακας 8.8:</b> Κατανομή κατά εργασιακή κατάσταση μητέρας κατά την εγκυμοσύνη .....	64
<b>Πίνακας 8.9:</b> Άδεια μητρότητας .....	64
<b>Πίνακας 8.10:</b> Άδεια άνευ αποδοχών.....	64
<b>Πίνακας 8.11:</b> Κατανομή κατά εργασιακή κατάσταση τη χρονική στιγμή της συνέντευξης	65
<b>Πίνακας 8.12:</b> Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της ηλικίας των βρεφών.....	65
<b>Πίνακας 8.13:</b> Συχνότητα δίδυμης κύησης .....	66
<b>Πίνακας 8.14:</b> Κατανομή βρεφών σύμφωνα με το φύλο .....	66
<b>Πίνακας 8.15:</b> Κατανομή βρεφών σύμφωνα με το βάρος γέννησης .....	66
<b>Πίνακας 8.16:</b> Κατανομή βρεφών σύμφωνα με την ηλικία κύησης.....	67
<b>Πίνακας 8.17:</b> Κατανομή βρεφών σύμφωνα με τη νοσηλεία σε MENN.....	67
<b>Πίνακας 8.18:</b> Κατανομή σύμφωνα με το μαιευτήριο .....	67
<b>Πίνακας 8.19:</b> Κατανομή σύμφωνα με το είδος τοκετού.....	68
<b>Πίνακας 8.20:</b> Κατανομή σύμφωνα με την εφαρμογή συνδιαμονής μητέρας-νεογνού .....	68
<b>Πίνακας 8.21:</b> Κατανομή σύμφωνα με την έναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό .....	68
<b>Πίνακας 8.22:</b> Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο .....	69
<b>Πίνακας 8.23:</b> Η σχέση ανάμεσα στη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο και το είδος μαιευτηρίου .....	69
<b>Πίνακας 8.24:</b> Χορήγηση συνταγής για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο .....	69
<b>Πίνακας 8.25:</b> Χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο.....	70

<b>Πίνακας 8.26:</b> Η σχέση ανάμεσα στη χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο και το είδος μαιευτηρίου .....	70
<b>Πίνακας 8.27:</b> Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου.....	70
<b>Πίνακας 8.28:</b> Η σχέση ανάμεσα στην υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου και τη νοσηλεία σε MENN.....	71
<b>Πίνακας 8.29:</b> Υποστήριξη από το περιβάλλον.....	71
<b>Πίνακας 8.30:</b> Πηγές υποστήριξης θηλαζουσών μητέρων.....	71
<b>Πίνακας 8.31:</b> Πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού.....	72
<b>Πίνακας 8.32:</b> Λόγοι για τους οποίους οι μητέρες ήθελαν να θηλάσουν .....	72
<b>Πίνακας 8.33:</b> Λόγοι για τους οποίους οι μητέρες αποφάσισαν να μην θηλάσουν.....	73
<b>Πίνακας 8.34:</b> Κατανομή σύμφωνα με τη χρήση πιπίλας.....	73
<b>Πίνακας 8.35:</b> Κατανομή σύμφωνα με τη χρήση πιπίλας από τον πρώτο μήνα .....	73
<b>Πίνακας 8.36:</b> Κατανομή σύμφωνα με το κάπνισμα της μητέρας κατά τη στιγμή της συνέντευξης.....	74
<b>Πίνακας 8.37:</b> Κατανομή σύμφωνα με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ...	74
<b>Πίνακας 8.38:</b> Κατανομή σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού.....	74
<b>Πίνακας 8.39:</b> Κατανομή σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού με διάρκεια μεγαλύτερη από 1 μήνα.....	74
<b>Πίνακας 8.40:</b> Κατανομή σύμφωνα με την έναρξη θηλασμού .....	75
<b>Πίνακας 8.41:</b> Εξέλιξη της διάρκειας του θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα.....	76
<b>Πίνακας 8.42:</b> Εξέλιξη της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα.....	76
<b>Πίνακας 8.43:</b> Εξέλιξη της διάρκειας του πλήρους θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα .....	76
<b>Πίνακας 8.44:</b> Διακοπή πριν τη συμπλήρωση 2 μηνών θηλασμού .....	77
<b>Πίνακας 8.45:</b> Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού .....	78
<b>Πίνακας 8.46:</b> Λόγοι για τους οποίους κάποιες μητέρες δεν θηλάσαν καθόλου .....	79
<b>Πίνακας 9.1:</b> Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και την έναρξη του μητρικού θηλασμού .....	80
<b>Πίνακας 9.2:</b> Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την έναρξη του μητρικού θηλασμού .....	82
<b>Πίνακας 9.3:</b> Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες.....	82



<b>Πίνακας 9.4:</b> Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες.....	85
<b>Πίνακας 9.5:</b> Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες.....	86
<b>Πίνακας 9.6:</b> Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες.....	89
<b>Πίνακας 9.7:</b> Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα .....	89
<b>Πίνακας 9.8:</b> Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα.....	92
<b>Διάγραμμα 8.1:</b> Εξέλιξη της διάρκειας του θηλασμού, του αποκλειστικού θηλασμού και του πλήρους θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα .....	75

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Φτάνοντας στο τέλος της εκπόνησης της παρούσας διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Αθανάσιο Νικολέντζο για την καθοδήγηση και τα σχόλιά του κατά τη διάρκεια αυτής της προσπάθειας, καθώς και τον ακαδημαϊκό υπεύθυνο του προγράμματος κ. Μάμα Θεοδώρου για τις παρατηρήσεις του πάνω στο τελικό κείμενο. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Πέτρο Γαλάνη, μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για τις πολύτιμες συμβουλές του όσον αφορά τη μεθοδολογία της έρευνας αλλά και τη βοήθειά του για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τη Δρ. Ειρήνη Παφίτη-Δημητρίου, παιδίατρο και πρόεδρο του Παγκύπριου Συνδέσμου Μητρικού Θηλασμού «Δώρο Ζωής» για τη βοήθειά της στην ανεύρεση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τη διεξαγωγή της έρευνας. Τέλος ευχαριστώ την οικογένειά μου για τη στήριξη και την κατανόηση που επέδειξαν όλο αυτό το διάστημα.

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ-Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

UNICEF – United Nations Children’s Fund

ΗΠΑ – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

QALY – Quality Adjusted Life Year

RIVM – Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος της Ολλανδίας

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence

ΑΕΠ – Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

Κώδικας - Διεθνής κώδικας για την εμπορία υποκατάστατων μητρικού γάλακτος

HIV – Human Immunodeficiency Virus

WIC – Women Infants Children

IIFAS – Iowa Infant Feeding Attitude Scale

PROBIT – Promotion of Breastfeeding Intervention Trial

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

MENN – Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Έρευνες έχουν καταδείξει τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού για την υγεία του βρέφους και της θηλάζουσας μητέρας, με οφέλη για την ευρύτερη κοινωνία και την οικονομία να προκύπτουν ως προέκταση αυτών.

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας ήταν να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο, ώστε μελλοντικές πολιτικές για την προώθησή του να προσανατολιστούν προς αυτούς.

**Μέθοδος:** Σε συγχρονική μελέτη που διενεργήθηκε μεταξύ 4 Μαρτίου και 15 Απριλίου του 2014 στη Λευκωσία συμμετείχαν 128 μητέρες παιδιών ηλικίας 6-18 μηνών. Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ο έλεγχος  $\chi^2$  και η πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση.

**Αποτελέσματα:** Μόνο η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) σχετιζόταν με την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού σχετιζόνταν αρνητικά η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο και η χρήση πιπίλας και θετικά το τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα. Με την αποκλειστικότητα του θηλασμού σχετιζόνταν αρνητικά η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο και η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο και θετικά το τριτοβάθμιο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα. Οι συχνότερα αναφερόμενοι λόγοι διακοπής του μητρικού θηλασμού ήταν η ανεπάρκεια γάλακτος (39,8%) και η επιστροφή της μητέρας στην εργασία (15,1%).

**Συμπεράσματα:** Παρόλο που το ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού ήταν υψηλό, η διάρκειά του απείχε κατά πολύ από τις διεθνείς συστάσεις. Για την αύξηση της έναρξης του θηλασμού ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση και υποστήριξη των μητέρων με νεογνά σε MENN, ενώ η πιστοποίηση των μαιευτηρίων ως «Φιλικά προς τα βρέφη» μπορεί να έχει σημαντικό αποτέλεσμα στην αύξηση της διάρκειας και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού. Σημαντική επίσης μπορεί να είναι η συμβολή του πατέρα στις εκβάσεις του θηλασμού.

## ABSTRACT

**Background:** Studies have demonstrated the advantages of breastfeeding for the health of the infant and the breastfeeding mother, with benefits for the community and the economy as their result.

**Aim:** The aim of this study was the identification of the determinants of breastfeeding initiation, duration and exclusivity in Cyprus, so that future policies for breastfeeding promotion would be based on those.

**Methods:** In a cross-sectional study that took place between 4<sup>th</sup> of March and 15<sup>th</sup> of April 2014 in Lefkosia, participated 128 mothers of infants aged 6-18 months old. The data were collected by the use of a questionnaire and for the statistical analysis chi-square test and multivariate logistic regression were performed.

**Results:** The only factor associated with breastfeeding initiation was care in the neonatal intensive care unit. In-hospital formula supplementation and use of a pacifier were negatively associated with breastfeeding duration, and previous breastfeeding experience for more than 1 month and higher father's educational level were positively associated. In-hospital formula supplementation and free formula samples were negatively associated and father's higher educational level positively associated with breastfeeding exclusivity. The most common reason for breastfeeding cessation was insufficient milk (39,8%) and the second most common was return to work (15,1%).

**Conclusions:** Although breastfeeding initiation rates were high, breastfeeding duration was far from the international recommendations. To increase breastfeeding initiation special attention should be given to mothers with infants in the neonatal intensive care unit. The certification of maternity units as "Baby friendly" could result in the increase of breastfeeding duration and exclusivity. The father could also play an important role in breastfeeding outcomes.

## 1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το μητρικό γάλα αποτελεί τη φυσική και ιδανική διατροφή για το βρέφος. Έρευνες έχουν καταδείξει τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού στην υγεία του βρέφους, τόσο βραχυπρόθεσμα με την προστασία έναντι οξέων παθήσεων[1-3], αλλά και μακροπρόθεσμα με την μείωση της επίπτωσης χρόνιων νοσημάτων[1,2,4]. Τα οφέλη για την υγεία της θηλάζουσας μητέρας είναι επίσης σημαντικά[1-3,5]. Ως προέκταση αυτών, προκύπτουν και οφέλη για την ευρύτερη κοινωνία και την οικονομία[6], με τα οικονομικά οφέλη να αποκτούν ιδιαίτερη σημασία δεδομένης της παρούσας οικονομικής κρίσης.

Ιστορικά ο θηλασμός αποτελούσε τη μοναδική επιλογή για την επιβίωση του νεογνού. Η ανάπτυξη όμως και η ευρεία κυκλοφορία υποκατάστατων μητρικού γάλακτος επηρέασε την παραδοσιακή αυτή πρακτική με τη μεγαλύτερη μείωση περί τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε ξανά στροφή και αναζωπύρωση του ενδιαφέροντος σε αυτή, με μελέτες που καταδείκνυαν την ανωτερότητα του μητρικού θηλασμού έναντι των εναλλακτικών τρόπων διατροφής. Διεθνείς οργανισμοί όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και η UNICEF έχουν αναπτύξει στρατηγικές για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού και έχουν εκδώσει οδηγίες για τη σωστή πρακτική του[7]. Η υιοθέτησή τους όμως σε κρατικό επίπεδο δεν είναι ακόμα η επιθυμητή.

Το ενδιαφέρον για την προώθηση του θηλασμού παγκοσμίως οδήγησε στη διενέργεια πολλαπλών ερευνών για την αναζήτηση των παραγόντων που σχετίζονται με την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού. Τους προσδιοριστές δηλαδή του μητρικού θηλασμού, η αναγνώριση των οποίων μπορεί να καθοδηγήσει τις δράσεις και πολιτικές για την προαγωγή του. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να διαφέρουν από χώρα σε χώρα λόγω διαφορετικών κοινωνικών και πολιτισμικών επιδράσεων[8]. Αυτοί περιλαμβάνουν δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς, σχετιζόμενους με τη φροντίδα υγείας και σχετιζόμενους με τη δημόσια πολιτική παράγοντες[9,10]. Τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, λόγω του ότι επιδέχονται μεταβολές μέσω παρεμβάσεων[11].

Στην Κύπρο έχει ήδη τεθεί σε εφαρμογή στρατηγική για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού[12] και έχει συσταθεί Εθνική Επιτροπή[13] για αυτό το σκοπό. Δεν υπάρχουν όμως στοιχεία που να αφορούν τους προσδιοριστές του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο, τα οποία θα ήταν χρήσιμα για τον σωστό προγραμματισμό πιο

στοχευμένων παρεμβάσεων και ενεργειών που θα συνέβαλλαν πιο αποτελεσματικά στον παραπάνω στόχο.

Η διατριβή αυτή αποτελεί μια προσπάθεια αναγνώρισης των παραγόντων που επηρεάζουν τις αποφάσεις των νέων μητέρων ως προς την πρακτική του μητρικού θηλασμού. Σκοπός της έρευνας είναι να αναγνωριστούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο. Με τη χρήση ερωτηματολογίων που απευθύνονται σε μητέρες θα αποτυπωθεί η παρούσα κατάσταση στην Κύπρο, ώστε μελλοντικές πολιτικές για την προώθησή του θηλασμού να προσανατολιστούν προς αυτούς τους παράγοντες.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα αποτελούν τα εξής: ποιοί παράγοντες επηρεάζουν την απόφαση μιας νέας μητέρας στην Κύπρο να θηλάσει, ποιοί παράγοντες σχετίζονται με τη διάρκεια και ποιοί με την αποκλειστικότητα του μητρικού θηλασμού;

Επίσης βασικό ερώτημα αποτελεί το τι έχει αποτυπωθεί στην βιβλιογραφία όσον αφορά στην αποδοτικότητα μιας πολιτικής προώθησης του θηλασμού για τα συστήματα υγείας σε σχέση με το κόστος των παθήσεων που θα προλαμβάνονταν αν αυξάνονταν τα ποσοστά θηλασμού[14-17].

Στο γενικό μέρος θα καταγραφούν τα πλεονεκτήματα του θηλασμού για την υγεία του βρέφους όσο και της μητέρας αλλά και τα ευρύτερα οφέλη στην κοινωνία και την οικονομία που προκύπτουν από αυτά, ώστε να γίνει αντιληπτό ότι η διατροφή του βρέφους εμπίπτει στη σφαίρα της δημόσιας υγείας. Ακολούθως μέσα από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας θα αναγνωριστούν και θα παρουσιαστούν οι προσδιοριστές του μητρικού θηλασμού στις διάφορες χώρες και οι πρωτοβουλίες και στρατηγικές που προωθούνται από διεθνείς οργανισμούς.

Στο ειδικό μέρος θα παρουσιαστεί η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία θα συζητηθούν σε σχέση με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών και τις προεκτάσεις που μπορεί αυτά να έχουν στη διαμόρφωση πολιτικής για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο.

## 2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

### 2.1. Πλεονεκτήματα για την υγεία του βρέφους

Τα μεγαλύτερα και πιο εμφανή πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού είναι αυτά που αφορούν την άμεση επίδραση στην υγεία και την επιβίωση του βρέφους, με τα ποσοστά οξέων λοιμώξεων και της επακόλουθης θνητότητας από αυτές να είναι ακόμη μικρότερα με τον αποκλειστικό παρά με τον μερικό θηλασμό[1]. Υπολογίζεται ότι το 35% των θανάτων σε παιδιά κάτω των 5 ετών οφείλεται σε υποσιτισμό, λαμβάνοντας υπόψη και τις επιδράσεις των μη ορθών πρακτικών θηλασμού[18]. Υπολογίζεται ότι ο μη αποκλειστικός θηλασμός κατά τους πρώτους 6 μήνες ζωής έχει ως αποτέλεσμα 1,4 εκ. θανάτους και το 10% της νοσηρότητας στα παιδιά κάτω των 5 ετών[19]. Η πολύπλοκη και ποικίλη σύνθεση του μητρικού γάλακτος, που διαφέρει χρονικά στην ίδια γυναίκα αλλά και μεταξύ των γυναικών, περιλαμβάνει αντιμικροβιακούς και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες, ένζυμα, ορμόνες και παράγοντες ανάπτυξης[20]. Έτσι ο αποκλειστικός θηλασμός έχει ως αποτέλεσμα ισχυρότερη ανοσία και μειωμένη έκθεση σε λοιμώδεις παράγοντες. Τα πλεονεκτήματα αυτά είναι πιο εμφανή σε περιοχές όπου επικρατούν φτωχές συνθήκες υγιεινής, αλλά είναι επίσης σημαντικά και για τις πιο ανεπτυγμένες χώρες[1,3]. Υπάρχουν ενδείξεις και για πιο μακροπρόθεσμα οφέλη με προστασία έναντι χρόνιων νοσημάτων όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση αλλά και για την επίδραση στην νευρολογική και νοητική ανάπτυξη[4].

Πιο συγκεκριμένα ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός σχετίζεται σημαντικά με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης οξείας μέσης ωτίτιδας, κατά 23% σε σχέση με τον μη αποκλειστικό θηλασμό και κατά 50% σε σχέση με τη διατροφή με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος[3]. Επίσης ο κίνδυνος νοσηλείας λόγω λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού σε παιδιά κάτω του έτους μειώνεται κατά 72% με τον αποκλειστικό θηλασμό για τουλάχιστον 4 μήνες[3], ενώ μειώνεται κατά 4 φορές με τον αποκλειστικό θηλασμό για περισσότερο από 6 μήνες σε σχέση με τους 4 μήνες[2]. Ο κίνδυνος για μη ειδική γαστρεντερίτιδα είναι μειωμένος κατά 64% και η δράση αυτή διαρκεί μέχρι 2 μήνες μετά τη διακοπή του θηλασμού[2,3]. Ο θηλασμός για τουλάχιστον 3 μήνες προστατεύει κατά 27% από το άσθμα σε άτομα χωρίς οικογενειακό ιστορικό άσθματος και κατά 40% όταν υπάρχει ιστορικό, ενώ ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 3 μήνες μειώνει κατά 42% τον κίνδυνο ατοπικής δερματίτιδας σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό[3]. Ο κίνδυνος ανάπτυξης κοιλιοκάκης μειώνεται κατά 52%



σε παιδιά που θηλάζουν κατά το χρόνο έκθεσης στη γλουτένη και ο κίνδυνος εμφάνισης φλεγμονώδους πάθησης του εντέρου στην παιδική ηλικία κατά 31%[2]. Η σίτιση πρόωρων νεογνών με ανθρώπινο γάλα σχετίζεται σημαντικά με μείωση του κινδύνου για νεκρωτική εντεροκολίτιδα[2,3]. Διάρκεια θηλασμού για τουλάχιστον 6 μήνες σχετίζεται με μείωση κατά 19% και κατά 15% του κινδύνου για οξεία λεμφογενή και οξεία μυελογενή λευχαιμία κατά την παιδική ηλικία αντίστοιχα[2,3]. Ακόμα ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται σημαντικά με μειωμένο κίνδυνο για το σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου (SIDS)[2,3], με πιο έντονη την επίδραση όταν ο θηλασμός είναι αποκλειστικός[21].

Όσον αφορά τα πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων μπορεί να προγραμματίζεται από εκθέσεις σε παράγοντες κατά την πρώιμη παιδική ηλικία και ένας από αυτούς είναι και η διατροφή με μητρικό γάλα[4].

Η διεθνής βιβλιογραφία παρέχει στοιχεία για το ότι ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας στη μετέπειτα εφηβική και ενήλικη ζωή, με 4% μείωση του κινδύνου για κάθε επιπλέον μήνα θηλασμού[2,3]. Πολλοί συγχυτές εμπλέκονται στην παραπάνω σχέση και πρόσφατη μετα-ανάλυση που λαμβάνει υπόψη μόνο μελέτες υψηλής ποιότητας με μεγάλο δείγμα και έλεγχο αρκετών συγχυτών, ανευρίσκει μικρή μείωση περίπου 10% στη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας (OR 0,88, 95%ΔΕ 0,83-0,93)[4].

Έχει αναφερθεί μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου I μέχρι και 30% σε αποκλειστικό θηλασμό διάρκειας τουλάχιστον 3 μηνών. Ως πιθανός μηχανισμός αναφέρεται η αποφυγή της έκθεσης στη β-λακτοσφαιρίνη του αγελαδινού γάλακτος που μπορεί να προκαλέσει ανοσοαντίδραση προς τα β-κύτταρα του παγκρέατος[2]. Παρατηρείται επίσης μείωση και για τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 κατά 34%, με πιο εμφανή την προστατευτική επίδραση σε μελέτες που αφορούν εφήβους. Ανάμεσα στους πιθανούς μηχανισμούς αναφέρεται η δράση των πολυακόρεστων λιπαρών οξέων μακράς αλυσού στην προστασία από αντίσταση στην ινσουλίνη, η αυξημένη συγκέντρωση ινσουλίνης σε διατροφή με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος και η παχυσαρκία[4].

Υπάρχουν επίσης ενδείξεις για μικρή προστατευτική επίδραση του θηλασμού όσον αφορά την αρτηριακή υπέρταση. Ακόμα ο μητρικός θηλασμός σχετίζεται με αυξημένη νοητική ανάπτυξη, με υψηλότερη απόδοση σε τεστ νοημοσύνης κατά 3,45 μονάδες σε παιδιά που

έχουν θηλάσει. Η επίδραση παραμένει αν και μικρότερη μετά από διόρθωση σύμφωνα με τη νοημοσύνη της μητέρας. Τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μακράς αλύσου που περιέχει το μητρικό γάλα είναι σημαντικά για την ανάπτυξη του εγκεφάλου, ενώ ρόλο έχει και η ψυχοκοινωνική διέγερση και ο δεσμός μεταξύ μητέρας και βρέφους κατά το θηλασμό[4].

Τα ανωτέρω συμπεράσματα προέρχονται κυρίως από μελέτες παρακολούθησης και συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, καθώς υπάρχουν πρακτικοί και ηθικοί περιορισμοί που αποτρέπουν τη διενέργεια τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που να αφορούν τον τρόπο σίτισης των βρεφών[2]. Έτσι είναι δύσκολη η ανάδειξη αιτιακών σχέσεων, εφόσον είναι δύσκολη η εξουδετέρωση όλων των συγχυτών, αλλά και το συστηματικό σφάλμα επιλογής και πληροφορίας (σφάλμα ανάκλησης, ορισμός θηλασμού)[3]. Παρόλα αυτά οι ενδείξεις υπέρ του μητρικού θηλασμού προέρχονται από πολλαπλές μελέτες, υπό ποικίλες περιστάσεις, οπότε ως σύνολο είναι πειστικές[1].

## 2.2. Πλεονεκτήματα για την υγεία της μητέρας

Οι φυσιολογικές αλλαγές κατά τη γαλουχία μπορεί να έχουν επίδραση στην υγεία της θηλάζουσας μητέρας. Οι αλλαγές αυτές εξαρτώνται από τη διέγερση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης αλλά και την απομάκρυνση του γάλακτος από το μαστό, οπότε μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τις πρακτικές σίτισης[5].

Μια άμεση επίδραση που έχει ο θηλασμός, μέσω της απελευθέρωσης ωκυτοκίνης, είναι η σύσπαση της μήτρας, με αποτέλεσμα τη διευκόλυνση της αποβολής του πλακούντα και τη μείωση της αιμορραγίας μετά τον τοκετό[1,2,5]. Ο συνεχιζόμενος θηλασμός παρατείνει τη διάρκεια της αμηνόρροιας καθυστερώντας την ωοθυλακιορρηξία[1,2,5], ώστε να αποφεύγεται μια νέα εγκυμοσύνη σε σύντομο διάστημα με τους επακόλουθους κινδύνους για τη μητέρα και το έμβryo. Αυτή η πρακτική είναι σημαντική για τον οικογενειακό προγραμματισμό σε αρκετές χώρες του κόσμου[5]. Τα αποτελέσματα όσον αφορά την απώλεια βάρους μετά τον τοκετό και την επιστροφή στο προ της εγκυμοσύνης βάρος δεν είναι ξεκάθαρα, καθώς πολλοί παράγοντες υπεισέρχονται σε αυτή τη σχέση που μπορεί να δρουν ως συγχυτές[2,3,5]. Έχει αναφερθεί συσχέτιση του μητρικού θηλασμού με μείωση της επιλόχειας κατάθλιψης[2,3] και της παιδικής κακοποίησης από τη μητέρα[2].

Όσον αφορά την προστασία από χρόνια νοσήματα, σε μητέρες χωρίς ιστορικό διαβήτη κύησης, ανευρέθηκε για κάθε έτος θηλασμού μείωση από 4 μέχρι 12% στον κίνδυνο για

ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2[2,3]. Επίσης έχει αναφερθεί συσχέτιση της συνολικής διάρκειας θηλασμού και επίπτωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Διάρκεια θηλασμού από 12 μέχρι 23 μήνες σχετίζεται σημαντικά με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας και καρδιαγγειακής νόσου[2]. Αντιστρόφως ανάλογη σχέση παρατηρήθηκε μεταξύ συνολικής διάρκειας θηλασμού και ανάπτυξης Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, με σχετικό κίνδυνο 0,8 (95%ΔΕ 0,8-1) για διάρκεια άνω των 12 μηνών και 0,5 (95%ΔΕ 0,3-0,8) για διάρκεια άνω των 24 μηνών[2]. Ακόμα ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να παρέχει προστασία από καρκίνο του μαστού και των ωοθηκών. Διάρκεια θηλασμού για 12 ή περισσότερους μήνες μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 28%, ενώ για κάθε έτος θηλασμού υπάρχει μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του μαστού κατά 4,3%. Η μείωση του κινδύνου αφορά κυρίως τον προεμμηνοπαυσιακό καρκίνο του μαστού[2,3]. Πιθανοί μηχανισμοί που έχουν αναφερθεί περιλαμβάνουν τη μειωμένη έκθεση στα οιστρογόνα, την απομάκρυνση πιθανών καρκινογόνων ουσιών από τους γαλακτοφόρους πόρους κατά το θηλασμό και τις φυσιολογικές μεταβολές στο μαστό κατά τη γαλουχία[5]. Σχετικά με τον κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου των ωοθηκών αναφέρεται μείωση κατά 21%[3].

Οι περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες που αφορούν τα αποτελέσματα του θηλασμού στη μητέρα είναι αναδρομικές, καθώς με αυτό τον τρόπο είναι πιο εύκολο να μελετηθούν μακροχρόνιες επιδράσεις, έτσι βασίζονται στην ανάκληση της πληροφορίας από τη μητέρα[5]. Ισχύουν και εδώ οι περιορισμοί που έχουν αναφερθεί και για τις επιδράσεις στην υγεία του βρέφους, παρόλα αυτά υπάρχουν αρκετές ενδείξεις για τα οφέλη του θηλασμού στην υγεία της μητέρας. Σημαντικός είναι ο ρόλος που έχουν η διάρκεια και η αποκλειστικότητα του θηλασμού σε αυτά.

Από όλα τα ανωτέρω φαίνεται ότι τα πλεονεκτήματα στην υγεία του βρέφους και της μητέρας που προέρχονται από την πρακτική του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά και αφορούν ένα ευρύ φάσμα τόσο άμεσων όσο και απώτερων επιπτώσεων. Εκτός από την επίδραση στο επίπεδο της δυάδας μητέρας-βρέφους, εάν οι οδηγίες για την εφαρμογή και διάρκεια του θηλασμού ακολουθούνταν από την πλειονότητα των γυναικών, τότε τα αποτελέσματα αυτά θα γίνονταν εμφανή και στο επίπεδο της κοινωνίας και στα συστήματα υγείας, με την αποφυγή της σχετικής με το θηλασμό άμεσης και απώτερης νοσηρότητας. Έτσι η σωστή πρακτική του μητρικού θηλασμού αποτελεί θέμα δημόσιας υγείας, για αυτό και προωθείται παγκοσμίως σε κρατικό αλλά περισσότερο σε διεθνές επίπεδο[7]. Για την

αποτελεσματική προώθηση σε κρατικό επίπεδο, η γνώση των παραγόντων που σχετίζονται με τον θηλασμό, που μπορεί να διαφέρουν μεταξύ των κρατών, είναι απαραίτητη για την εφαρμογή των κατάλληλων πολιτικών προς αυτή την κατεύθυνση. Επιπλέον κίνητρο είναι και τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν όπως θα αναλυθεί παρακάτω.

### 3. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΥΡΥΤΕΡΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Με ισχυρές τις ενδείξεις όσον αφορά τα πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού στην υγεία του βρέφους και της θηλάζουσας μητέρας, το ενδιαφέρον στρέφεται στα οικονομικά οφέλη, όπου τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες μέσα από μελέτες να ποσοτικοποιηθούν, ώστε να προκύψουν δεδομένα χρήσιμα στη χάραξη πολιτικής[14-17,22-30].

Η οικονομική αξία του θηλασμού μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την οπτική γωνία από την οποία εξετάζεται[1]. Στο επίπεδο των νοικοκυριών λαμβάνονται υπόψη τα έξοδα για τα υποκατάστατα μητρικού γάλακτος, τα έξοδα υγείας και ο χρόνος φροντίδας ενός άρρωστου παιδιού, σε σχέση με το χρόνο που αφιερώνει η μητέρα στο θηλασμό, τον χρόνο απουσίας της από την εργασία και την αύξηση της κατανάλωσης φαγητού από τη θηλάζουσα μητέρα. Έχει υπολογιστεί ότι το μέσο κόστος υποκατάστατων μητρικού γάλακτος για ένα χρόνο ανέρχεται στα 1500 δολάρια, ενώ το επιπλέον φαγητό που χρειάζεται μια θηλάζουσα μητέρα στοιχίζει περίπου τα μισά[27]. Σε εθνικό επίπεδο αντιπαραβάλλονται τα έξοδα υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και η απώλεια ζωών από την αυξημένη θνησιμότητα, με την απώλεια παραγωγικότητας και οικονομικής συνεισφοράς των γυναικών και την απώλεια κερδών από τις πωλήσεις υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Αρκετές μελέτες που έχουν γίνει σε αναπτυσσόμενες κυρίως χώρες, υπολογίζουν το κόστος αντικατάστασης του μητρικού γάλακτος με υποκατάστατα, το οποίο ανέρχεται σε αρκετά εκατομμύρια δολάρια ανάλογα με τη χώρα[1].

#### 3.1. Η επίδραση του μητρικού θηλασμού στα συστήματα υγείας

Στις ανεπτυγμένες χώρες περισσότερη έμφαση δίνεται τα τελευταία χρόνια στο κόστος που επιφέρει η σχετιζόμενη με το θηλασμό νοσηρότητα στα συστήματα υγείας, αλλά και στο κόστος παρεμβάσεων για την προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Με βάση δεδομένα από τη χρήση υπηρεσιών υγείας σε 2 προοπτικές μελέτες από τις ΗΠΑ και τη Σκωτία, έχει υπολογιστεί το επιπλέον κόστος στο σύστημα υγείας για τις 3 συχνότερες λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας (λοιμώξη κατώτερου αναπνευστικού, μέση ωτίτιδα και γαστρεντερίτιδα) στα βρέφη που δεν θήλασαν, σε σχέση με βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για 3 μήνες. Κάθε βρέφος που δεν θήλασε στοίχιζε από 331 μέχρι 475 δολάρια

επιπλέον στο σύστημα υγείας κατά τον πρώτο χρόνο της ζωής του, λαμβάνοντας υπόψη μόνο το άμεσο ιατρικό κόστος[23].

Μελέτη που έγινε το 2001 στις ΗΠΑ υπολόγισε τη μείωση του κόστους για την κοινωνία από την αποφυγή νοσηρότητας από 3 παιδικές ασθένειες (μέση ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα και νεκρωτική εντεροκολίτιδα). Αν τα ποσοστά μητρικού θηλασμού αυξάνονταν στα επίπεδα που όριζαν οι εθνικές συστάσεις, θα εξοικονομούνταν 3,6 δις δολάρια. Από αυτά τα 3,1 δις αποδίδονται στην αποφυγή πρόωρων θανάτων από νεκρωτική εντεροκολίτιδα και τα υπόλοιπα τόσο σε άμεσο ιατρικό αλλά και έμμεσο κόστος, όπως απώλεια εισοδήματος γονέων[24]

Το νοσοκομειακό κόστος λόγω πρόωρου απογαλακτισμού υπολογίστηκε σε περιοχή της Αυστραλίας στα 1-2 εκ. δολάρια το χρόνο για 5 ασθένειες (γαστρεντερίτιδα, παθήσεις αναπνευστικού, μέση ωτίτιδα, έκζεμα, νεκρωτική εντεροκολίτιδα) για παιδιά μέχρι 4 ετών. Σε εθνικό επίπεδο η εξοικονόμηση θα μπορούσε να ήταν 60-120 εκ. δολάρια το χρόνο[14].

Πιο πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ στην οποία εξετάζονται περισσότερες ασθένειες (νεκρωτική εντεροκολίτιδα, μέση ωτίτιδα, γαστρεντερίτιδα, λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού, ατοπική δερματίτιδα, σύνδρομο αιφνίδιου βρεφικού θανάτου, λευχαιμία, παιδικό άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, παχυσαρκία) υπολογίζει ότι αν το 90% του πληθυσμού ακολουθούσε τις συστάσεις για αποκλειστικό θηλασμό για 6 μήνες, θα εξοικονομούνταν 13 δις δολάρια και θα αποφεύγονταν 911 θάνατοι παιδιών το χρόνο. Το μεγαλύτερο κόστος (74%) αφορά πρόωρους θανάτους, το 17% (2,2 δις) άμεσο ιατρικό κόστος και το 9% έμμεσο κόστος[17]. Αντίστοιχη μελέτη υπολογίζει το κόστος από 5 παθήσεις στη μητέρα (καρκίνος μαστού, υπέρταση, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρκίνος ωοθηκών, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2) που σχετίζονται με το θηλασμό. Αν η σχέση μεταξύ θηλασμού και των ανωτέρω παθήσεων είναι αιτιακή, τότε αν το 90% των γυναικών θήλαζαν για τουλάχιστον 1 χρόνο σύμφωνα με τις συστάσεις, θα εξοικονομούνταν 18,3 δις δολάρια ετησίως. Αυτά περιλαμβάνουν άμεσο και έμμεσο κόστος και το κόστος απώλειας ζωής πριν την ηλικία των 70 ετών[30].

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίστηκε ότι μέτρια αύξηση των ποσοστών θηλασμού θα είχε ως αποτέλεσμα εξοικονόμηση πάνω από £17 εκ. ετησίως από την αποφυγή του κόστους θεραπείας 4 οξέων παθήσεων της παιδικής ηλικίας (γαστρεντερίτιδας, λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού, οξείας μέσης ωτίτιδας και νεκρωτικής εντεροκολίτιδας). Από την αποφυγή περιπτώσεων καρκίνου του μαστού υπολογίστηκε εξοικονόμηση πάνω από £21 εκ. στα

έξοδα υπηρεσιών υγείας και κέρδος σε QALY's αξίας πάνω από £10 εκ. Μεγαλύτερη εξοικονόμηση θα προέκυπτε από μεγαλύτερη αύξηση στα ποσοστά θηλασμού και εάν λαμβάνονταν υπόψη και άλλες παθήσεις που σχετίζονται με το θηλασμό αλλά η οικονομική τους επίδραση είναι δύσκολο να μετρηθεί με ακρίβεια λόγω περιορισμένων στοιχείων[16].

Οι ανωτέρω μελέτες χρησιμοποιούν έμμεσα δεδομένα και μαθηματική προσομοίωση για να υπολογίσουν τον επιπλέον κίνδυνο για ανάπτυξη ασθενειών και το ανάλογο κόστος που προκύπτει από διαφοροποίηση στα ποσοστά του μητρικού θηλασμού. Στηρίζονται στις υπολογιζόμενες από τη βιβλιογραφία πιθανότητες εμφάνισης παθήσεων ανάλογα με τον τρόπο σίτισης και εθνικά δεδομένα για τα ποσοστά θηλασμού, τη συχνότητα παθήσεων και το κόστος. Έτσι γίνονται αρκετές υποθέσεις λόγω της αβεβαιότητας στις υποκείμενες μελέτες για τους σχετικούς κινδύνους[14,30] , τα δεδομένα για το κόστος[16,17] και τη διάρκεια θηλασμού[17] και ανεπαρκή δεδομένα για τον επιπολασμό ορισμένων παθήσεων[16,30]. Παρά τους περιορισμούς τους όμως είναι χρήσιμες για τη δημόσια πολιτική, καθώς από αυτές προκύπτουν ενδείξεις ότι πολιτικές προώθησης που στοχεύουν στην αύξηση των ποσοστών και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού μπορεί να είναι αποδοτικές.

Διαφορετική προσέγγιση ακολουθείται σε μια μελέτη παρακολούθησης από την Ιταλία, στην οποία γίνεται άμεση μέτρηση του κόστους από τη χρήση υπηρεσιών υγείας, ανάλογα με τον τρόπο σίτισης των βρεφών. Τα βρέφη που θήλαζαν πλήρως στους 3 μήνες είχαν χαμηλότερο κόστος υπηρεσιών υγείας από τα βρέφη που δεν θήλαζαν ή δεν θήλαζαν πλήρως: 34,69 ευρώ έναντι 54,59 ευρώ για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα ανά βρέφο-έτος και 133,53 ευρώ έναντι 254,03 ευρώ για τη νοσοκομειακή. Οι τιμές αφορούσαν άμεσο ιατρικό κόστος μέχρι την ηλικία των 12 μηνών. Επίσης κάθε επιπλέον μήνας θηλασμού μείωνε το κόστος φροντίδας υγείας κατά 20,79 ευρώ και το κόστος φροντίδας υγείας και υποκατάστατων μητρικού γάλακτος κατά 144,36 ευρώ. Έτσι η έλλειψη θηλασμού σχετιζόταν σημαντικά με αύξηση χρήσης και κόστους υπηρεσιών υγείας[25].

Η οικονομική επίδραση του μητρικού θηλασμού δεν μπορεί να γίνει πλήρως αντιληπτή, αν η πιθανή εξοικονόμηση χρημάτων στο σύστημα υγείας δεν σταθμιστεί με το κόστος των παρεμβάσεων για την προαγωγή, προστασία και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος της Ολλανδίας (RIVM) σε έκθεσή του υπολογίζει την εξοικονόμηση χρημάτων αλλά και την αποδοτικότητα πολιτικών

για τον μητρικό θηλασμό. Με τη χρήση ενός μοντέλου προσομοίωσης υπολογίζεται το αποτέλεσμα στην υγεία και το κόστος στο σύστημα υγείας από διάφορες πολιτικές, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με την αποδοτικότητά τους, ώστε να επιλεγεί η πολιτική που προσφέρει το μεγαλύτερο κέρδος στην υγεία για κάθε ευρώ που ξοδεύεται. Γίνεται αξιολόγηση της παρέμβασης που έγινε σε εθνικό επίπεδο, με το συμπέρασμα ότι ήταν αποδοτική, εφόσον η εξοικονόμηση κόστους από το σύστημα υγείας υπερβαίνει το κόστος της παρέμβασης. Επίσης υπολογίζεται ότι αν επιτευχθούν οι νέοι στόχοι που έχουν τεθεί για τα ποσοστά θηλασμού, θα εξοικονομούνται 10 εκ. ευρώ επιπλέον κάθε χρόνο, οπότε αν μια παρέμβαση που το επιτυγχάνει αυτό κοστίζει λιγότερα τότε θα είναι αποδοτική[15].

Το κόστος εφαρμογής μιας πολύπλευρης παρέμβασης που αφορά τον θηλασμό σε μια περιοχή της Αγγλίας υπολογίστηκε και συγκρίθηκε με την εξοικονόμηση κόστους φροντίδας υγείας που θα προέκυπτε σε τοπικό επίπεδο, με βάση τα τοπικά χαρακτηριστικά, από την αύξηση των ποσοστών θηλασμού. Υπολογίστηκε αρχικό κόστος για τον πρώτο χρόνο £446,300 και ακολούθως £329,300 ετησίως, ενώ η εξοικονόμηση από την αντιμετώπιση οξέων παιδικών λοιμώξεων υπολογίστηκε από £83,000 μέχρι £550,000 ετησίως. Επιπλέον εξοικονόμηση από την αντιμετώπιση καρκίνου του μαστού υπολογίστηκε από £270,000 μέχρι £390,000 και κέρδος σε QALY's από £130,000 μέχρι £236,000. Έτσι μεγάλο ποσοστό της αρχικής επένδυσης μπορεί να αποσβεστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, ενώ μεγαλύτερο όφελος γίνεται εμφανές με την πάροδο του χρόνου[16].

Μια παρέμβαση μπορεί να αυξάνει συνολικά το κόστος, αλλά να παραμένει αποδοτική εάν τα επιπρόσθετα οφέλη αντισταθμίζονται από το επιπλέον κόστος. Το National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιεί ως μέτρο του κέρδους στην υγεία το QALY (Quality Adjusted Life Year) και θεωρεί μια παρέμβαση αποδοτική αν κοστίζει λιγότερο από £20,000 με £30,000 ανά QALY. Μια παρέμβαση επίσης για να είναι αποδοτική, θα πρέπει να έχει επίδραση στα ποσοστά έναρξης και διάρκειας του θηλασμού[31].

### 3.2. Η επίδραση του μητρικού θηλασμού στο σύνολο της οικονομίας

Η επίδραση του θηλασμού επεκτείνεται και πέραν του τομέα της υγείας και στην εκπαίδευση, την εργασιακή απασχόληση και την ευρύτερη οικονομία[16]. Έτσι έχει μελετηθεί και η οικονομική επίδραση του θηλασμού στο σύνολο της οικονομίας.



Στις ΗΠΑ μελέτη έχει υπολογίσει ότι το κέρδος στην οικονομία αν το 90% των μητέρων ακολουθούσαν τις συστάσεις για το θηλασμό θα ήταν 8,7 δις δολάρια το χρόνο. Η ανάλυση περιλαμβάνει το κόστος από παιδιατρικές ασθένειες και πρόωρους θανάτους, το κόστος υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, το κόστος διατροφής της θηλάζουσας μητέρας, το κόστος «φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων» και πληρωμένη άδεια μητρότητας. Δεν περιλαμβάνεται το κόστος από παθήσεις της μητέρας σχετιζόμενες με το θηλασμό οπότε και το κέρδος θα ήταν ακόμα μεγαλύτερο[27]. Η πληρωμένη άδεια μητρότητας αποτελεί σημαντικό μέρος του κόστους της αύξησης του θηλασμού, καθώς δεν προσφέρεται στις ΗΠΑ σε αντίθεση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες.

Πρόσφατη μελέτη επιχειρεί να υπολογίσει την οικονομική αξία του ανθρώπινου γάλακτος ως μέρος του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), ώστε να το καταστήσει ορατό στους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων πολιτικής. Έτσι υπολογίστηκε ότι η αξία της παραγωγής ανθρώπινου γάλακτος κατά το 2010 ήταν 1 δις δολάρια στην Νορβηγία, 45 δις δολάρια στις ΗΠΑ και 3,6 δις στην Αυστραλία. Το 60% της δυνητικής παραγωγής στις ΗΠΑ και Αυστραλία χάνεται λόγω πρόωρου απογαλακτισμού, δηλαδή 63 δις δολάρια και 4 δις δολάρια αντίστοιχα. Στη Νορβηγία υπολογίστηκε απώλεια του 40% της παραγωγής, δηλαδή 598 εκ. δολάρια. Η ευαισθητοποίηση στο κόστος της απώλειας του ανθρώπινου γάλακτος που επιχειρείται στη μελέτη αυτή, δείχνει την ανάγκη για λήψη μέτρων για την προστασία και προαγωγή του μητρικού θηλασμού[29].

Οι οικονομικές συνέπειες από τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού είναι δύσκολο να γενικευτούν μεταξύ των χωρών, λόγω διαφορών στο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο[16]. Έτσι το ισοζύγιο μεταξύ κόστους και εξοικονόμησης μπορεί να διαφέρει και μεταξύ των χωρών και εντός της ίδιας χώρας. Όλες οι αναφερόμενες μελέτες, παρά τις διαφορές στις μεθόδους, στα ποσοστά θηλασμού και στις μελετώμενες παθήσεις, παρέχουν σταθερή ένδειξη ότι αύξηση των ποσοστών θηλασμού μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές μειώσεις στο κόστος για τα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες χώρες. Πολλές από τις εξοικονομήσεις αφορούν στο μέλλον[16]. Επίσης τα οφέλη επεκτείνονται και πέραν των συστημάτων υγείας και στην ευρύτερη οικονομία[16,27,29]. Μια εξέταση από την οικονομική άποψη είναι αναγκαία για να παρέχει στους υπεύθυνους τις απαραίτητες πληροφορίες για χρήση στη λήψη αποφάσεων για τις προτεραιότητες επενδύσεων, σε μια εποχή όπου οι πόροι είναι περιορισμένοι[15,16].

### 3.3. Το κόστος του θηλασμού για τη θηλάζουσα μητέρα

Μια οικονομική αποτίμηση του μητρικού θηλασμού δεν μπορεί να είναι πλήρης αν δεν γίνει και μια αναφορά στο κόστος που μπορεί να έχει για τη θηλάζουσα μητέρα. Αν το περιβάλλον εργασίας της μητέρας δεν είναι φιλικό προς το θηλασμό, τότε οι γυναίκες που επιθυμούν να θηλάσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα θα επιλέξουν να εργάζονται λιγότερες ώρες ή καθόλου, με συνέπεια την απώλεια εισοδήματος. Έχει αναφερθεί μεγαλύτερη απώλεια εισοδήματος σε γυναίκες που θηλάζουν για περισσότερο από 6 μήνες[32]. Η απώλεια εισοδήματος μπορεί να αφορά στο σύνολο της διάρκειας ζωής, ανάλογα με το σχεδιασμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της κάθε χώρας και το συσχετισμό των συντάξεων με τις κοινωνικές εισφορές[33]. Επίσης παρατηρήθηκε μικρότερη ανάμιξη του πατέρα στην φροντίδα του βρέφους όταν αυτό θηλάζει[32]. Ο θηλασμός και ειδικότερα ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός είναι μια δραστηριότητα με μεγάλες απαιτήσεις σε χρόνο. Οι μητέρες που θηλάζουν αποκλειστικά αφιερώνουν περίπου 7 ώρες την εβδομάδα περισσότερο στη σίτιση του βρέφους με γάλα από τις μητέρες που δεν θηλάζουν ή θηλάζουν μερικώς, ενώ λαμβάνουν μικρότερη βοήθεια για τη σίτιση του βρέφους[33]. Έτσι ο πρόωρος απογαλακτισμός μπορεί να είναι μια αντίδραση της μητέρας για να μοιραστεί το χρονικό κόστος της βρεφικής σίτισης και με άλλα άτομα. Στρατηγικές που επιτρέπουν την πιο ευρεία διαμοίραση του κόστους, τόσο σε χρόνο όσο και σε χρήμα, είναι απαραίτητες για να επωφελείται η κοινωνία από τα πολλαπλά πλεονεκτήματα του μητρικού θηλασμού.

#### 4. ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΠΡΩΤΟΒΟΥΛΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Η παρατηρούμενη μείωση στα ποσοστά θηλασμού περί τα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα και η αναγνώριση της σημασίας της πρακτικής του μητρικού θηλασμού ως μέσο για τη βελτίωση της υγείας και της διατροφής των βρεφών και μικρών παιδιών, οδήγησαν διεθνείς οργανισμούς όπως τον ΠΟΥ και τη UNICEF στην υιοθέτηση στρατηγικών για την προώθηση και προστασία του.

Καθώς ένας από τους λόγους που συνέβαλαν στη μείωση των ποσοστών θηλασμού ήταν η ανάπτυξη και προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος, αναγνωρίστηκε η ανάγκη λήψης κατάλληλων μέτρων, με αποτέλεσμα την υιοθέτηση το 1981 από τον ΠΟΥ του «Διεθνούς κώδικα για την εμπορία υποκατάστατων μητρικού γάλακτος» υπό μορφή σύστασης[34]. Ο σκοπός του κώδικα είναι να συμβάλει στην παροχή ασφαλούς και επαρκούς διατροφής για τα βρέφη, μέσω προστασίας και προαγωγής του θηλασμού και διασφαλίζοντας την κατάλληλη χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος όταν είναι αναγκαία, στη βάση επαρκούς πληροφόρησης και μέσω κατάλληλης εμπορίας και διανομής. Κύρια σημεία του «Κώδικα» αποτελούν η μη διαφήμιση και προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο ευρύ κοινό, όχι δωρεάν δείγματα ή συμβουλές σε έγκυες γυναίκες ή μητέρες από τους διανομείς, όχι προώθηση μέσω των υπηρεσιών υγείας, όχι δωρεάν προμήθειες στα συστήματα υγείας ή δώρα στους επαγγελματίες υγείας, ενώ οι πληροφορίες προς τους επαγγελματίες υγείας να περιορίζονται σε επιστημονικά και πρακτικά θέματα. Όσον αφορά τις ετικέτες των προϊόντων, αυτές δεν πρέπει να φέρουν εικόνες βρεφών ή άλλες εικόνες που να εξιδανικεύουν την διατροφή με υποκατάστατα μητρικού γάλακτος και στις πληροφορίες να αναγράφονται τα πλεονεκτήματα του θηλασμού και οι κίνδυνοι από τη μη κατάλληλη χρήση υποκατάστατων. Όλα τα προϊόντα πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας και να λαμβάνουν υπόψη τις κλιματικές συνθήκες και τις συνθήκες αποθήκευσης της χώρας στην οποία θα χρησιμοποιηθούν[34,35].

Η έκδοση «Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services - A Joint WHO/UNICEF Statement» το 1989, απευθύνεται στις υπηρεσίες υγείας, καθώς αυτές μπορούν να συμβάλουν στη μείωση των ποσοστών θηλασμού αν δεν παρέχουν υποστήριξη και ενθάρρυνση στις νέες μητέρες για να θηλάσουν ή με την εισαγωγή ρουτινών και διαδικασιών που παρεμβαίνουν στη φυσιολογική έναρξη και εγκατάσταση του θηλασμού[36]. Σε αυτήν παρουσιάζονται τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό τα οποία είναι:

1. Ύπαρξη γραπτής πολιτικής για το θηλασμό και τακτική ενημέρωση του προσωπικού υγείας.
2. Εκπαίδευση όλου του προσωπικού υγείας στις απαραίτητες δεξιότητες για την εφαρμογή αυτής της πολιτικής.
3. Πληροφόρηση όλων των εγκύων για τα οφέλη και τη διαχείριση του θηλασμού.
4. Παροχή βοήθειας προς τις μητέρες για να ξεκινήσουν να θηλάζουν εντός μισής ώρας από τη γέννηση.
5. Επίδειξη στις μητέρες για το πώς να θηλάζουν και πώς να διατηρηθεί η γαλουχία ακόμη κι αν πρέπει να αποχωριστούν το βρέφος τους.
6. Να μη δίνεται στα νεογέννητα καμιά άλλη τροφή ή υγρό παρά μόνο μητρικό γάλα, εκτός εάν υπάρχει ιατρική ένδειξη.
7. Διευκόλυνση της πρακτικής συνδιαμονής της μητέρας και του νεογνού 24 ώρες την ημέρα (rooming-in).
8. Ενθάρρυνση του θηλασμού κατά απαίτηση του βρέφους (όποτε θέλει και όσο θέλει).
9. Όχι πιπίλες ή άλλα αντικείμενα για το στόμα σε θηλάζοντα βρέφη.
10. Δημιουργία ομάδων υποστήριξης του θηλασμού στις οποίες θα απευθύνονται οι μητέρες όταν φεύγουν από το νοσοκομείο ή την κλινική.

Στο έγγραφο αυτό περιλαμβάνονται εισηγούμενες δράσεις που αφορούν το ρόλο του προσωπικού υγείας, τη φροντίδα του νεογέννητου και συστάσεις για την έξοδο από το νοσοκομείο.

Στα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό στηρίχθηκε ακολούθως η «Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» (The Baby Friendly Hospital Initiative) που ξεκίνησε το 1991, με την εφαρμογή των βημάτων αυτών να αποτελεί το ελάχιστο κριτήριο για την πιστοποίηση ενός νοσοκομείου ως «Φιλικό προς τα βρέφη», μέσω μιας επίσημης διαδικασίας αξιολόγησης[37]. Πάνω από 156 χώρες εφαρμόζουν την πρωτοβουλία αυτή, ενώ στο φως νέων ενδείξεων για τη διατροφή των βρεφών και μικρών παιδιών και της πανδημίας του ιού HIV, το υλικό της «Πρωτοβουλίας για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» αναθεωρήθηκε και ενημερώθηκε, ενσωματώνοντας και την εφαρμογή του «Κώδικα», τη φιλικότητα προς τις μητέρες, τη φροντίδα εγκύων και μητέρων στα πλαίσια του HIV, επειγουσών καταστάσεων, και επέκταση προς άλλους τύπους μονάδων υγείας και προς την κοινότητα[38].

Η Διακήρυξη Innocenti για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού ήταν το αποτέλεσμα μιας κοινής συνάντησης του ΠΟΥ και της UNICEF στη Φλωρεντία το 1990. Αυτή τονίζει την ανάγκη ενίσχυσης μιας κουλτούρας μητρικού θηλασμού και της ενίσχυσης της αυτοπεποίθησης των γυναικών στην ικανότητά τους να θηλάσουν. Δηλώνει ότι όλες οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διορίσουν ένα εθνικό συντονιστή και μια εθνική επιτροπή θηλασμού, να διασφαλίσουν ότι όλες οι μονάδες που προσφέρουν υπηρεσίες μητρότητας εφαρμόζουν τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό, να λάβουν δράση ώστε να εφαρμοστούν οι αρχές και ο σκοπός του διεθνούς κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και να εφαρμόσουν νομοθεσία για την προστασία του δικαιώματος των εργαζόμενων γυναικών να θηλάσουν[39].

Στηριζόμενη στην «Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία», στον Διεθνή κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και στη Διακήρυξη Innocenti για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού, η Παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού το 2003 (Global strategy for infant and young child feeding) από τον ΠΟΥ και τη UNICEF προχωρά ακόμα παραπέρα, τονίζοντας την ανάγκη ολοκληρωμένων εθνικών πολιτικών για τη διατροφή των βρεφών και μικρών παιδιών και την ανάγκη για διασφάλιση ότι όλες οι μονάδες υγείας προστατεύουν, προωθούν και υποστηρίζουν τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες και την έγκαιρη και επαρκή συμπληρωματική σίτιση με τη συνέχιση του θηλασμού μέχρι την ηλικία των 2 ετών ή και περισσότερο[7]. Ο σκοπός της στρατηγικής είναι η βελτίωση της διατροφικής κατάστασης, της ανάπτυξης, της υγείας και ως εκ τούτου της επιβίωσης των βρεφών και μικρών παιδιών.

Ο ΠΟΥ συστήνει από το 2001 αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες. Ενδείξεις για τα πλεονεκτήματα αυτής της πρακτικής προέρχονται από συστηματική ανασκόπηση η οποία και ανανεώθηκε πρόσφατα, σύμφωνα με την οποία τα βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά για 6 μήνες, παρουσιάζουν μειωμένη νοσηρότητα από γαστρεντερικές λοιμώξεις σε σχέση με βρέφη που θηλάζουν μερικώς μετά τους 3-4 μήνες, χωρίς να παρουσιάζουν ελλείμματα στην ανάπτυξή τους. Έτσι καταλήγει στο συμπέρασμα ότι παρόλο που κάθε βρέφος πρέπει να αντιμετωπίζεται ξεχωριστά ώστε να μην παραβλέπονται προβλήματα στην ανάπτυξή του, δεν υπάρχει εμφανής κίνδυνος από τη σύσταση ως γενική πολιτική για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για τους πρώτους 6 μήνες ζωής, τόσο σε αναπτυσσόμενες όσο και σε ανεπτυγμένες χώρες[40].

Σύμφωνα με τους ορισμούς του ΠΟΥ[41], ως αποκλειστικός μητρικός θηλασμός (exclusive breastfeeding) ορίζεται η σίτιση του βρέφους αποκλειστικά με μητρικό γάλα, με μόνη εξαίρεση τη λήψη διαλυμάτων ενυδάτωσης, βιταμινών, μετάλλων ή φαρμάκων. Ο κυρίως θηλασμός (predominant breastfeeding) περιλαμβάνει επιπλέον τη λήψη και άλλων υγρών όπως νερό, ροφήματα που έχουν ως βάση το νερό, χυμό, όχι όμως άλλο γάλα εκτός από το μητρικό. Το άθροισμα του αποκλειστικού και του κυρίως θηλασμού αποτελεί ο πλήρης θηλασμός (full breastfeeding). Ο θηλασμός (breastfeeding) επιτρέπει τη λήψη και οποιασδήποτε άλλης τροφής ή γάλακτος. Κατά τη συμπληρωματική σίτιση (complementary feeding) το βρέφος λαμβάνει μητρικό γάλα και στερεές τροφές.

Η προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού αποτελεί προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία και σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Για αυτό και έχει αναπτυχθεί σχέδιο δράσης από ειδικούς στον τομέα αυτό από όλη την Ευρώπη, που περιγράφει τις δράσεις που πρέπει να περιέχονται και να εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, με στόχο τη βελτίωση των δεικτών του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη[42]. Αυτό περιλαμβάνει το σχεδιασμό εθνικής πολιτικής βασισμένη στην παγκόσμια στρατηγική για τη διατροφή του βρέφους και του μικρού παιδιού, που να είναι ενσωματωμένη στις γενικές πολιτικές υγείας, πληροφόρηση, επιμόρφωση και ενημέρωση για την εγκαθίδρυση κουλτούρας θηλασμού σε χώρες όπου η τεχνητή διατροφή αποτελεί πρότυπο, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα θηλασμού και διαχείρισης της γαλουχίας, προστασία του θηλασμού μέσω εφαρμογής του κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και νομοθεσίας για τη διευκόλυνση των εργαζόμενων μητέρων να θηλάσουν αποκλειστικά για 6 μήνες, προαγωγή του θηλασμού μέσω εθνικών πολιτικών και υποστήριξη του θηλασμού μέσω σωστής φροντίδας υγείας και υποστηρικτικών υπηρεσιών. Απαραίτητη είναι η συνεχής παρακολούθηση με προτυποποιημένους δείκτες, ορισμούς και μεθόδους για να διασφαλίζεται η συγκρισιμότητα και η έρευνα για τις επιδράσεις πρακτικών και παρεμβάσεων στο θηλασμό.

Από όλα τα ανωτέρω φαίνεται ότι έχουν γίνει σημαντικές ενέργειες σε διεθνές επίπεδο όσον αφορά την προώθηση του μητρικού θηλασμού. Η ευθύνη όμως για την εφαρμογή των διεθνών συστάσεων στην πράξη εναπόκειται στο κάθε κράτος. Το πόσο εύκολο ή δύσκολο θα είναι αυτό εξαρτάται από την ιδιομορφία του κάθε κράτους, την κατάσταση και τις απόψεις που επικρατούν ως προς την πρακτική του θηλασμού και τις διαθέσιμες υποδομές και πληροφορίες που υπάρχουν. Η πληροφόρηση για τους δείκτες και τους προσδιοριστές

του μητρικού θηλασμού για κάθε χώρα έχει καίρια σημασία στο σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την προαγωγή του.

## 5.ΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΤΟΥ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΘΗΛΑΣΜΟΥ

Πολλοί και ποικίλοι παράγοντες έχουν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, συσχετιστεί με το μητρικό θηλασμό. Μέσα από τις έρευνες που έχουν γίνει τις τελευταίες δεκαετίες σε διάφορες χώρες, προκύπτουν ορισμένοι παράγοντες που συνδέονται σχετικά σταθερά με την έναρξη ή τη διάρκεια του θηλασμού, ενώ παρατηρούνται και διαφορές ανάλογα με το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο που επικρατεί στην κάθε χώρα. Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε δημογραφικούς, ψυχοκοινωνικούς, κοινωνικούς, βιολογικούς, σχετιζόμενους με τη φροντίδα υγείας και σχετιζόμενους με τη δημόσια πολιτική [9].

### 5.1.Δημογραφικοί παράγοντες

Η ηλικία της μητέρας έχει συσχετιστεί σταθερά με τον μητρικό θηλασμό με τις περισσότερες μελέτες να συμφωνούν ότι οι μεγαλύτερες σε ηλικία μητέρες θηλάζουν περισσότερο[9-10,43-44]. Η μεγαλύτερη ηλικία της μητέρας έχει συσχετιστεί τόσο με την έναρξη[45-46], όσο και με τη μεγαλύτερη διάρκεια του θηλασμού[47-51], με την ηλικία να αποτελεί ισχυρό δημογραφικό παράγοντα που επηρεάζει τη διάρκεια του θηλασμού[10]. Η αποκλειστικότητα του θηλασμού σχετίζεται επίσης θετικά με την ηλικία της μητέρας[49,52-56].

Το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας αποτελεί επίσης προσδιοριστή του μητρικού θηλασμού, με τις γυναίκες υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου να θηλάζουν συχνότερα και για μεγαλύτερη διάρκεια στις ανεπτυγμένες χώρες[9-10,43]. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Νορβηγία, η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και η Ιρλανδία[48-49,51-52,56-58]. Στη Νορβηγία το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας αναγνωρίστηκε ως ο σημαντικότερος παράγοντας που σχετίζεται σημαντικά με τον αποκλειστικό θηλασμό στις περισσότερες ηλικίες βρεφών[49]. Σε άλλη μελέτη το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας αναδεικνύεται ως σημαντικότερος παράγοντας από την κοινωνική τάξη όσον αφορά την έναρξη του θηλασμού. Η πιθανή εξήγηση που δίνεται είναι ότι η μεγαλύτερης διάρκειας επίσημη εκπαίδευση καθιστά τις γυναίκες πιο ικανές να εκπαιδευτούν και σε περαιτέρω θέματα και να αναζητήσουν σχετικές πληροφορίες[59]. Επίσης και το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα έχει συσχετιστεί με τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού σε μελέτη στην Ελλάδα[60]. Πιθανώς στην Ελλάδα οι πατέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου να παρέχουν πιο ευνοϊκούς περιβαλλοντικούς παράγοντες για να μπορούν να θηλάσουν οι



μητέρες και να είναι πιο ενημερωμένοι και υποστηρικτικοί προς το θηλασμό. Αντίθετα ευρήματα προκύπτουν από μελέτες σε αναπτυσσόμενες χώρες όπως η Ινδία, το Μπαγκλαντές, η Σαουδική Αραβία, η Αργεντινή και το Περού, όπου σε αυτές το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια και αποκλειστικότητα του θηλασμού[61-65]. Πιθανό ρόλο μπορεί να παίζει η υιοθέτηση μοντέρνων ιδεών που οδηγεί σε εγκατάλειψη παραδοσιακών πρακτικών όπως ο θηλασμός ή η συσχέτιση του μορφωτικού με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και την ευκολότερη πρόσβαση σε υποκατάστατα μητρικού γάλακτος[62].

Η κοινωνική τάξη[9], το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο[10,44] και το εισόδημα[51,54] έχουν επίσης μελετηθεί σε σχέση με το θηλασμό, με τις πιο εύπορες γυναίκες να θηλάζουν περισσότερο[66]. Η κοινωνική τάξη έχει συσχετιστεί με την έναρξη του θηλασμού στην Ιταλία[67], ενώ το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο έχει συσχετιστεί με τη βελτίωση των δεικτών της έναρξης, της διάρκειας και της αποκλειστικότητας του θηλασμού[52] και το υψηλότερο εισόδημα με την αποκλειστικότητα κατά την έξοδο από το νοσοκομείο[54] στον Καναδά. Το χαμηλό εισόδημα έχει συσχετιστεί με την πρόωρη διακοπή του θηλασμού στην Αυστραλία[51]. Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα ευρήματα είναι και πάλι αντίστροφα, με το υψηλό εισόδημα και πλούτο να σχετίζονται με τη διακοπή του θηλασμού[61,63], πιθανώς λόγω της ύπαρξης διαθέσιμου εισοδήματος για αγορά υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και της αυξημένης αντίληψης για την εικόνα του σώματος από τις μητέρες με υψηλό εισόδημα[61].

Η εθνικότητα της μητέρας παίζει επίσης ρόλο στην έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού. Στις ΗΠΑ οι μητέρες Αφρο-Αμερικανικής και Λατινικής καταγωγής παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά θηλασμού από τις μητέρες που ανήκουν στη λευκή φυλή[44]. Στο Ηνωμένο Βασίλειο συμβαίνει το αντίθετο, με τις μητέρες που ανήκουν στη λευκή φυλή να παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα να σταματήσουν πιο νωρίς το θηλασμό από τις μη λευκές μητέρες όπως οι Ινδές, οι Πακιστανές και οι μητέρες που ανήκουν στη μαύρη φυλή, με τη μεγαλύτερη διαφορά να παρουσιάζεται σε σχέση με τη μαύρη φυλή με 2,9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για διακοπή του θηλασμού[68]. Αυτή η διαφορά πιθανώς να σχετίζεται με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αυτών που ανήκουν στη μαύρη φυλή στις ΗΠΑ σε σχέση με το Ηνωμένο Βασίλειο. Το εισόδημα και στις δύο περιπτώσεις είναι χαμηλότερο από των λευκών, οπότε το εκπαιδευτικό επίπεδο μάλλον παίζει σημαντικότερο ρόλο στη διάρκεια του θηλασμού από το εισόδημα[69].

Άλλες μελέτες έχουν αναδείξει και το ρόλο του εκπολιτισμού (acculturation), δηλαδή της διαδικασίας προσαρμογής σε ένα νέο κοινωνικό περιβάλλον, στην πρακτική του μητρικού θηλασμού. Η μικρότερη διάρκεια διαμονής στις ΗΠΑ σχετίζεται θετικά με την έναρξη του θηλασμού σε μητέρες λατινικής και ασιατικής καταγωγής, ενώ παρόμοια ευρήματα ανευρέθηκαν και στην Αυστραλία σε μετανάστριες από το Βιετνάμ[44]. Ο χρόνος παραμονής στις ΗΠΑ παρουσίασε αντίστροφη σχέση με τη διάρκεια του θηλασμού σε γυναίκες μέλη του προγράμματος διατροφής WIC[70]. Από άλλη μελέτη προκύπτει ότι η διαμονή στο Χονγκ-Κονγκ για λιγότερο από 5 χρόνια σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού[71]. Έτσι οι μετανάστριες από την Κίνα όπου η διάρκεια θηλασμού είναι μεγαλύτερη, διατηρούν τις παραδοσιακές τους πρακτικές αν η διάρκεια παραμονής τους στον Χονγκ-Κονγκ είναι μικρή. Και στην Ελλάδα οι μετανάστριες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά θηλασμού στους 6 μήνες σε σχέση με τις Ελληνίδες[60]. Λόγοι που έχουν δοθεί για να εξηγηθεί αυτό το φαινόμενο είναι η μετάβαση από εκτεταμένες οικογένειες σε πυρηνικές, η μετάβαση από επαρχιακό σε αστικό περιβάλλον, το ενδιαφέρον για το δυτικό τρόπο ζωής, η εργασία της μητέρας και η διαθεσιμότητα υποκατάστατων μητρικού γάλακτος[44].

Η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας αποτελεί και αυτή έναν δημογραφικό παράγοντα που σχετίζεται με το μητρικό θηλασμό. Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν ότι οι παντρεμένες μητέρες έχουν καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά το θηλασμό[9-10,44,66], με τις ανύπαντρες να μην θηλάζουν[72] ή να διακόπτουν νωρίς το θηλασμό[69]. Η έναρξη του θηλασμού έχει συσχετιστεί με τη συμβίωση με το σύζυγο ή το σύντροφο[45], ενώ η αποκλειστικότητα του θηλασμού έχει συσχετιστεί αρνητικά με τις ανύπαντρες μητέρες[73].

Ο τόπος διαμονής έχει επίσης διερευνηθεί σε ορισμένες μελέτες σε σχέση με το θηλασμό. Ενώ σε μελέτη στη Νορβηγία[74] ο βαθμός αστικοποίησης είχε συσχετιστεί θετικά με τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού, σε άλλες χώρες όπως η Ινδία[61], το Μπαγκλαντές[62], η Σαουδική Αραβία[63] και η Κίνα[75] η διαμονή σε αστική περιοχή συσχετίστηκε με μικρότερη διάρκεια και μικρότερο ποσοστό αποκλειστικότητας του θηλασμού.

Η θρησκεία αποτελεί επίσης έναν προσδιοριστή του μητρικού θηλασμού για κάποιες χώρες. Για παράδειγμα στην Ινδία η πιθανότητα διακοπής του θηλασμού είναι μεγαλύτερη για τους μουσουλμάνους, τους σιχ και τους χριστιανούς σε σχέση με τους ινδουιστές[61]. Στο Μπαγκλαντές οι μη-μουσουλμάνοι (ινδουιστές, χριστιανοί, βουδιστές) θηλάζουν για περισσότερο από τους μουσουλμάνους[62]. Εφόσον στα θρησκευτικά κείμενα δεν

υποστηρίζεται η διακοπή του θηλασμού τότε άλλοι πολιτισμικοί παράγοντες πιθανόν να παίζουν ρόλο[61].

Πολύ σημαντικός παράγοντας που μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο για την έναρξη, τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού είναι η εργασία της μητέρας, ιδιαίτερα σε χώρες όπου δεν παρέχεται άδεια μητρότητας ή είναι πολύ σύντομη[9] και περισσότερο αν δεν υπάρχει η δυνατότητα για άντληση γάλακτος[66]. Η επιστροφή στην εργασία σχετίζεται αρνητικά περισσότερο με τη διάρκεια του θηλασμού παρά με την έναρξή του, ενώ και η διάρκεια της άδειας μητρότητας σχετίζεται με τη διάρκεια του θηλασμού[44]. Η δυνατότητα για θηλασμό ή άντληση γάλακτος στο χώρο εργασίας είναι δύο από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για τη συνέχιση του θηλασμού[69]. Οι μητέρες που επιστρέφουν στην εργασία πριν από τους 6 μήνες είναι λιγότερο πιθανό να θηλάζουν πλήρως ή αποκλειστικά στους 6 μήνες[55,76] ή να θηλάζουν ακόμα στους 12 μήνες[76]. Η επιστροφή στην εργασία σε σύντομο χρόνο σχετίζεται με τη διακοπή του θηλασμού όπως βρέθηκε σε μελέτη παρακολούθησης στην Ελλάδα[48]. Σημασία έχει και ο τύπος εργασίας, με τις μητέρες που εργάζονται ως υπάλληλοι να παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρης διακοπής του θηλασμού σε σχέση με τις μη εργαζόμενες, ενώ δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά ανάμεσα στις αυτό-εργοδοτούμενες μητέρες και τις μη εργαζόμενες[77]. Η πιο εμφανής εξήγηση είναι ότι οι αυτό-εργοδοτούμενες μητέρες είναι πιο πιθανό να εργάζονται από το σπίτι, οπότε να μπορούν να συνδυάζουν καλύτερα το θηλασμό με τις απαιτήσεις της εργασίας. Επίσης οι εργαζόμενες ως υπάλληλοι πλήρους απασχόλησης έχουν αυξημένο κίνδυνο για διακοπή του θηλασμού σε σχέση με τις εργαζόμενες μερικής απασχόλησης, ενώ η μεγαλύτερη διάρκεια της άδειας μητρότητας μπορεί να διευκολύνει το θηλασμό για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα[77]. Η συνέχιση του θηλασμού και η εργασία παρουσιάζουν αντικρουόμενες απαιτήσεις[77] και η σύγκρουση ρόλων μεταξύ θηλάζουσας και εργαζόμενης μητέρας οδηγεί σε μείωση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού[78].

## 5.2.Βιολογικοί παράγοντες

Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος από τις μητέρες για τη διακοπή του θηλασμού είναι η ανεπάρκεια γάλακτος[60,66,79-81]. Είναι το αίσθημα της μητέρας ότι το γάλα της είναι ανεπαρκές για να ικανοποιήσει την πείνα του μωρού της ή να υποστηρίξει την επαρκή πρόσληψη βάρους[10]. Η αντίληψη για ανεπαρκές γάλα είναι συχνότερη από το ίδιο το πρόβλημα. Πρωτοπαθείς αιτίες ανεπαρκούς παραγωγής γάλακτος αποτελούν ανατομικές ανωμαλίες του μαστού και ορμονικές διαταραχές, που μπορεί να αφορούν μέχρι το 5% των

γυναικών. Δευτεροπαθείς αιτίες που είναι πολύ συχνότερες αφορούν προβλήματα στη διαχείριση του θηλασμού[10], όπως ακατάλληλη συχνότητα και διάρκεια σίτισης, χορήγηση συμπληρωμάτων, ακατάλληλη θέση του βρέφους ή μη σωστή σύλληψη του μαστού κατά το θηλασμό ή μπορεί ακόμα να αντανακλά έλλειψη αυτοπεποίθησης από τη μητέρα[81].

Η προωρότητα[9,48,54] και τα προβλήματα υγείας[10] των νεογνών αποτελούν παράγοντες που μπορεί να παρεμποδίσουν το θηλασμό, ενώ οι μητέρες υγείων τελειόμηνων νεογνών έχουν μεγαλύτερη επιτυχία[44]. Η νοσηλεία σε ειδική μονάδα φροντίδας νεογνών έχει συσχετιστεί με διακοπή του θηλασμού[48] και του αποκλειστικού θηλασμού[55] και σε άλλη μελέτη αποτελούσε τον ισχυρότερο προσδιοριστικό παράγοντα για μη αποκλειστικό θηλασμό κατά την έξοδο από το νοσοκομείο[82]. Η νοσηλεία σε μονάδα νεογνών δημιουργεί προβλήματα στο θηλασμό, λόγω έλλειψης πληροφόρησης των μητέρων για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος για τα πρόωρα νεογνά, συναισθηματικής αναστάτωσης και φυσικής απόστασης μεταξύ μητέρας και νεογνού[10].

Τα προβλήματα με τις θηλές[79] και οι δυσκολίες με το θηλασμό γενικότερα τις πρώτες εβδομάδες[76] έχουν συσχετιστεί επίσης αρνητικά με τη διάρκεια του θηλασμού. Η απουσία των προβλημάτων με τις θηλές και η σωστή τεχνική θηλασμού έχουν συσχετιστεί με μεγαλύτερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού[83], ενώ η μη σωστή σύλληψη του μαστού από το βρέφος έχει συσχετιστεί με τη διακοπή του αποκλειστικού θηλασμού πριν τους 6 μήνες[53]. Τα προβλήματα με το θηλασμό έχουν συσχετιστεί με την διακοπή του θηλασμού[84] και του πλήρους θηλασμού[85] κατά τον πρώτο μήνα και τα προβλήματα του μαστού με μεγαλύτερο κατά 3 φορές κίνδυνο διακοπής του θηλασμού μέχρι τις 12 εβδομάδες[86]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη τα προβλήματα κατά την πρώτη εβδομάδα αποτελούν παράγοντα κινδύνου για διακοπή του θηλασμού πριν τις 10 εβδομάδες, αλλά όχι μεταξύ 10 και 20 ή μετά τις 20 εβδομάδες. Πιθανώς οι γυναίκες που αντιμετωπίζουν προβλήματα αλλά συνεχίζουν να θηλάζουν αναπτύσσουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, μετριάζοντας την επίδραση των αρνητικών εμπειριών στη διάρκεια του θηλασμού[87]. Προβλήματα κατά την έναρξη του θηλασμού αντιμετωπίζει περισσότερο από το ένα τρίτο των γυναικών[76,87] και μπορούν να αντιμετωπιστούν αν αναγνωριστούν έγκαιρα[84].

Μητέρες που θηλάζουν το πρώτο τους παιδί έχουν αυξημένο κίνδυνο για πρόωμη διακοπή του θηλασμού[9,64,68-69], ενώ μητέρες που έχουν και άλλα παιδιά θηλάζουν συχνότερα[45] και για μεγαλύτερο διάστημα[10,44,88-89]. Αυτό πιθανό να σχετίζεται με προηγούμενη εμπειρία όσον αφορά το θηλασμό[68].

Το βάρος γέννησης έχει και αυτό μελετηθεί σε σχέση με το θηλασμό, με το χαμηλό βάρος γέννησης να σχετίζεται θετικά με την έναρξη του θηλασμού[88] και αρνητικά με τη διάρκεια του[49], ενώ το αυξημένο βάρος κατά τη γέννηση έχει συσχετιστεί θετικά με τον αποκλειστικό θηλασμό στους 6 μήνες[65].

Σε ορισμένες μελέτες και το φύλο του παιδιού βρέθηκε να έχει σχέση με το θηλασμό με τα αγόρια να διακόπτουν νωρίτερα το θηλασμό[9,90] και να σιτίζονται με στερεά τροφή νωρίτερα[91], πιθανώς λόγω της αντίληψης ότι έχουν μεγαλύτερες διατροφικές ανάγκες που δεν καλύπτονται πλήρως μόνο με το θηλασμό. Αντίθετα σε μελέτη από την Ινδία τα κορίτσια σταματούσαν πιο νωρίς το θηλασμό[61].

Μέσα από αρκετές μελέτες έχει καταδειχθεί η σχέση μεταξύ αυξημένου σωματικού βάρους ή παχυσαρκίας της μητέρας και μειωμένων ποσοστών θηλασμού. Συστηματική ανασκόπηση συμπεραίνει ότι οι παχύσαρκες γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόθεση να θηλάσουν και ότι σκοπεύουν να θηλάσουν για μικρότερο χρονικό διάστημα[92]. Είναι ακόμα λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν να θηλάζουν και θηλάζουν για μικρότερο χρονικό διάστημα[92]. Σύμφωνα με πιο πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση, με ευρήματα που συμφωνούν με την προηγούμενη, η διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού είναι επίσης μικρότερη[93]. Πολλοί λόγοι έχουν αναφερθεί για να εξηγηθούν αυτές οι διαφορές. Ανατομικοί/φυσιολογικοί λόγοι που έχουν προταθεί είναι το ότι η πλειονότητα των παχύσαρκων γυναικών έχουν μεγάλους μαστούς που μπορεί για πρακτικούς λόγους να δυσκολεύουν την σύλληψη του μαστού από το βρέφος και η καθυστέρηση του σταδίου 2 της λακτογένεσης. Οι παχύσαρκες γυναίκες είναι επίσης πιο πιθανό να πάσχουν από παθήσεις όπως σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και σακχαρώδη διαβήτη, ενώ έχουν πιο συχνά επιπλοκές κατά τον τοκετό και υποβάλλονται πιο συχνά σε καισαρική τομή. Κοινωνικοί λόγοι όπως το ότι ανήκουν συχνότερα σε ομάδες που είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν (χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου), η μειωμένη πρόθεση να θηλάσουν λόγω στάσεων προς την υγεία ή επειδή νιώθουν άβολα να θηλάσουν μπροστά σε άλλους και ψυχολογικοί λόγοι όπως μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυξημένη επιλόχεια κατάθλιψη παίζουν επίσης ρόλο[92].

Από μελέτες σε διάφορες χώρες βρέθηκε ότι υπάρχει μια σταθερά αρνητική συσχέτιση μεταξύ θηλασμού και καπνίσματος. Το κάπνισμα έχει συσχετιστεί αρνητικά τόσο με τη διάρκεια[47-49,60,74,76,88,94-95], όσο και με την αποκλειστικότητα του θηλασμού[49,54-55,73-74,94-95]. Σε άλλη μελέτη έχει βρεθεί ως ο πιο ισχυρός προσδιοριστής για τη μη

έναρξη θηλασμού[96]. Διάφορες θεωρίες που έχουν προταθεί για να εξηγηθεί αυτή η σχέση, όπως η μειωμένη παραγωγή γάλακτος λόγω επίδρασης της νικοτίνης στα επίπεδα προλακτίνης, η αναστολή της ωκυτοκίνης και η μειωμένη αιματική ροή στο μαστό λόγω αγγειοσύσπασης δεν έχουν επιβεβαιωθεί[97]. Από ανασκόπηση των επιδημιολογικών δεδομένων με σκοπό να διερευνηθεί αν το κάπνισμα έχει αρνητική επίδραση στη φυσιολογία της γαλουχίας, βρέθηκε ότι οι καπνίστριες είναι λιγότερο πιθανό να έχουν πρόθεση να θηλάσουν, να ξεκινήσουν να θηλάζουν και να θηλάζουν για μικρότερο χρονικό διάστημα[97]. Αφού υπάρχει και μειωμένη πρόθεση για θηλασμό δεν μπορεί να γίνει η υπόθεση επίδρασης στη φυσιολογία της γαλουχίας. Επίσης ορισμένοι πληθυσμοί με υψηλά ποσοστά καπνιστριών θηλάζουν επιτυχώς. Αν υπήρχε σταθερή αρνητική επίδραση στη γαλουχία δεν θα υπήρχαν διαφοροποιήσεις στα ποσοστά θηλασμού ανάμεσα στις γυναίκες που καπνίζουν, οπότε πιθανώς ψυχοκοινωνικοί λόγοι να παίζουν σημαντικό ρόλο[97]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη που διερευνά αν η αρνητική σχέση μεταξύ καπνίσματος και θηλασμού οφείλεται σε μειωμένη πρόθεση για θηλασμό, οι καπνίστριες με ισχυρή πρόθεση να θηλάσουν ήταν πιο πιθανό να έχουν επιτυχία στο θηλασμό από μη καπνίστριες με χαμηλότερη πρόθεση. Το κάπνισμα αύξανε κατά 17% τον κίνδυνο διακοπής του θηλασμού, ενώ η πρόθεση για θηλασμό για λιγότερο από ένα μήνα κατά 78% σε σχέση με την πρόθεση για θηλασμό για τουλάχιστον 4 μήνες. Έτσι συμπεραίνει ότι παρόλο που οι γυναίκες που καπνίζουν θηλάζουν λιγότερο, αυτό οφείλεται σε μειωμένη πρόθεση να θηλάσουν και όχι στην επίδραση του καπνίσματος στη γαλουχία[98].

### 5.3. Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη φροντίδα υγείας

Ένας αριθμός νοσοκομειακών πρακτικών πιστεύεται ότι επιδρά αρνητικά στην επιτυχία του μητρικού θηλασμού. Προς αυτές στοχεύει και η «Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» μέσω της εφαρμογής των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό.

Η μη παρακολούθηση ενημερωτικών μαθημάτων προ του τοκετού έχει συσχετιστεί αρνητικά με το θηλασμό στους 6 μήνες[47,60] και με μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού[54,99]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να θηλάζουν πλήρως μεταξύ 6 και 10 εβδομάδων αν πίστευαν ότι χρειαζόνταν περισσότερες πληροφορίες σχετικά με το θηλασμό πριν τον τοκετό[100]. Από ανασκόπηση που είχε ως σκοπό την αξιολόγηση της εκπαίδευσης εγκύων γυναικών όσον αφορά το θηλασμό για την αύξηση της διάρκειας του θηλασμού, προκύπτει ότι η εκπαίδευση φαίνεται να αυξάνει τη διάρκεια του

θηλασμού, όμως οι μελέτες που περιλαμβάνονταν στην ανασκόπηση είχαν μεθοδολογικούς περιορισμούς[101].

Στα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό υποστηρίζεται η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού εντός μισής ώρας από τη γέννηση[36]. Η καθυστέρηση της πρώτης επαφής μητέρας-νεογνού για περισσότερο από 90 λεπτά έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο διακοπής του θηλασμού[64], ενώ ο θηλασμός εντός μιας ώρας από τη γέννηση με μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού[94,102] και αποκλειστικού θηλασμού[94]. Άλλοι δεν βρίσκουν σχέση μεταξύ της χρονικής περιόδου του πρώτου θηλασμού με τη διάρκεια του θηλασμού[44]. Από πρόσφατη μετά-ανάλυση Cochrane προέκυψε σημαντική θετική επίδραση της πρώιμης επαφής δέρμα με δέρμα μεταξύ μητέρας και νεογνού μετά τη γέννηση στο θηλασμό μεταξύ πρώτου και τέταρτου μήνα και στη διάρκεια του θηλασμού. Επίσης υπήρχε θετική επίδραση στη γλυκόζη αίματος, στη ρύθμιση της θερμοκρασίας και στη μείωση του κλάματος των νεογνών[103].

Η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο νοσοκομείο έχει συσχετιστεί αρνητικά με το θηλασμό στους 6 μήνες[47], με μικρότερη διάρκεια θηλασμού[95,104] και μικρότερη διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού[67,95,99]. Η χορήγηση υποκατάστατων την πρώτη εβδομάδα[85] και τον πρώτο μήνα[64,79] σχετίζεται επίσης με μικρότερη διάρκεια του θηλασμού. Από μελέτη προέκυψε ότι τα βρέφη που έλαβαν υποκατάστατα μητρικού γάλακτος λόγω επιλογής της μητέρας ήταν πιθανότερο να σταματήσουν το θηλασμό σε σχέση με αυτά που τα έλαβαν για ιατρικούς λόγους[68]. Σύμφωνα με μελέτη στη Σουηδία μόνο η λήψη υποκατάστατων χωρίς ιατρικούς λόγους σχετιζόταν αρνητικά με τη διάρκεια του θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού[94].

Η πρακτική της παροχής ξεχωριστής φροντίδας στη μητέρα και στο νεογνό ξεκίνησε στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα όταν οι περισσότερες γεννήσεις λάμβαναν χώρα στα νοσοκομεία. Ο διαχωρισμός όμως της μητέρας από το νεογνό μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη συχνότητα θηλασμού και μειωμένη παραγωγή γάλακτος. Αντίθετα η πρακτική “rooming in” είναι πιο ευνοϊκή για το θηλασμό καθώς επιτρέπει τη σίτιση “on demand”, δηλαδή όποτε και όσο θέλει το νεογνό και προάγει το δεσμό μεταξύ μητέρας και βρέφους. Η πρακτική “rooming in” και η ελεύθερη σίτιση του νεογνού έχουν συσχετιστεί θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού[102]. Συστηματική ανασκόπηση δεν βρήκε στοιχεία που να υποστηρίζουν το διαχωρισμό του νεογνού από τη μητέρα μετά τη γέννηση, οπότε συμπεραίνει ότι δεν υπάρχει λόγος να εφαρμόζεται έναντι της πρακτικής “rooming in”[105].

Επιδημιολογικές μελέτες από διάφορες χώρες έχουν δείξει αρνητική επίδραση της χρήσης πιπίλας στην έκβαση του θηλασμού. Η χρήση πιπίλας έχει συσχετιστεί με μειωμένη διάρκεια του θηλασμού στην Ιταλία, Νέα Ζηλανδία και Ελβετία[67,79,102] και διακοπή του θηλασμού τον πρώτο μήνα στη Σουηδία[84]. Άλλες μελέτες έχουν μελετήσει και τη χρονική στιγμή έναρξης χρήσης της πιπίλας, με τη χορήγηση πριν τις 10 εβδομάδες να σχετίζεται αρνητικά με τον πλήρη θηλασμό στους 6 μήνες και το θηλασμό στους 12 μήνες στην Αυστραλία[76] και η χορήγηση τον πρώτο μήνα με διακοπή του αποκλειστικού θηλασμού πριν τους 6 μήνες στη Βραζιλία[53]. Ο μηχανισμός που έχει προταθεί για να εξηγήσει την επίδραση της χρήσης πιπίλας στο θηλασμό είναι ότι η χορήγηση πιπίλας αντί του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερη συχνότητα θηλασμού, με αποτέλεσμα μικρότερη διέγερση του μαστού και μειωμένη παραγωγή γάλακτος και μακροπρόθεσμα μικρότερη διάρκεια θηλασμού. Επίσης λόγω διαφορών μεταξύ της πιπίλας και του μαστού μπορεί να προκληθεί «σύγχυση θηλής» και μη σωστή σύλληψη του μαστού κατά το θηλασμό, με αποτέλεσμα τραυματισμό θηλών και μαστίτιδα. Ακόμα το βρέφος μπορεί να αποκτήσει προτίμηση προς την τεχνητή θηλή παρά στο μαστό[106]. Άλλοι προτείνουν ότι η χρήση πιπίλας μπορεί να είναι δείκτης δυσκολιών με το θηλασμό παρά άμεσο αίτιο διακοπής του[53]. Από μετά-ανάλυση που περιλαμβάνει δύο κλινικές δοκιμές, προέκυψε το συμπέρασμα ότι σε γυναίκες που έχουν ισχυρή πρόθεση να θηλάσουν, η χρήση πιπίλας από τη γέννηση ή μετά την εγκατάσταση της γαλουχίας δεν επηρεάζει σημαντικά τα ποσοστά ή τη διάρκεια του αποκλειστικού ή μερικού θηλασμού μέχρι τους 4 μήνες[106]. Το αποτέλεσμα αυτό όμως μπορεί να μην αφορά γυναίκες με μικρή πρόθεση να θηλάσουν.

Ο τύπος τοκετού φαίνεται επίσης να έχει σχέση με το θηλασμό. Η καισαρική τομή σχετίζεται σε αρκετές μελέτες αρνητικά με τη διάρκεια του θηλασμού[60,62] και τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού [55,82,99]. Ακόμα υπάρχει σχέση μεταξύ καισαρικής τομής και διακοπής του θηλασμού τον πρώτο μήνα σε μελέτη στην Ελλάδα[48]. Ο αποκλειστικός θηλασμός κατά την έξοδο από το νοσοκομείο σχετίζεται θετικά με τον φυσιολογικό τοκετό[75] και αρνητικά με την καισαρική τομή, ιδιαίτερα αν δεν είναι προγραμματισμένη[54]. Η καισαρική τομή σχετίζεται αρνητικά και με την έναρξη του θηλασμού[107]. Επιπλέον οδηγεί σε καθυστέρηση στην έναρξη του θηλασμού[108], ενώ ο φυσιολογικός τοκετός σχετίζεται θετικά με την έναρξη του θηλασμού εντός μιας ώρας[109]. Σύμφωνα με μελέτη από την Ταϊβάν η καισαρική τομή δεν σχετίζεται με την έναρξη αλλά με μειωμένη πιθανότητα θηλασμού στον ένα και στους τρεις μήνες. Σε αυτή τη μελέτη όμως τα ποσοστά καισαρικής ήταν υψηλά, οπότε πιθανόν αρκετές να έγιναν για μη ιατρικούς λόγους,



έτσι οι γυναίκες που συμμετείχαν να ήταν σε καλύτερη κατάσταση υγείας από άλλες μελέτες[110]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη από τον Καναδά ο τύπος τοκετού δεν σχετίζεται με την έναρξη του θηλασμού, αλλά μια μη αναμενόμενη εξέλιξη του τοκετού όπως μη προγραμματισμένη καισαρική τομή και υποβοηθούμενος φυσιολογικός τοκετός σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα έναρξης και συνέχισης του θηλασμού μέχρι τις 6 εβδομάδες[111]. Οι επιπλοκές κατά τον τοκετό γενικά έχουν συσχετιστεί με μικρότερη διάρκεια του θηλασμού[112].

Η χορήγηση επισκληριδίου αναλγησίας κατά τον τοκετό είναι αμφιλεγόμενο αν έχει επίδραση στην έκβαση του θηλασμού. Έχει υποστηριχθεί ότι μπορεί να προκαλεί καταστολή της νευρολογικής συμπεριφοράς του νεογνού και καθυστέρηση στην ανάπτυξη συμπεριφορών που επιτρέπουν τον επιτυχή θηλασμό[44]. Τα ευρήματα από τις μελέτες είναι αντικρουόμενα με άλλες να θεωρούν την χρήση επισκληριδίου ως προβλεπτικό παράγοντα διακοπής του θηλασμού τον πρώτο μήνα[113], ενώ μελέτη από τον Καναδά δεν βρήκε σημαντική διαφορά μεταξύ των γυναικών στις οποίες χορηγήθηκε επισκληρίδιος και αυτών που δεν έλαβαν αναλγησία κατά τον τοκετό στη νευρολογική συμπεριφορά των νεογνών και στην αποτελεσματικότητα του θηλασμού 8 με 12 ώρες μετά τον τοκετό ή στη συνέχιση του θηλασμού στις 4 εβδομάδες μετά τον τοκετό[114]. Στο νοσοκομείο που έγινε η μελέτη αυτή η έγκαιρη έναρξη του θηλασμού, η πρακτική “rooming in” και η ελεύθερη σίτιση των νεογνών αποτελούσαν ρουτίνα. Πρόσφατη μελέτη από το Χονγκ-Κονγκ που διερεύνησε την επίδραση χορήγησης οπιοειδών αναλγητικών, επισκληριδίου αναλγησίας, πρόκλησης τοκετού και τύπου τοκετού, συμπέρανε ότι δεν υπήρχε σχέση μεταξύ κάθε ξεχωριστής παρέμβασης στη διάρκεια του μερικού ή αποκλειστικού θηλασμού μετά από έλεγχο συγχυτών. Ο συνδυασμός όμως παρεμβάσεων αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο διακοπής του θηλασμού, με αύξηση κατά 7% για κάθε επιπρόσθετη παρέμβαση[115]. Πολύ πρόσφατη μελέτη που διερευνά τη σχέση μεταξύ χρήσης αναλγησίας κατά τον τοκετό και καθυστέρησης στην έναρξη της γαλουχίας (καθυστέρηση στην έναρξη παραγωγής γάλακτος μεγαλύτερη από 72 ώρες από τον τοκετό), συμπεραίνει ότι οι μητέρες στις οποίες χορηγήθηκε αναλγησία κατά τον τοκετό ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν καθυστέρηση στην έναρξη της γαλουχίας, ανεξάρτητα από τη μέθοδο τοκετού[116].

Η υποστήριξη από το σύστημα υγείας των γυναικών που θηλάζουν, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και την περίοδο μετά το εξιτήριο, αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα για την επιτυχία τους[117]. Η παροχή συμβουλών, βοήθειας και

υποστήριξης από τις μαιές μετά τον τοκετό έχει θετικά αποτελέσματα για το θηλασμό[118], ενώ η παροχή αντικρουόμενων συμβουλών από τους επαγγελματίες υγείας έχει αρνητική επίδραση[9].

Συμπερασματικά, από τα ανωτέρω φαίνεται ότι το σύστημα υγείας μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της έναρξης και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού, με την εφαρμογή κατάλληλων παρεμβάσεων που προάγουν και υποστηρίζουν το θηλασμό και αποφυγή πρακτικών που μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση σε αυτόν.

#### 5.4. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ενώ οι δημογραφικοί παράγοντες είναι χρήσιμοι για την αναγνώριση ομάδων γυναικών που είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν, αυτοί είναι αμετάβλητοι. Έτσι τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό, καθώς αυτοί επιδέχονται μεταβολές μέσω παρεμβάσεων. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί σε σχέση με το θηλασμό περιλαμβάνονται η πρόθεση για θηλασμό, η χρονική στιγμή της απόφασης για τη μέθοδο σίτισης του νεογνού, η αυτοπεποίθηση ή αυτό-αποτελεσματικότητα, οι στάσεις και οι γνώσεις της μητέρας σχετικά με το θηλασμό, η κατάθλιψη, το άγχος και η υποστήριξη από το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον της μητέρας[69].

Από μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ ενός αριθμού ψυχολογικών χαρακτηριστικών της μητέρας και της διάρκειας του θηλασμού, προέκυψε ότι η αισιοδοξία, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η πίστη στο μητρικό γάλα, οι προσδοκίες για το θηλασμό, το άγχος, η πρόθεση για τη διάρκεια του θηλασμού και η στιγμή της απόφασης για τη μέθοδο σίτισης του βρέφους σχετίζονταν σημαντικά με τη διάρκεια του θηλασμού. Ως σύνολο οι ψυχολογικοί ήταν πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες για τη διάρκεια του θηλασμού από το σύνολο των δημογραφικών παραγόντων. Αυτό υποδηλώνει ότι γυναίκες που διαθέτουν το κατάλληλο ψυχολογικό προφίλ για το θηλασμό μπορεί να ξεπερνούν τις δυσκολίες που προκύπτουν από μη ευνοϊκούς δημογραφικούς παράγοντες. Η πίστη στο μητρικό γάλα, η πρόθεση για διάρκεια του θηλασμού για περισσότερο από 6 μήνες και η αυτό-αποτελεσματικότητα της μητέρας όσον αφορά το θηλασμό προέκυψαν ως ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες για τη διάρκεια του θηλασμού[119].

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, η πρόθεση για θηλασμό, οι στάσεις προς το θηλασμό και η υποστήριξη έχουν συσχετιστεί επίσης με τη διάρκεια του αποκλειστικού θηλασμού για 6 μήνες, σύμφωνα με πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας[11].

Ο παράγοντας με την μεγαλύτερη εμπειρική υποστήριξη είναι η αυτό-αποτελεσματικότητα της μητέρας όσον αφορά το θηλασμό[11]. Σύμφωνα με τη θεωρία του Bandura η αυτό-αποτελεσματικότητα είναι η γνωστική διαδικασία κατά την οποία ένα άτομο εκτιμά την ικανότητά του να εκτελέσει ένα έργο. Άτομα με υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα είναι περισσότερο πιθανό να εκτελέσουν νέες συμπεριφορές και να επιμείνουν μέχρι να επιτύχουν. Συγκεκριμένα για το θηλασμό, η αυτό-αποτελεσματικότητα αφορά την αυτοπεποίθηση της μητέρας στην ικανότητά της να θηλάσει επιτυχώς το νεογέννητο μωρό της και αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της διάρκειας του θηλασμού, καθώς μπορεί να προβλέψει αν μια μητέρα θα επιλέξει να θηλάσει, πόση προσπάθεια θα καταβάλει, αν θα κυριαρχείται από θετικές ή αρνητικές σκέψεις και πώς θα αντιδράσει συναισθηματικά σε δυσκολίες με το θηλασμό[120]. Το εργαλείο που έχει αναπτυχθεί και χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της αυτό-αποτελεσματικότητας για το θηλασμό είναι το Breastfeeding Self-Efficacy Scale[121]. Από μελέτες παρακολούθησης που το έχουν χρησιμοποιήσει, προκύπτει ότι η αυτό-αποτελεσματικότητα για το θηλασμό σχετίζεται θετικά τόσο με τη διάρκεια[122-123] όσο και την αποκλειστικότητα του θηλασμού[99,122,124]. Σε μελέτη στην Αυστραλία[122] έγινε μέτρηση της αυτό-αποτελεσματικότητας πριν τον τοκετό και στη μια εβδομάδα και στους 4 μήνες μετά τον τοκετό. Τα σκορ τόσο πριν όσο και μετά τον τοκετό σχετίζονταν με την έκβαση του θηλασμού στη μια εβδομάδα και στους 4 μήνες. Οι γυναίκες που είχαν υψηλότερα σκορ ήταν πιο πιθανό να θηλάζουν και να θηλάζουν αποκλειστικά. Η εκτίμηση νωρίς μετά τον τοκετό είχε μεγαλύτερη προβλεπτική ισχύ από την προ του τοκετού εκτίμηση. Παρατηρήθηκε ακόμα μια σταθερή αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας με την πάροδο του χρόνου, ενώ οι μητέρες που είχαν και άλλα παιδιά που θηλάσαν είχαν αυξημένη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με τις μητέρες που γεννούσαν για πρώτη φορά, πράγμα που δείχνει τη σημασία της εμπειρίας στην ανάπτυξη της αυτό-αποτελεσματικότητας. Μελέτη από τον Καναδά[99] βρίσκει επίσης αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας κατά τους πρώτους 4 μήνες στις μητέρες που θηλάζαν αποκλειστικά επιτυχώς, ενώ μείωση παρατηρήθηκε σε αυτές που παρουσίασαν δυσκολίες. Οι πρώτες εβδομάδες μετά τον τοκετό έχουν μεγάλη σημασία στην ανάπτυξη της αυτό-αποτελεσματικότητας, καθώς πολλές γυναίκες εγκαταλείπουν το θηλασμό αυτή την περίοδο[124]. Σύμφωνα με τη θεωρία της

αυτό-αποτελεσματικότητας για το θηλασμό, αυτή μπορεί να ενισχυθεί μέσω πραξιακής γνώσης (προηγούμενη εμπειρία θηλασμού), έμμεσης μοντελοποίησης (παρακολούθηση άλλων γυναικών να θηλάζουν), λεκτικής πειθούς (ενθάρρυνση από το περιβάλλον) και φυσιολογικές αντιδράσεις (στρες, κόπωση, άγχος)[120]. Με τον επηρεασμό αυτών των παραγόντων από τους επαγγελματίες υγείας, μπορεί να αυξηθεί η αυτοπεποίθηση των νέων μητέρων να θηλάσουν.

Η απόφαση για τη μέθοδο σίτισης του βρέφους λαμβάνεται στο 50-75% των εγκύων πριν ή νωρίς κατά την εγκυμοσύνη. Αυτό έχει σημασία καθώς από μελέτες προκύπτει ότι όσο πιο νωρίς ληφθεί η απόφαση για θηλασμό, τόσο αυξάνεται η πιθανότητα για έναρξη και μεγαλύτερη διάρκεια[44]. Η λήψη της απόφασης για θηλασμό πριν την εγκυμοσύνη σχετιζόταν θετικά τόσο με την έναρξη όσο και τη διάρκεια του θηλασμού σε μελέτη από την Αυστραλία[90]. Οι μητέρες με χαμηλή πρόθεση για θηλασμό[45], μη πρόθεση για θηλασμό ή μη λήψη απόφασης για τη μέθοδο σίτισης του βρέφους πριν από τη γέννηση[86] είναι περισσότερο πιθανό να σταματήσουν νωρίς το θηλασμό. Η πρόθεση για θηλασμό για λιγότερο από 6 μήνες σχετίστηκε αρνητικά με το θηλασμό στη μία εβδομάδα και στους 4 μήνες[81] και στους 6 μήνες[47] και αυξημένο κίνδυνο διακοπής του θηλασμού[123]. Από άλλη μελέτη προέκυψε ότι ο ισχυρότερος προσδιοριστής της διάρκειας του θηλασμού ήταν η διάρκεια που η μητέρα είχε την πρόθεση να θηλάσει, με τις μητέρες που είχαν πρόθεση να θηλάσουν για λιγότερο από 4 μήνες να έχουν περίπου τετραπλάσια πιθανότητα να διακόψουν το θηλασμό[91]. Η μεγαλύτερη πρόθεση για θηλασμό αποτελεί προσδιοριστή και της έναρξης του θηλασμού[45,125-126]. Η πρόθεση για θηλασμό σχετίζεται επίσης και με την αυτό-αποτελεσματικότητα, πράγμα που αντικατοπτρίζει ότι η πρόθεση και μαζί και η συμπεριφορά, επηρεάζεται από την προσδοκία της ικανότητας για επιτυχή ολοκλήρωση ενός έργου[124]. Καθώς η πρόθεση για θηλασμό σχετίζεται με τις ίδιες μεταβλητές με την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού, είναι πιθανό αυτές να δρουν μέσω της πρόθεσης παρά να έχουν άμεση δράση στα αποτελέσματα του θηλασμού[127]. Μελέτη παρακολούθησης σε πληθυσμιακή βάση (n=10548) στο Ηνωμένο Βασίλειο κατέγραψε την πρόθεση για θηλασμό στις 32 εβδομάδες κύησης και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πρόθεση για θηλασμό είναι ισχυρός προσδιοριστής της έναρξης και της διάρκειας του θηλασμού[127]. Από τις γυναίκες που είχαν πρόθεση να θηλάσουν για 4 μήνες 96,6% ξεκίνησαν να θηλάζουν, σε σχέση με 3,4% από αυτές που δεν είχαν πρόθεση να θηλάσουν καθόλου. Όσο μεγαλύτερη διάρκεια είχαν πρόθεση να θηλάσουν, τόσο μικρότερη ήταν η πιθανότητα να διακόψουν το θηλασμό πριν τους 6 μήνες. Επίσης η πρόθεση σίτισης με μπιμπερό αργότερα, είχε επίσης επίδραση

στην έναρξη και διάρκεια του θηλασμού. Η πρόθεση για θηλασμό ήταν ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας από το σύνολο των δημογραφικών παραγόντων. Από άλλη μελέτη προκύπτει ότι οι αρχικές εμπειρίες με το θηλασμό μπορεί να τροποποιούν την επίδραση της προ του τοκετού πρόθεσης για θηλασμό στη διάρκεια του θηλασμού[87].

Οι γυναίκες είναι πιθανότερο να θηλάσουν αν παρουσιάζουν θετική στάση προς το θηλασμό και θεωρούν ότι είναι πιο υγιεινή, εύκολη και βολική μέθοδος σίτισης, σε αντίθεση με τις γυναίκες που νιώθουν αισθήματα περιορισμού, ντροπής ή το θεωρούν άβολο[44]. Στην Ιρλανδία το αίσθημα ντροπής σε σχέση με το θηλασμό ήταν ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος(31%) για τον οποίο οι γυναίκες δεν θήλασαν[125]. Οι στάσεις σχετικές με τη σίτιση του βρέφους μπορούν να μετρηθούν με το Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS) που έχει αναπτυχθεί στις ΗΠΑ και περιλαμβάνει 17 στοιχεία. Μεγαλύτερο σκορ έχει συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα θηλασμού κατά το εξιτήριο από το νοσοκομείο στην Αυστραλία, ενώ οι στάσεις της μητέρας προς το θηλασμό ήταν ισχυρότερος προβλεπτικός παράγοντας της μεθόδου σίτισης των νεογνών από τους δημογραφικούς παράγοντες[128]. Από άλλες μελέτες προκύπτει ότι αυξημένο σκορ IIFAS σχετίζεται αρνητικά με τη διακοπή του πλήρους θηλασμού στους 6 μήνες και του θηλασμού στους 12 μήνες[76], με αυξημένη πιθανότητα αποκλειστικού θηλασμού στους 3 και 6 μήνες[89] και αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα για την έναρξη του θηλασμού[45]. Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για την αναγνώριση γυναικών με ουδέτερο σκορ, αναποφάσιστες για τη μέθοδο σίτισης του νεογνού, που θα είναι πιο επιδεκτικές σε παροχή πληροφόρησης και υποστήριξης μέσω παρεμβάσεων[128].

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας της μητέρας φαίνεται να έχουν σχέση με το θηλασμό, με τις γυναίκες που χαρακτηρίζονται από εξωστρέφεια, σταθερότητα και ευσυνειδησία να είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν και να συνεχίσουν να θηλάζουν για περισσότερο, ενώ αντίθετα η εσωστρέφεια και το άγχος σχετίζονται με προβλεπτικούς παράγοντες για μικρότερη διάρκεια του θηλασμού[129].

Οι γνώσεις της μητέρας όσον αφορά το θηλασμό έχουν συσχετιστεί θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού σε γυναίκες που θήλαζαν το πρώτο τους μωρό, αλλά όχι σε γυναίκες που είχαν και άλλα παιδιά[124]. Η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού σχετίζεται επίσης με τη διάρκεια του θηλασμού, με τις γυναίκες που θήλασαν προηγούμενο παιδί για λιγότερο από 5 εβδομάδες να έχουν σχεδόν 8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για διακοπή του θηλασμού από αυτές που θήλασαν για περισσότερο από 17 εβδομάδες[124]. Από άλλη μελέτη προκύπτει ότι

γυναίκες με προηγούμενη εμπειρία θηλασμού είναι πιθανότερο να ξεκινήσουν να θηλάζουν και να συνεχίσουν να θηλάζουν αποκλειστικά, ενώ γυναίκες που έχουν άλλα παιδιά αλλά δεν θήλασαν είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν[45].

Οι στάσεις της μητέρας προς το θηλασμό επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τον πατέρα του μωρού, τη γιαγιά από την πλευρά της μητέρας, από το φιλικό περιβάλλον και τους επαγγελματίες υγείας[130]. Οι πατέρες συμμετέχουν και επηρεάζουν την επιλογή για τον τρόπο σίτισης του νεογνού δρώντας ως υποστηρικτές ή αποτρεπτικοί παράγοντες. Η εκτιμούμενη από τη μητέρα υποστήριξη του πατέρα προς το θηλασμό ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας που σχετιζόταν με το θηλασμό κατά το εξιτήριο και σχετιζόταν επίσης θετικά και με τη διάρκεια του θηλασμού σε μελέτη παρακολούθησης από την Αυστραλία, ενώ θετικά με το θηλασμό κατά το εξιτήριο σχετιζόταν και η εκτιμούμενη προτίμηση της γιαγιάς από την πλευρά της μητέρας[90]. Η ενθάρρυνση από το σύντροφο και η υποστήριξη από τις μαίες κατά την έναρξη του θηλασμού σχετιζόταν θετικά με το θηλασμό κατά την έξοδο από το νοσοκομείο και στην Ιρλανδία, ενώ η υποστήριξη από το σύντροφο και τη νοσηλεύτρια δημόσιας υγείας σχετιζόταν θετικά με τη διάρκεια του θηλασμού για περισσότερο από 6 εβδομάδες[58].

Πολλές μητέρες σταματούν το θηλασμό όχι από επιλογή αλλά λόγω προβλημάτων, πολλά από τα οποία μπορούν να αντιμετωπιστούν με κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη. Αυτό προκαλεί απογοήτευση και αναστάτωση στις μητέρες. Η υποστήριξη προς τις μητέρες που θηλάζουν μπορεί να πάρει τη μορφή καθησυχασμού, επαίνου, πληροφοριών ή ευκαιριών για συζήτηση και απάντησης ερωτήσεων. Μπορεί να παρέχεται από επαγγελματίες ή μη, εκπαιδευμένους ή όχι, στα πλαίσια του νοσοκομείου ή της κοινότητας, ομαδικά ή ατομικά, από κοντά ή από το τηλέφωνο. Μετά-ανάλυση Cochrane που συγκρίνει την επιπλέον υποστήριξη στις μητέρες που θηλάζουν σε σχέση με τη συνήθη φροντίδα, συμπεραίνει ότι όλες οι μορφές υποστήριξης αυξάνουν τη διάρκεια του θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού[131]. Τόσο η υποστήριξη από επαγγελματίες και μη επαγγελματίες έχει θετική επίδραση, ενώ η υποστήριξη μέσω τηλεφώνου έχει μικρότερη επίδραση. Υποστήριξη που προσφέρεται μόνο όταν οι γυναίκες το αναζητήσουν δεν είναι αποτελεσματική. Μεγαλύτερο αποτέλεσμα έχει η υποστήριξη σε περιβάλλοντα όπου τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού είναι ψηλά, ενώ πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του περιβάλλοντος και του πληθυσμού, καθώς διαφορετικές μορφές υποστήριξης μπορεί να έχουν διαφορετικό αποτέλεσμα σε κάθε περιβάλλον[131].

Από τα ανωτέρω διαφαίνεται ο ρόλος των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στις εκβάσεις του μητρικού θηλασμού, με μελέτες να τους αναγνωρίζουν ως πιο ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες από τους δημογραφικούς[119,127-128]. Μεγαλύτερη σημασία όμως έχει το γεγονός ότι μπορούν να επηρεαστούν μέσω παρεμβάσεων. Πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αυτό-αποτελεσματικότητα, για την οποία έχει αναπτυχθεί και ανάλογο θεωρητικό υπόβαθρο για το πώς μπορεί να ενισχυθεί[120], ενώ και η αναγνώριση των στάσεων της μητέρας προς το θηλασμό με το ΠFAS αποτελεί σημαντικό καθοδηγητικό παράγοντα[128]. Τέλος η υποστήριξη των θηλαζουσών μητέρων τόσο από τον πατέρα και το οικογενειακό περιβάλλον[90], όσο και από το σύστημα υγείας[131], μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών που οδηγούν πολλές μητέρες σε πρόωρη διακοπή του θηλασμού.

### 5.5. Κοινωνικοί παράγοντες

Στους κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό ανήκουν τα κοινωνικά δίκτυα και πρότυπα συμπεριφοράς και η ύπαρξη ομάδων υποστήριξης. Θετική επίδραση έχει η υποστήριξη από το κοινωνικό και εργασιακό περιβάλλον και η ενημέρωση και γνώσεις της κοινωνίας σχετικά με το θηλασμό, ενώ αρνητική επίδραση έχουν κάποιες λανθασμένες αντιλήψεις και η μη ύπαρξη προτύπων για τις νεαρές γυναίκες που δεν έρχονται σε επαφή με μητέρες που θηλάζουν[9]. Σε κάποιες κοινωνίες ο θηλασμός σε δημόσιο χώρο αποτελεί απρεπή συμπεριφορά, ενώ η θεώρηση του μαστού ως σεξουαλικό αντικείμενο μπορεί επίσης να δημιουργήσει προβλήματα[9].

Μελέτη στη Γαλλία η οποία απευθυνόταν σε άνδρες και γυναίκες διαφόρων ηλικιών σχετικά με τους λόγους που παρακινούν μια γυναίκα να θηλάσει ή να μην θηλάσει, ανέδειξε την ισχυρή επίδραση της κοινωνίας και των πολιτισμικών προτύπων στην επιλογή της μεθόδου σίτισης[132]. Σε αυτήν οι εξωτερικοί παράγοντες είχαν μεγαλύτερη σημασία από τους λόγους που αφορούσαν την υγεία. Πιθανόν να μην ήταν γνωστά τα πλεονεκτήματα του θηλασμού για την υγεία, αλλά και η επίδραση που έχει η κοινωνία στις γυναίκες που σκοπεύουν να θηλάσουν. Έτσι εκτός από τις έγκυες γυναίκες και τις μητέρες, θα ήταν σκόπιμο να προσεγγιστεί και ο υπόλοιπος πληθυσμός κατά τις παρεμβάσεις για την προώθηση του θηλασμού.

Το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλει επίσης θετικά στις εκβάσεις του θηλασμού[9]. Τρόποι με τους οποίους μπορεί να βοηθήσει είναι η παροχή χώρου ή και

εξοπλισμού για άντληση γάλακτος, η παροχή βρεφικής φροντίδας στο χώρο εργασίας και η ευέλικτες μορφές εργασίας όπως η μερική απασχόληση και η εργασία από το σπίτι. Σημαντική είναι η ανάπτυξη οργανωσιακής κουλτούρας που να υποστηρίζει τις εργαζόμενες που θηλάζουν[78].

Πολιτισμικές διαφορές επηρεάζουν επίσης την πρακτική του μητρικού θηλασμού. Στις χώρες της Αφρικής ο θηλασμός είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο με το 99% των γυναικών να θηλάζουν, με διάρκεια 1 με 2 χρόνια, οι περισσότερες όμως όχι αποκλειστικά[66]. Σε αρκετές περιοχές το πρωτόγαλα θεωρείται επιβλαβές για το νεογέννητο[133], ενώ η χορήγηση νερού συμπληρωματικά θεωρείται απαραίτητη για την πέψη[134]. Επίσης η άντληση γάλακτος δεν είναι αποδεκτή, καθώς πιστεύεται ότι τα σωματικά υγρά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να προκαλέσουν κακό, έτσι όταν οι γυναίκες λείπουν στην εργασία τους τα βρέφη σιτίζονται με υποκατάστατα[66].

## 5.6. Παράγοντες σχετιζόμενοι με τη δημόσια πολιτική

Από τους σχετιζόμενους με τη δημόσια πολιτική παράγοντες, θετική επίδραση έχουν η παρουσία επίσημων συστάσεων και συστημάτων παρακολούθησης, η πληρωμένη άδεια μητρότητας, τα «φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία», η ένταξη του θηλασμού στην εκπαιδευτική ύλη των σχολείων και των επαγγελματιών υγείας και η εφαρμογή του διεθνούς κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Αρνητική επίδραση έχουν η μικρής διάρκειας άδεια μητρότητας, η χαμηλή προτεραιότητα του μητρικού θηλασμού ως ζήτημα δημόσιας υγείας και οι μη υποστηρικτικές υποδομές[9].

Τα βρέφη που γεννιούνται σε φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία είναι πιο πιθανό να θηλάζουν για περισσότερο, σύμφωνα με μελέτη από την Ελβετία, ενώ η διάρκεια του θηλασμού σχετιζόταν με το βαθμό συμμόρφωσης με τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό[102]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη, η εφαρμογή 5 πρακτικών από τα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό (θηλασμός εντός μιας ώρας, σίτιση μόνο με μητρικό γάλα, rooming-in, όχι πιπίλα και τηλέφωνο για υποστήριξη μετά το εξιτήριο) βελτίωσε τη διάρκεια του θηλασμού, ανεξάρτητα από το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο[135]. Ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της κλινικής δοκιμής PROBIT (Promotion of Breastfeeding Intervention Trial) που έγινε στη Λευκορωσία καταλήγει ότι η «Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια και αποκλειστικότητα του θηλασμού[136]. Ανασκόπηση που είχε ως σκοπό την αναγνώριση εμποδίων, διευκολυντών και συστάσεων για την



«Πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία», καταλήγει ότι χρειάζεται υποστήριξη τόσο από τις τοπικές διευθύνσεις όσο και τους κρατικούς φορείς διαμόρφωσης πολιτικής, αποτελεσματική ηγεσία για τη διαδικασία της αλλαγής, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλαγή της επίδρασης των ενεργειών προώθησης των εταιρειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και σύνδεση νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών[137].

### 5.7.Ο ρόλος των παρεμβάσεων στην έναρξη και διάρκεια του μητρικού θηλασμού

Συστηματική ανασκόπηση που εξετάζει την επίδραση παρεμβάσεων που έχουν ως στόχο την αύξηση των ποσοστών έναρξης του θηλασμού, έδειξε ότι η εκπαίδευση για το θηλασμό είχε σημαντική επίδραση στην αύξηση της έναρξης του θηλασμού συγκρινόμενη με τη συνήθη φροντίδα[138]. Η ατομική, ανεπίσημη εκπαίδευση σε επαναλαμβανόμενες συνεδρίες, πριν ή πριν και μετά τον τοκετό, από επαγγελματίες ή μη επαγγελματίες υγείας, ήταν πιο αποτελεσματική από τη γενική, επίσημη προ του τοκετού εκπαίδευση. Η ανεπίσημη υποστήριξη πριν και μετά τον τοκετό ήταν επίσης αποτελεσματική. Οι μελέτες που περιλαμβάνονταν στην ανασκόπηση αφορούσαν γυναίκες χαμηλού εισοδήματος στις ΗΠΑ, με τυπικά χαμηλά ποσοστά έναρξης θηλασμού, οπότε τα αποτελέσματα αυτά δεν μπορούν να γενικευτούν για άλλες χώρες με υψηλά ποσοστά έναρξης θηλασμού[138]. Σύμφωνα με άλλη μελέτη και η εντατική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των ποσοστών έναρξης του θηλασμού[139]. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στον πατέρα μπορεί να είναι επίσης αποτελεσματικές. Σε κλινική δοκιμή που εξέτασε την επίδραση εκπαίδευσης προ του τοκετού και υποστήριξης για 6 εβδομάδες μετά τον τοκετό που απευθυνόταν προς τον πατέρα, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ποσοστών θηλασμού στις 6 εβδομάδες σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, με μεγαλύτερη επίδραση στους πατέρες μεγαλύτερης ηλικίας και υψηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου[140].

Όσον αφορά τη διάρκεια του θηλασμού, πιο αποτελεσματικές φαίνεται να είναι οι παρεμβάσεις που συνδυάζουν πρόσωπο με πρόσωπο πληροφόρηση, καθοδήγηση και υποστήριξη, που παρέχονται μακροπρόθεσμα και εντατικά, σύμφωνα με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας[141]. Όταν παρέχονται πριν ή πριν και μετά τον τοκετό έχουν μεγαλύτερο αποτέλεσμα, παρά όταν παρέχονται μόνο μετά τον τοκετό. Πιο αποτελεσματικές στρατηγικές είναι οι ομαδικές συναντήσεις πριν τον τοκετό, οι κατ' οίκον επισκέψεις και οι ατομικές

συναντήσεις μετά ή πριν και μετά τον τοκετό και ο συνδυασμός όλων πριν και μετά τον τοκετό. Η επίδραση είναι αμελητέα αν δίνονται αντικρουόμενα μηνύματα, δηλαδή παροχή συμβουλών για το θηλασμό και ταυτόχρονη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Η μεμονωμένη χρήση έντυπου υλικού και η υποστήριξη μέσω τηλεφώνου δεν έχει σημαντικό αποτέλεσμα, ενώ ο συνδυασμός αποτελεσματικών στρατηγικών έχει συνεργικό αποτέλεσμα[141]. Αναφορά στην επίδραση της υποστήριξης στη διάρκεια του θηλασμού και του αποκλειστικού θηλασμού έχει γίνει προηγουμένως[131].

## 5.8. Συμπεράσματα

Η απόφαση μιας νέας μητέρας να θηλάσει επηρεάζεται από ποικιλία παραγόντων. Στις ανεπτυγμένες χώρες μια μητέρα είναι περισσότερο πιθανό να θηλάσει εάν είναι μεγαλύτερη σε ηλικία, παντρεμένη και υψηλότερου εκπαιδευτικού και κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου[43]. Η εργασία της μητέρας αποτελεί εμπόδιο στο θηλασμό[44], που μπορεί να μετριαστεί με την διάρκεια της άδειας μητρότητας[77] και του φιλικού προς το θηλασμό εργασιακού περιβάλλοντος[69,78]. Η αντίληψη για ανεπαρκές γάλα κυρίως από κακή διαχείριση του θηλασμού[10], τα προβλήματα στην υγεία του νεογνού[44], τα προβλήματα με τις θηλές[79], οι δυσκολίες με το θηλασμό γενικότερα[87], η παχυσαρκία[92] και το κάπνισμα[97] της μητέρας έχουν συσχετιστεί αρνητικά με το θηλασμό. Σημαντική είναι και η επίδραση της φροντίδας υγείας, με τις πρακτικές που περιλαμβάνονται στα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό να έχουν θετική επίδραση. Η «πρωτοβουλία για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» που στηρίζεται σε αυτά, σχετίζεται με μεγαλύτερη διάρκεια και αποκλειστικότητα του θηλασμού[136]. Μεγαλύτερη έμφαση όμως τα τελευταία χρόνια δίνεται στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα της μητέρας για το θηλασμό[122], η πρόθεση για θηλασμό[127], οι στάσεις προς το θηλασμό[128] και η υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον[90] και τους επαγγελματίες υγείας[131]. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αναγνωρίζονται ως πιο ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες από τους δημογραφικούς[119,127-128], ενώ μπορούν να μεταβληθούν μέσω παρεμβάσεων. Παρεμβάσεις μπορεί να έχουν αποτελέσματα στην έναρξη[138] και στη διάρκεια του θηλασμού[141].

Υπάρχουν διαφορές στους προσδιοριστές ανάμεσα στις διάφορες χώρες λόγω διαφορετικών πολιτισμικών προτύπων[132] και αντιλήψεων[66], αλλά και στην ίδια χώρα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους[9]. Μελέτη από την Αυστραλία που σύγκρινε τους προσδιοριστές του θηλασμού στην ίδια περιοχή σε δύο χρονικές περιόδους, βρήκε ότι μετά από 10 χρόνια οι

δημογραφικοί παράγοντες δεν αποτελούσαν πλέον ανεξάρτητους προσδιοριστές του θηλασμού κατά το εξιτήριο. Με την αύξηση στα ποσοστά έναρξης του θηλασμού σχεδόν σε καθολικό επίπεδο οι κοινωνικές διαφορές δεν είχαν πλέον σημασία, σε αντίθεση με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες[82].

Για το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την αύξηση των ποσοστών του μητρικού θηλασμού είναι απαραίτητη η γνώση της παρούσας κατάστασης στην κάθε χώρα, αλλά και η συνεχής παρακολούθηση για την αναγνώριση αλλαγών, ώστε οι πολιτικές και οι παρεμβάσεις που επιλέγονται να είναι κατάλληλες με το πλαίσιο που επικρατεί σε κάθε χρονική στιγμή.

## 6.Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΑΙ ΚΥΠΡΙΑΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Διεθνείς οργανισμοί όπως ο ΠΟΥ και η UNICEF συστήνουν αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες και στη συνέχεια συμπληρωματική σίτιση με τη συνέχιση του θηλασμού μέχρι την ηλικία των 2 ετών ή και περισσότερο[7]. Όμως μόνο το 38% των βρεφών κάτω των 6 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά σύμφωνα με τα στοιχεία της UNICEF[142].

Στις χώρες της Αφρικής ο θηλασμός είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο με το 99% των γυναικών να θηλάζουν, με διάρκεια 1 με 2 χρόνια, οι περισσότερες όμως όχι αποκλειστικά[66]. Το ίδιο συμβαίνει και σε ασιατικές χώρες όπως το Μπαγκλαντές[62] με ποσοστό έναρξης θηλασμού 98,3% και μέση διάρκεια 31,9 μήνες και την Ινδία[61] όπου το 63,14% των παιδιών συνεχίζει να θηλάζει στην ηλικία των 2 ετών, ενώ μόνο το 3,57% δεν θηλάζει καθόλου.

Με στόχο την πληροφόρηση σχετικά με πρακτικές που ενθαρρύνουν το θηλασμό, που μπορεί να προκύψουν από την ανάλυση των διαφορών στους δείκτες του θηλασμού ανάμεσα στις διάφορες χώρες, ανασκόπηση της βιβλιογραφίας συγκρίνει τα ποσοστά έναρξης και διάρκειας του θηλασμού στον Καναδά, ΗΠΑ, Ευρώπη και Αυστραλία[143]. Σύμφωνα με αυτή, η Ευρώπη και η Αυστραλία παρουσίαζαν υψηλότερα ποσοστά έναρξης θηλασμού σε σχέση με τον Καναδά και τις ΗΠΑ. Τα ποσοστά έναρξης στην Ευρώπη κυμαίνονταν από 74-99,5%, στην Αυστραλία 91-97%, στον Καναδά 69-83%, ενώ οι ΗΠΑ παρουσίαζαν τα χαμηλότερα ποσοστά 27-69,5%. Η διάρκεια του θηλασμού ήταν επίσης μεγαλύτερη στην Ευρώπη και την Αυστραλία. Στην Ευρώπη ο θηλασμός στους 3 μήνες κυμαινόταν από 42-71% και στους 6 μήνες 19-52%, ενώ στην Αυστραλία 44-68% και 50-52% στους 3 και 6 μήνες αντίστοιχα. Παρά τα υψηλότερα ποσοστά έναρξης στην Ευρώπη, στην Αυστραλία η διάρκεια του θηλασμού ήταν μεγαλύτερη. Στον Καναδά τα ποσοστά στους 3 και 6 μήνες ήταν 38-59% και 31-41%, ενώ στις ΗΠΑ στους 6 μήνες 19-32,5%.

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες εθνικές έρευνες παρατηρείται σταδιακή αύξηση στα ποσοστά του θηλασμού. Το 2010 στις ΗΠΑ το ποσοστό έναρξης του θηλασμού ήταν 76,5%, στους 6 μήνες 49% και στους 12 μήνες 27%. Τα ποσοστά του αποκλειστικού θηλασμού στους 3 και 6 μήνες ήταν 37,7% και 16,4% αντίστοιχα[144]. Την περίοδο 2011-12 στον Καναδά 89% των νεογνών ξεκίνησαν να θηλάζουν και 26% θήλασαν αποκλειστικά για 6 μήνες[145]. Σύμφωνα με την εθνική έρευνα στην Αυστραλία, το 2010 τα ποσοστά ήταν 95,9% για την

έναρξη, 70,3% για το θηλασμό στους 3 μήνες και 60,1% στους 6 μήνες. Αποκλειστικά για 3 μήνες θήλασαν το 39,2% των βρεφών και για 6 μήνες το 15,4%. Σε προηγούμενη έρευνα που έγινε το 2004 το ποσοστό έναρξης ήταν 92% και του πλήρους θηλασμού στους 3 και 6 μήνες 56% και 14% αντίστοιχα[146]. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το 2010 παρατηρήθηκε επίσης αύξηση στο ποσοστό έναρξης του θηλασμού στο 81% (από 76% το 2005). Η διάρκεια του θηλασμού μέχρι τους 6 μήνες αυξήθηκε επίσης στο 34% (από 25%). Τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού ήταν χαμηλά με 17% στους 3 μήνες και 1% στους 6[147]. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 20 ετών αυξήθηκε τόσο η διάρκεια όσο και τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οπότε οι πολιτικές για την βελτίωση της υποστήριξης και πληροφόρησης που παρέχεται στις μητέρες μπορεί να έφεραν αποτελέσματα[147].

Στην Ελλάδα έρευνα που έγινε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού την περίοδο 2007-2008 σε αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλη την Ελλάδα, κατέγραψε τη συχνότητα του θηλασμού σε δύο δείγματα ζευγών μητέρων-βρεφών. Στο πρώτο δείγμα όπου τα βρέφη είχαν συμπληρώσει την ηλικία των 6 μηνών, ξεκίνησαν να θηλάζουν το 87,9%, ενώ συνέχισαν να θηλάζουν μέχρι τους 3 μήνες το 39,4% και μέχρι τους 6 μήνες το 22%. Αποκλειστικά για 3 μήνες θήλασαν το 11,1% και για 6 μήνες το 0,9%. Στο δεύτερο δείγμα όπου τα βρέφη είχαν συμπληρώσει την ηλικία των 12 μηνών τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με έναρξη στο 87,5%, διάρκεια 3 μηνών στο 35,8% και 6 μηνών στο 18,2%. Ο αποκλειστικός θηλασμός στους 3 και 6 μήνες ήταν 9,5% και 0,4% αντίστοιχα. Παρόλο που τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού ήταν αρκετά υψηλά, τα ποσοστά για τη διάρκεια του θηλασμού και ιδιαίτερα του αποκλειστικού θηλασμού ήταν χαμηλά[148].

Όσον αφορά την Κύπρο, στοιχεία για τη σίτιση των βρεφών κατά τις πρώτες 48 ώρες στα δημόσια μαιευτήρια υπάρχουν από τη Μονάδα Παρακολούθησης Υγείας του Υπουργείου Υγείας[149]. Σύμφωνα με αυτά, κατά τα έτη 2007 με 2012 περισσότερα από το 90% των βρεφών θήλασαν κατά τις πρώτες 48 ώρες. Το ποσοστό των βρεφών που δεν θήλασαν καθόλου παρέμενε σταθερό, περίπου στο 8,5%. Για το 2012 κατά τις πρώτες 48 ώρες θήλασαν το 90,6% των βρεφών, ενώ το 28,7% θήλασαν αποκλειστικά. Από έρευνα που γίνεται κάθε 3 χρόνια από τις Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας με στόχο τη διακρίβωση του βαθμού κάλυψης του παιδικού πληθυσμού της Κύπρου με εμβόλια, παρέχονται κάποια στοιχεία για τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού. Σύμφωνα με την τελευταία έρευνα το 2012 που αφορούσε 420 παιδιά ηλικίας 17-24 μηνών, ξεκίνησε να θηλάζει το 80,7% των παιδιών, 34,5% θήλασαν για περισσότερο από

3 μήνες και 18,8% για περισσότερο από 6 μήνες. Παρατηρείται μικρή βελτίωση σε σχέση με την προηγούμενη έρευνα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 76,8%, 26,7% και 14,3%[150]. Για τη διάρκεια του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού δεν υπάρχουν στοιχεία.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχει αναπτυχθεί σχέδιο δράσης από ειδικούς σε θέματα θηλασμού από όλη την Ευρώπη, που περιγράφει τις δράσεις που πρέπει να περιέχονται και να εφαρμόζονται σε εθνικό επίπεδο, με στόχο τη βελτίωση των δεικτών του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη[42]. Για την εκτίμηση της προόδου όσον αφορά την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού στην Ευρώπη, συγκεντρώθηκαν στοιχεία από το 2002 και το 2007[151]. Σύμφωνα με αυτά, τα ποσοστά και οι πρακτικές για το μητρικό θηλασμό στην Ευρώπη υπολείπονται των διεθνών συστάσεων, παρόλο που υπάρχει τάση για σταδιακή βελτίωση. Ακόμα και στις χώρες με υψηλά ποσοστά έναρξης, το ποσοστό μητρικού θηλασμού μέχρι τους 6 μήνες είναι χαμηλό και ακόμα περισσότερο του αποκλειστικού θηλασμού. Βελτίωση παρατηρήθηκε σε θέματα προγραμματισμού και πολιτικής, με λιγότερες χώρες να υπολείπονται εθνικής πολιτικής και εθνικής επιτροπής για το μητρικό θηλασμό το 2007 σε σχέση με το 2002. Επίσης αυξήθηκε ο αριθμός των «φιλικών προς τα βρέφη νοσοκομείων», των πιστοποιημένων συμβούλων γαλουχίας και των δραστηριοτήτων για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού. Μικρή βελτίωση παρατηρήθηκε στη χρηματοδότηση πρωτοβουλιών από τις εθνικές επιτροπές και αναφορικά με τη νομοθεσία για προστασία των εργαζόμενων μητέρων όχι όμως και με τον κώδικα εμπορίας υποκατάστατων μητρικού γάλακτος. Δεν παρατηρήθηκαν βελτιώσεις στις μεθόδους παρακολούθησης. Τέλος η επίδοση των 8 χωρών στις οποίες εφαρμόστηκε πιλοτικά το σχέδιο δράσης ήταν καλύτερη από τις υπόλοιπες στην εφαρμογή παρεμβάσεων.

Στρατηγική για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού έχει αναπτυχθεί από το 2011 και στην Κύπρο[12]. Αυτή βασίζεται στην αντίστοιχη παγκόσμια και ευρωπαϊκή στρατηγική και κινείται στους ίδιους άξονες, ενσωματώνοντας παράλληλα και τις εθνικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες της Κύπρου. Η αποστολή της στρατηγικής περιλαμβάνει τη δημιουργία Εθνικής Επιτροπής για την ανάπτυξη σχεδίου δράσης για την υλοποίηση της στρατηγικής, την ανάπτυξη εθνικής πολιτικής σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τον καθορισμό του πλαισίου για το σχεδιασμό αποτελεσματικών δράσεων για την υλοποίηση της στρατηγικής καθώς και τη συνεχή αξιολόγησή της. Εθνική επιτροπή για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού έχει συσταθεί στην Κύπρο από το 2012 για την υλοποίηση των στόχων

της στρατηγικής[13]. Έχουν ήδη γίνει κάποιες ενέργειες κυρίως για την ευαισθητοποίηση του κοινού, με την έκδοση έντυπου πληροφοριακού υλικού και την καθιέρωση του Οκτωβρίου ως μήνα εκδηλώσεων για την προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο[152].

Εκτός από τις αναφερόμενες έρευνες που δίνουν κάποια στοιχεία για τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού, δεν έχει γίνει άλλη έρευνα που να εξετάζει τους προσδιοριστές του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο, ώστε οι προγραμματιζόμενες δράσεις και παρεμβάσεις να είναι πιο στοχευμένες προς τις ομάδες γυναικών που είναι λιγότερο πιθανό να θηλάσουν. Η πληροφόρηση για τους παράγοντες που σχετίζονται με το θηλασμό συγκεκριμένα στην Κύπρο, θα ήταν χρήσιμη για την αποτελεσματικότερη προαγωγή του, καθώς αυτοί διαφέρουν ανάμεσα στα διάφορα κράτη. Η γνώση αυτή θα επιτρέψει την προσαρμογή των ανάλογων πολιτικών στο πλαίσιο που αντιστοιχεί στις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει ο κυπριακός πληθυσμός. Αυτούς τους παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη και τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει ως στόχο να αναγνωρίσει η παρούσα διατριβή, μέσω ερωτηματολογίων που απευθύνονται σε μητέρες.

## 7.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 7.1.Σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για συγχρονική μελέτη η οποία διενεργήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 4 Μαρτίου μέχρι 15 Απριλίου 2014 στη Λευκωσία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από την ερευνήτρια και αφορούσαν μητέρες οι οποίες επισκέπτονταν τα Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού της αστικής περιοχής Λευκωσίας για τον εμβολιασμό των παιδιών τους.

#### 7.1.1.Διαδικασία συλλογής στοιχείων

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε σε ανάλογη μελέτη που διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στην Ελλάδα, προσαρμοσμένο στα κυπριακά δεδομένα[148]. Οι ερωτήσεις αφορούσαν παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι συσχετίζονται με την πρακτική του μητρικού θηλασμού από μελέτες που έχουν γίνει διεθνώς και περιλαμβάνουν στοιχεία από την περιγεννητική περίοδο και πρακτικές στο μαιευτήριο, δημογραφικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και στοιχεία για τη διατροφή του βρέφους.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έγιναν στις μητέρες με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, καθώς ο τρόπος αυτός θεωρήθηκε πιο δόκιμος από πρακτικής πλευράς. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απευθείας από τις μητέρες θα ήταν πιο δύσκολη, λαμβάνοντας υπόψη το ότι κρατούσαν τα βρέφη στην αγκαλιά τους. Επίσης αυτός ο τρόπος ήταν πιο γρήγορος από άποψη χρόνου και δεν καθυστερούσε τις μητέρες από τις υπόλοιπες τους υποχρεώσεις. Τέλος με αυτό τον τρόπο οι ερωτήσεις γίνονταν κατανοητές και από τις μητέρες που κατάγονταν από άλλες χώρες και τα ελληνικά δεν ήταν η μητρική τους γλώσσα. Αρχικά έγινε πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου σε 30 μητέρες για έλεγχο της κατανόησης των ερωτήσεων και της διάρκειας του ερωτηματολογίου. Καθώς δεν προέκυψαν αλλαγές στο ερωτηματολόγιο μετά την πιλοτική εφαρμογή, τα στοιχεία αυτά συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η συλλογή των στοιχείων έγινε σε όλες τις περιπτώσεις από το ίδιο άτομο. Η μέση διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 5-10 λεπτά. Γενικά οι μητέρες έδειχναν προθυμία και ενδιαφέρον για να συμμετάσχουν στην έρευνα. Μόνο 6 από τις 134 μητέρες που προσεγγίστηκαν αρνήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις, υπήρχε δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης 95,5%.



### 7.1.2.Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προέρχεται από την Εθνική Μελέτη Συχνότητας και Προσδιοριστικών Παραγόντων Μητρικού Θηλασμού, που διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2007-2008, το οποίο προσαρμόστηκε για χρήση στην παρούσα έρευνα. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 3 ομάδες ερωτήσεων που αφορούσαν (α) περιγεννητικά στοιχεία και στοιχεία για το μαιευτήριο, (β) τη διατροφή του βρέφους και (γ) δημογραφικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα ερωτήθηκαν στοιχεία για τα παρακάτω:

1. ηλικία βρέφους
2. φύλο
3. γέννηση σε ιδιωτικό ή δημόσιο μαιευτήριο
4. είδος τοκετού
5. βάρος γέννησης
6. διάρκεια κύησης
7. Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
8. 24ωρη συνδιαμονή μητέρας-βρέφους
9. ηλικία εισαγωγής υγρών και στερεών στη διατροφή του βρέφους
10. έναρξη θηλασμού
11. υποστήριξη από προσωπικό μαιευτηρίου
12. υποστήριξη από περιβάλλον και επαγγελματίες υγείας
13. διακοπή θηλασμού
14. λόγοι διακοπής θηλασμού
15. λόγοι μη θηλασμού
16. ηλικία χορήγησης υποκατάστατων μητρικού γάλακτος
17. προ του τοκετού πρόθεση για θηλασμό και λόγοι
18. προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο
19. χρήση πιπίλας
20. ηλικία μητέρας
21. κάπνισμα μητέρας
22. εργασιακή κατάσταση κατά την εγκυμοσύνη
23. άδεια μητρότητας
24. άδεια άνευ αποδοχών
25. επιστροφή στην εργασία

26. εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας
27. εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα
28. οικογενειακή κατάσταση μητέρας
29. προηγούμενη εμπειρία θηλασμού
30. ετήσιο οικογενειακό εισόδημα
31. χώρα καταγωγής μητέρας

### 7.1.3. Ηθικά ζητήματα

Οι μητέρες ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας και έδιναν προφορική ενημερωμένη συγκατάθεση πριν τη συμμετοχή τους. Επίσης πριν την έναρξη της συλλογής των στοιχείων λήφθηκε έγκριση για διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας από το Υπουργείο Υγείας (Αρ.φακ: 5.34.01.7.2Ε, Αρ. Πρωτ: 181/2014), αφού προηγήθηκε έγκριση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Αρ.φακ: ΕΕΒΚ ΕΠ 2014.01.01) και τον Επίτροπο Προσωπικών Δεδομένων (Αρ.φακ: 3.28.6). Για τη χρήση του ερωτηματολογίου ζητήθηκε άδεια από τους δημιουργούς του.

## 7.2. Μελετώμενος πληθυσμός

### 7.2.1. Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Στην έρευνα συμμετείχαν 128 μητέρες παιδιών ηλικίας 6-18 μηνών, που επισκέφθηκαν τα κέντρα για εμβολιασμό των παιδιών τους κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας και μιλούσαν ελληνικά.

### 7.2.2. Τρόπος επιλογής δείγματος

Στην αστική περιοχή της Λευκωσίας λειτουργούν 7 Κέντρα Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού. Αυτά βρίσκονται στο Νοσοκομείο Αρχιεπίσκοπος Μακάριος ΙΙΙ (ΝΑΜ ΙΙΙ) και στα Κέντρα Υγείας Αγλαντζιάς, Καϊμακλίου, Λακατάμιας, Έγκωμης, Στροβόλου και Αγίου Δομετίου. Καθώς δεν υπήρχε η δυνατότητα εφαρμογής τυχαίας δειγματοληψίας λόγω μη διαθεσιμότητας στοιχείων για τα παιδιά ηλικίας 6-18 μηνών που διέμεναν στην αστική περιοχή Λευκωσίας, το δείγμα που συμμετείχε στη μελέτη ήταν δείγμα ευκολίας. Για τη μείωση του συστηματικού σφάλματος, από κάθε κέντρο λήφθηκε αριθμός ερωτηματολογίων ανάλογος με τον αριθμό των εγγεγραμμένων παιδιών στο κάθε κέντρο κατά το έτος 2013, ώστε το δείγμα να είναι πιο αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού πηγή. Ο αριθμός των

εγγεγραμμένων παιδιών κατά το 2013 και των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων από το κάθε κέντρο παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 7.1).

**Πίνακας 7.1:** Αριθμός εγγεγραμμένων παιδιών κατά το 2013 και συμπληρωμένων ερωτηματολογίων ανά Κέντρο Προστασίας Μητρότητας και Παιδιού

Κέντρο	Αρ. εγγεγραμμένων παιδιών το 2013	Αρ. συμπληρωμένων ερωτηματολογίων
NAM III	3061 (47,6%)	61 (47,7%)
Αγλαντζιά	544 (8,5%)	11 (8,6%)
Καϊμακλί	392 (6,1%)	8 (6,3%)
Λακατάμια	1663 (25,9%)	33 (25,8%)
Έγκωμη	329 (5,1%)	7 (5,5%)
Στρόβολος	172 (2,7%)	3 (2,3%)
Άγιος Δομέτιος	266 (4,1%)	5 (3,9%)
Σύνολο	6427 (100%)	128 (100%)

### 7.3.Μεταβλητές

Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν η έναρξη ή όχι μητρικού θηλασμού, ο μητρικός θηλασμός στους 3 μήνες (ναι / όχι), ο μητρικός θηλασμός στους 6 μήνες (ναι / όχι) και ο αποκλειστικός μητρικός θηλασμός στον 1 μήνα (ναι / όχι). Ως έναρξη θηλασμού ορίστηκε η τοποθέτηση του βρέφους στο στήθος έστω και μια φορά ή η χορήγηση μητρικού γάλακτος μετά από άντλησή του. Ως αποκλειστικός μητρικός θηλασμός ορίστηκε η σίτιση του βρέφους αποκλειστικά με μητρικό γάλα, με μόνη εξαίρεση τη λήψη διαλυμάτων ενυδάτωσης, βιταμινών, μετάλλων ή φαρμάκων σύμφωνα με τους ορισμούς του ΠΟΥ[41].

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο και έχουν αναφερθεί παραπάνω.

Για τους σκοπούς της στατιστικής ανάλυσης η ηλικία από συνεχής μετατράπηκε σε διατάξιμη μεταβλητή με βάση τα τεταρτημόρια, έτσι δημιουργήθηκαν οι ηλικιακές κατηγορίες 18-28, 29-30, 31-34 και >34. Η κατηγοριοποίηση της μεταβλητής του ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος έγινε σύμφωνα με τις κατηγορίες για τους συντελεστές φόρου εισοδήματος του Τμήματος Εσωτερικών Προσόδων[153].

#### 7.4. Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (N) και σχετικές συχνότητες (%), ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ενδοτεταρτημοριακό εύρος, ελάχιστη και μέγιστη τιμή.

Για τη διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ 2 κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  ή το fisher's exact test.

Οι μεταβλητές που προέκυψαν ως στατιστικά σημαντικές από τη διμεταβλητή ανάλυση εισήχθησαν σε μοντέλο βηματικής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών. Πολυμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο πιθανής σύγκυσης μεταξύ των μεταβλητών. Αναφορικά με την πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (OR), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το επίπεδο αμφίπλευρης στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05.

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences).

## 8. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 8.1. Χαρακτηριστικά δείγματος

#### 8.1.1. Ηλικία μητέρας

Η μέση ηλικία των μητέρων που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν τα 30,6 έτη, με τυπική απόκλιση 4,5, διάμεσο 30, ενδοτεταρτημοριακό εύρος 6, ελάχιστη τιμή 19 και μέγιστη 43 (Πίνακας 8.1).

**Πίνακας 8.1:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της ηλικίας της μητέρας

	Ηλικία μητέρας
Μέση τιμή	30,6
Τυπική απόκλιση	4,5
Διάμεσος	30
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	6
Μέγιστη τιμή	43
Ελάχιστη τιμή	19

#### 8.1.2. Χώρα καταγωγής μητέρας

Από τις 128 μητέρες που συμμετείχαν στη μελέτη οι 76 (59,4%) ήταν Κύπριες, ενώ 52 (40,6%) κατάγονταν από άλλες χώρες (Πίνακες 8.2 και 8.3).

**Πίνακας 8.2:** Καταγωγή μητέρας από Κύπρο

Καταγωγή μητέρας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Κύπρια	76	59,4
Μη Κύπρια	52	40,6
Σύνολο	128	100

**Πίνακας 8.3:** Κατανομή κατά χώρα καταγωγής μητέρας

Χώρα καταγωγής μητέρας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Κύπρος	76	59,4
Ρουμανία	16	12,5
Γεωργία	7	5,5
Ρωσία	5	3,9
Βουλγαρία	5	3,9
Ελλάδα	4	3,1
Σερβία	1	0,8
Λιθουανία	1	0,8
Λετονία	1	0,8
Μολδαβία	1	0,8
Ουκρανία	1	0,8
Ουγγαρία	1	0,8
Σλοβακία	1	0,8
Πολωνία	1	0,8
Συρία	1	0,8
Αίγυπτος	1	0,8
Φιλιππίνες	1	0,8
Νεπάλ	1	0,8
Μαρόκο	1	0,8
Καμερούν	1	0,8
Γκάνα	1	0,8
Σύνολο	128	100

**8.1.3.Οικογενειακή κατάσταση μητέρας**

Οι πλειοψηφία των μητέρων (84,4%) ήταν παντρεμένες, ενώ 17 (13,3%) συμβίωναν με τον πατέρα του παιδιού χωρίς να είναι παντρεμένες (Πίνακας 8.4).

**Πίνακας 8.4:** Κατανομή κατά οικογενειακή κατάσταση μητέρας

Οικογενειακή κατάσταση μητέρας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Παντρεμένη	108	84,4
Ανύπαντρη	2	1,6
Διαζευγμένη	1	0,8
Σε συμβίωση	17	13,3
Σύνολο	128	100

#### 8.1.4. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Οι 76 από τις 128 μητέρες του δείγματος (59,4%) είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση, ενώ οι 52 (40,6%) δευτεροβάθμια (Πίνακας 8.5).

**Πίνακας 8.5:** Κατανομή κατά εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας

Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Απόφοιτος γυμνασίου	7	5,5
Απόφοιτος λυκείου	45	35,2
Απόφοιτος κολλεγίου	28	21,9
Απόφοιτος πανεπιστημίου	48	37,5
Σύνολο	128	100

#### 8.1.5. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Από τους πατέρες, τριτοβάθμια εκπαίδευση είχαν οι 62 (48,4%) και δευτεροβάθμια οι 66 (51,6%) (Πίνακας 8.6).

**Πίνακας 8.6:** Κατανομή κατά εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα

Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Απόφοιτος γυμνασίου	10	7,8
Απόφοιτος λυκείου	56	43,8
Απόφοιτος κολλεγίου	15	11,7
Απόφοιτος πανεπιστημίου	47	36,7
Σύνολο	128	100

#### 8.1.6. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39,1%) ανήκε στη χαμηλότερη κατηγορία εισοδήματος (Πίνακας 8.7).

**Πίνακας 8.7:** Κατανομή κατά ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
0-19500	50	39,1
19501-28000	30	23,4
28001-36300	20	15,6
>36301	28	21,9
Σύνολο	128	100

### 8.1.7.Εργασιακή κατάσταση μητέρας κατά την εγκυμοσύνη

Από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα οι 100 (78,1%) εργάζονταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ 28 (21,9%) δεν εργάζονταν (Πίνακας 8.8).

**Πίνακας 8.8:** Κατανομή κατά εργασιακή κατάσταση μητέρας κατά την εγκυμοσύνη

Εργασία κατά την εγκυμοσύνη	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	100	78,1
ΟΧΙ	28	21,9
Σύνολο	128	100

### 8.1.8.Άδεια μητρότητας

Από τις μητέρες που εργάζονταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, το 91% έλαβε πληρωμένη άδεια μητρότητας (Πίνακας 8.9).

**Πίνακας 8.9:** Άδεια μητρότητας

Άδεια μητρότητας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	91	91
ΟΧΙ	9	9
Σύνολο	100	100

### 8.1.9.Άδεια άνευ αποδοχών

Μόνο το 11% των μητέρων που εργάζονταν κατά την εγκυμοσύνη έλαβε άδεια άνευ αποδοχών (Πίνακας 8.10).

**Πίνακας 8.10:** Άδεια άνευ αποδοχών

Άδεια άνευ αποδοχών	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	11	11
ΟΧΙ	89	89
Σύνολο	100	100



### 8.1.10.Εργασιακή κατάσταση μετά τον τοκετό

Τη χρονική στιγμή της συνέντευξης ανέφεραν ότι εργάζονταν 89 μητέρες (69,5%), ενώ 39 (30,5%) δεν εργάζονταν (Πίνακας 8.11). Το 56,2% των μητέρων που επέστρεψαν στην εργασία τους μετά τον τοκετό, το έκαναν κατά τη διάρκεια του πέμπτου μήνα. Οι υπόλοιπες ξεκίνησαν να εργάζονται από τον πρώτο μέχρι και το 15<sup>ο</sup> μήνα μετά τον τοκετό.

**Πίνακας 8.11:** Κατανομή κατά εργασιακή κατάσταση τη χρονική στιγμή της συνέντευξης

Εργασιακή κατάσταση μετά τον τοκετό	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	89	69,5
ΟΧΙ	39	30,5
Σύνολο	128	100

## 8.2.Χαρακτηριστικά βρεφών δείγματος

### 8.2.1.Ηλικία βρεφών

Η ηλικία των βρεφών του δείγματος κυμαινόταν από 6 μέχρι 18 μήνες, με μέση τιμή 10,9, τυπική απόκλιση 3,9, διάμεσο 12 και ενδοτεταρτημοριακό εύρος 7 (Πίνακας 8.12).

**Πίνακας 8.12:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ενδοτεταρτημοριακό εύρος, η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή της ηλικίας των βρεφών

	Ηλικία βρεφών (μήνες)
Μέση τιμή	10,9
Τυπική απόκλιση	3,9
Διάμεσος	12
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος	7
Μέγιστη τιμή	6
Ελάχιστη τιμή	18

### 8.2.2.Δίδυμη κύηση

Δίδυμη κύηση αφορούσαν 8 περιπτώσεις (6,3%) από το σύνολο των 128 στο δείγμα (Πίνακας 8.13).

**Πίνακας 8.13:** Συχνότητα διδυμής κύησης

Δίδυμη κύηση	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	8	6,3
ΟΧΙ	120	93,8
Σύνολο	128	100

### 8.2.3. Φύλο

Η κατανομή των βρεφών ήταν περίπου ίδια στα 2 φύλα (Πίνακας 8.14).

**Πίνακας 8.14:** Κατανομή βρεφών σύμφωνα με το φύλο

Φύλο	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Αγόρι	69	50,7
Κορίτσι	67	49,3
Σύνολο	136	100

### 8.2.4. Βάρος γέννησης

Το βάρος κατά τη γέννηση κυμάνθηκε από 800 μέχρι 4500 γραμμάρια, με μέση τιμή 3066, τυπική απόκλιση 606,3, διάμεσο 3110 και ενδοτεταρτημοριακό εύρος 546,3. Το 13,3% των βρεφών είχε βάρος γέννησης μικρότερο από 2500 γραμμάρια (Πίνακας 8.15). Τα στοιχεία που παρουσιάζονται ακολούθως περιλαμβάνουν το ένα βρέφος από τις περιπτώσεις των διδύμων κυήσεων.

**Πίνακας 8.15:** Κατανομή βρεφών σύμφωνα με το βάρος γέννησης

Βάρος γέννησης	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
$\geq 2500$ γρ.	111	86,7
$< 2500$ γρ.	17	13,3
Σύνολο	128	100

### 8.2.5. Ηλικία κύησης

Ως τελειόμηνα χαρακτηρίζονται τα νεογνά που συμπλήρωσαν 37 εβδομάδες κύησης. Τα νεογνά που γεννήθηκαν πριν τις 37 εβδομάδες χαρακτηρίζονται ως πρόωρα. Στην παρούσα έρευνα το 85,2% των βρεφών ήταν τελειόμηνα (Πίνακας 8.16).

**Πίνακας 8.16:** Κατανομή βρεφών σύμφωνα με την ηλικία κύησης

Ηλικία κύησης	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Τελειόμηνα	109	85,2
Πρόωρα	19	14,8
Σύνολο	128	100

### 8.2.6. Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN) χρειάστηκαν μετά τη γέννηση 18 (14,1%) από τα βρέφη (Πίνακας 8.17).

**Πίνακας 8.17:** Κατανομή βρεφών σύμφωνα με τη νοσηλεία σε MENN

MENN	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	110	85,9
ΝΑΙ	18	14,1
Σύνολο	128	100

## 8.3. Περιγεννητικά στοιχεία και πρακτικές από το μαιευτήριο

### 8.3.1. Τοκετός σε δημόσιο ή ιδιωτικό μαιευτήριο

Από τις μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 77 (60,2%) γέννησαν σε δημόσιο μαιευτήριο και οι 51 (39,8%) σε ιδιωτικό (Πίνακας 8.18).

**Πίνακας 8.18:** Κατανομή σύμφωνα με το μαιευτήριο

Μαιευτήριο	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δημόσιο	77	60,2
Ιδιωτικό	51	39,8
Σύνολο	128	100

### 8.3.2.Είδος τοκετού

Το ποσοστό των καισαρικών τομών ήταν αρκετά υψηλό, 62 από τους 128 τοκετούς (48,4%) (Πίνακας 8.19).

**Πίνακας 8.19:** Κατανομή σύμφωνα με το είδος τοκετού

Είδος τοκετού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Φυσιολογικός	66	51,6
Καισαρική	62	48,4
Σύνολο	128	100

### 8.3.3.Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού

Η πρακτική της 24ωρης συνδιαμονής μητέρας-νεογνού στο μαιευτήριο (rooming-in), που περιλαμβάνεται και στα 10 βήματα για επιτυχή θηλασμό, εφαρμόστηκε σε 69 περιπτώσεις (53,9%) (Πίνακας 8.20).

**Πίνακας 8.20:** Κατανομή σύμφωνα με την εφαρμογή συνδιαμονής μητέρας-νεογνού

Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	59	46.1
ΝΑΙ	69	53.9
Σύνολο	128	100

### 8.3.4.Έναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό

Το 39,5% των μητέρων που θήλασαν, ξεκίνησαν να θηλάζουν εντός της πρώτης ώρας από τον τοκετό, ενώ οι υπόλοιπες (60,5%) ξεκίνησαν να θηλάζουν μετά την πρώτη ώρα (Πίνακας 8.21). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 16,8% των μητέρων που ξεκίνησαν να θηλάζουν, δεν θήλασαν από την πρώτη ημέρα.

**Πίνακας 8.21** Κατανομή σύμφωνα με την έναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό

Έναρξη θηλασμού εντός 1 ώρας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	72	60,5
ΝΑΙ	47	39,5
Σύνολο	119	100

### 8.3.5.Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο

Το 64,1% των μητέρων ανέφεραν χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο (Πίνακας 8.22).

**Πίνακας 8.22:** Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο

Χορήγηση υποκατάστατων	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	46	35,9
ΝΑΙ	82	64,1
Σύνολο	128	100

Η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος παρατηρήθηκε τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά μαιευτήρια, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (Πίνακας 8.23).

**Πίνακας 8.23:** Η σχέση ανάμεσα στη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο και το είδος μαιευτηρίου

Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος			
Μαιευτήριο	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Τιμή p†
	N (%)	N (%)	
Δημόσιο	52 (67,5)	25 (32,5)	0,315
Ιδιωτικό	30 (58,8)	21 (41,2)	

† έλεγχος  $\chi^2$

### 8.3.6.Προώθηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο

Μόνο 8 από τις μητέρες (6,3%) ανέφεραν ότι τους χορηγήθηκε συνταγή για κάποιο γάλα από το μαιευτήριο, όμως 39 (30,5%) ανέφεραν ότι τους χορηγήθηκε δωρεάν δείγμα γάλακτος (Πίνακες 8.24 και 8.25).

**Πίνακας 8.24:** Χορήγηση συνταγής για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο

Χορήγηση συνταγής	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	120	93,8
ΝΑΙ	8	6,3
Σύνολο	128	100

**Πίνακας 8.25:** Χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο

Χορήγηση δωρεάν δείγματος	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	89	69,5
ΝΑΙ	39	30,5
Σύνολο	128	100

Η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο ήταν συχνότερη στα ιδιωτικά παρά στα δημόσια μαιευτήρια, με διαφορά στατιστικά σημαντική (Πίνακας 8.26).

**Πίνακας 8.26:** Η σχέση ανάμεσα στη χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο και το είδος μαιευτηρίου

Χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος			
Μαιευτήριο	ΝΑΙ N (%)	ΟΧΙ N (%)	Τιμή p†
Δημόσιο	11 (14,3)	66 (85,7)	<0,001
Ιδιωτικό	28 (54,9)	23 (45,1)	

† έλεγχος  $\chi^2$

### 8.3.7.Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου

Από τις μητέρες που θήλασαν, οι 86 (72,3%) ανέφεραν ότι είχαν υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου όταν ξεκίνησαν να θηλάζουν (Πίνακας 8.27).

**Πίνακας 8.27:** Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου

Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	33	27,7
ΝΑΙ	86	72,3
Σύνολο	119	100

Αξίζει να αναφερθεί ότι οι μητέρες των οποίων τα νεογνά νοσηλεύτηκαν σε ΜΕΝΝ ανέφεραν λιγότερο συχνά ότι είχαν υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου, διαφορά η οποία ήταν και στατιστικά σημαντική (Πίνακας 8.28)

**Πίνακας 8.28:** Η σχέση ανάμεσα στην υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου και τη νοσηλεία σε MENN

<b>Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου</b>			
<b>Νοσηλεία σε MENN</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Τιμή p†</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
ΝΑΙ	6 (42,9)	8 (57,1)	0,021
ΟΧΙ	80 (76,2)	25 (23,8)	

† Fischer's exact test

#### 8.4. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με το μητρικό θηλασμό

##### 8.4.1. Υποστήριξη από το περιβάλλον

Το 51,3% από τις μητέρες που θηλάσαν ανέφερε ότι τις βοήθησε ή τις υποστήριξε για να θηλάσουν κάποιος από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον ή κάποιος επαγγελματίας υγείας (Πίνακας 8.29).

**Πίνακας 8.29:** Υποστήριξη από το περιβάλλον

Υποστήριξη από το περιβάλλον	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	58	48,7
ΝΑΙ	61	51,3
Σύνολο	119	100

Οι πηγές υποστήριξης των μητέρων όσον αφορά το θηλασμό παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα (Πίνακας 8.30). Οι μητέρες μπορούσαν να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις στην ερώτηση ποιός τις βοήθησε ή τις υποστήριξε να θηλάσουν.

**Πίνακας 8.30:** Πηγές υποστήριξης θηλαζουσών μητέρων

Πηγές υποστήριξης	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σύντροφος	26	21,8
Γονείς	32	26,9
Φίλοι/φίλες	8,7	6
Παιδίατρος	24	20,2
Γυναικολόγος	2	1,7

#### 8.4.2. Πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού

Από το σύνολο των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 115 (89,8%) είχαν αποφασίσει να θηλάσουν πριν τον τοκετό, οι 7 (5,5%) είχαν αποφασίσει να μην θηλάσουν και οι 6 (4,7%) δεν είχαν αποφασίσει αν θα θηλάζαν (Πίνακας 8.31).

**Πίνακας 8.31:** Πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού

Πρόθεση για θηλασμό	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Είχα αποφασίσει να θηλάσω	115	89,8
Είχα αποφασίσει να μην θηλάσω	7	5,5
Δεν είχα αποφασίσει	6	4,7
Σύνολο	128	100

Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος (98,3%) για τον οποίο οι μητέρες ήθελαν να θηλάσουν, ήταν ότι θεωρούσαν ότι ο μητρικός θηλασμός είναι η καλύτερη διατροφή για το βρέφος. Άλλοι λόγοι για τους οποίους οι μητέρες ήθελαν να θηλάσουν παρουσιάζονται παρακάτω (Πίνακας 8.32).

**Πίνακας 8.32:** Λόγοι για τους οποίους οι μητέρες ήθελαν να θηλάσουν

Λόγος	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Η καλύτερη διατροφή για το βρέφος	113	98,3
Δεσμός μητέρας-βρέφους	58	50,4
Είναι ο φυσικός τρόπος	37	32,2
Οικονομικός τρόπος σίτισης	19	16,5
Θήλασα προηγούμενο μωρό με επιτυχία	17	14,8
Εύκολος/βολικός τρόπος σίτισης	16	13,9
Καλύτερο για την υγεία της μητέρας	16	13,9
Αποφυγή αλλεργίας	15	13

Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος για τον οποίο οι μητέρες είχαν αποφασίσει να μην θηλάσουν, ήταν η προηγούμενη αρνητική εμπειρία με το θηλασμό (Πίνακας 8.33).



**Πίνακας 8.33:** Λόγοι για τους οποίους οι μητέρες αποφάσισαν να μην θηλάσουν

Λόγος	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Προηγούμενη αρνητική εμπειρία	3	42,9
Πρόβλημα υγείας μητέρας	1	14,3
Φόβος αποτυχίας	1	14,3
Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι	1	14,3
Τοποθέτηση εμφυτευμάτων σιλικόνης	1	14,3
ΜΘ χρονοβόρος και δέσμευση στο σπίτι	1	14,3

#### 8.4.3.Χρήση πιπίλας

Χρήση πιπίλας για τα μωρά τους έκαναν 98 (76,6%) από τις μητέρες, ενώ 30 (23,4%) δεν έδωσαν καθόλου πιπίλα (Πίνακας 8.34).

**Πίνακας 8.34:** Κατανομή σύμφωνα με τη χρήση πιπίλας

Χρήση πιπίλας	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	30	23,4
ΝΑΙ	98	76,6
Σύνολο	128	100

Χρήση πιπίλας ξεκίνησαν από τον πρώτο μήνα 71 μητέρες (55,5%) (Πίνακας 8.35).

**Πίνακας 8.35:** Κατανομή σύμφωνα με τη χρήση πιπίλας από τον πρώτο μήνα

Χρήση πιπίλας από τον πρώτο μήνα	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	57	44,5
ΝΑΙ	71	55,5
Σύνολο	128	100

#### 8.4.4.Κάπνισμα

Από τις μητέρες του δείγματος 28 (21,9%) ανέφεραν ότι κάπνιζαν τη χρονική στιγμή της συνέντευξης (Πίνακας 8.36). Ο αριθμός τσιγάρων που κάπνιζαν ανά ημέρα ήταν από 1 μέχρι 20, με μέση τιμή 9,1, τυπική απόκλιση 6,6, διάμεσο 9 και ενδοτεταρτημοριακό εύρος 8,5.

**Πίνακας 8.36:** Κατανομή σύμφωνα με το κάπνισμα της μητέρας κατά τη στιγμή της συνέντευξης

Κάπνισμα	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	100	78,1
ΝΑΙ	28	21,9
Σύνολο	128	100

Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συνέχισαν να καπνίζουν 14 από τις μητέρες (10,9%) (Πίνακας 8.37) από 1 μέχρι 12 τσιγάρα ανά ημέρα, με μέση τιμή 5,1, τυπική απόκλιση 3,5, διάμεσο 4 και ενδοτεταρτημοριακό εύρος 5.

**Πίνακας 8.37:** Κατανομή σύμφωνα με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης

Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	114	89,1
ΝΑΙ	14	10,9
Σύνολο	128	100

#### 8.4.5. Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού

Από τις μητέρες του δείγματος οι 54 (42,2%) ανέφεραν ότι είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού (Πίνακας 8.38), ενώ οι 47 (36,7%) είχαν προηγούμενη εμπειρία θηλασμού με διάρκεια μεγαλύτερη από 1 μήνα (Πίνακας 8.39).

**Πίνακας 8.38:** Κατανομή σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού

Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	74	57,8
ΝΑΙ	54	42,2
Σύνολο	128	100

**Πίνακας 8.39:** Κατανομή σύμφωνα με την προηγούμενη εμπειρία θηλασμού με διάρκεια μεγαλύτερη από 1 μήνα

Προηγούμενη εμπειρία >1 μήνα	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	81	63,3
ΝΑΙ	47	36,7
Σύνολο	128	100

## 8.5. Δείκτες θηλασμού

### 8.5.1. Έναρξη θηλασμού

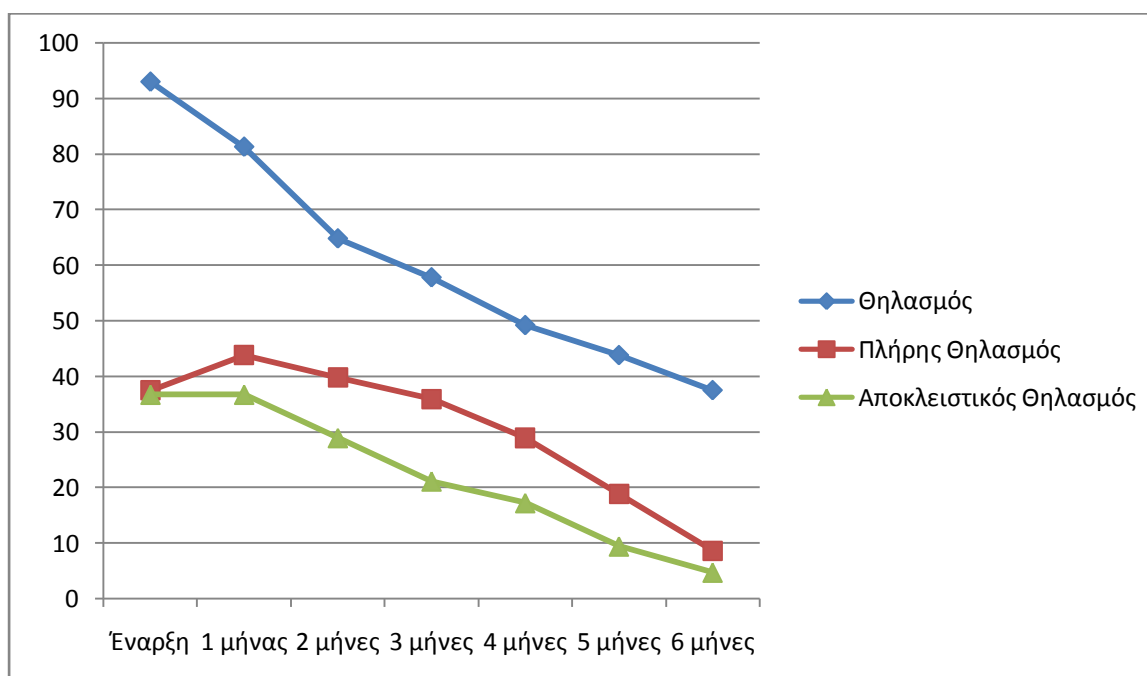
Από το σύνολο των 128 μητέρων ξεκίνησαν να θηλάζουν οι 119 (93%), ενώ δεν θήλασαν καθόλου οι 9 (7%) (Πίνακας 8.40). Οι 47 (36,7%) ξεκίνησαν να θηλάζουν αποκλειστικά.

**Πίνακας 8.40:** Κατανομή σύμφωνα με την έναρξη θηλασμού

Έναρξη θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	9	7
ΝΑΙ	119	93
Σύνολο	128	100

### 8.5.2. Διάρκεια θηλασμού

Η εξέλιξη της διάρκειας του θηλασμού, του αποκλειστικού θηλασμού και του πλήρους θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα παρουσιάζεται στο ακόλουθο διάγραμμα και πίνακες (Διάγραμμα 8.1, Πίνακες 8.41, 8.42, 8.43).



**Διάγραμμα 8.1:** Εξέλιξη της διάρκειας του θηλασμού, του αποκλειστικού θηλασμού και του πλήρους θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα

**Πίνακας 8.41:** Εξέλιξη της διάρκειας του θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα

Διάρκεια θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έναρξη	119	93
1 μήνας	104	81,3
2 μήνες	83	64,8
3 μήνες	74	57,8
4 μήνες	63	49,2
5 μήνες	56	43,8
6 μήνες	48	37,5

**Πίνακας 8.42:** Εξέλιξη της διάρκειας του αποκλειστικού θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα

Διάρκεια αποκλειστικού θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έναρξη	47	36,7
1 μήνας	47	36,7
2 μήνες	37	28,9
3 μήνες	27	21,1
4 μήνες	22	17,2
5 μήνες	12	9,4
6 μήνες	6	4,7

**Πίνακας 8.43:** Εξέλιξη της διάρκειας του πλήρους θηλασμού για κάθε συμπληρωμένο μήνα

Διάρκεια πλήρους θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έναρξη	48	37,5
1 μήνας	56	43,8
2 μήνες	51	39,8
3 μήνες	46	35,9
4 μήνες	37	28,9
5 μήνες	24	18,8
6 μήνες	11	8,6

Το ένα τρίτο των μητέρων που ξεκίνησαν να θηλάζουν (30,3%) διέκοψαν το θηλασμό πριν τη συμπλήρωση 2 μηνών (Πίνακας 8.44).

**Πίνακας 8.44:** Διακοπή πριν τη συμπλήρωση 2 μηνών θηλασμού

Διακοπή πριν τους 2 μήνες	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΟΧΙ	83	69,7
ΝΑΙ	36	30,3
Σύνολο	119	100

### 8.5.3. Λόγοι διακοπής του μητρικού θηλασμού

Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος διακοπής του μητρικού θηλασμού ήταν το ανεπαρκές γάλα (39,8%), με δεύτερο την επιστροφή στην εργασία (15,1%). Οι υπόλοιποι λόγοι παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.45.

**Πίνακας 8.45:** Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού

Λόγοι διακοπής μητρικού θηλασμού	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ανεπαρκές γάλα	37	39,8
Επιστροφή στην εργασία	14	15,1
Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου	8	8,6
Τραυματισμός θηλών	6	6,5
Ασθένεια μητέρας	5	5,4
Θεώρησα ότι το μωρό μου θήλασε αρκετά/επαρκώς	4	4,3
Υποχρεώσεις στο σπίτι/άλλα παιδιά	3	3,2
Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους	2	2,2
Το μωρό δυσκολευόταν να πιάσει το στήθος	2	2,2
Εισέχουσες θηλές	2	2,2
Μαστίτιδα	2	2,2
MENN	1	1,1
Προωρότητα	1	1,1
Ασθένεια μωρού	1	1,1
Νέα εγκυμοσύνη	1	1,1
Κούραση/άγχος/κατάθλιψη	1	1,1
Κόπηκε το γάλα λόγω ψυχολογικού σοκ της μητέρας	1	1,1
Έναρξη υποκατάστατων μητρικού γάλακτος	1	1,1
Ο παιδίατρος μου είπε να μη θηλάσω άλλο	1	1,1
Σύνολο	93	100

#### 8.5.4. Λόγοι για τους οποίους κάποιες μητέρες δεν θήλασαν καθόλου

Οι λόγοι για τους οποίους κάποιες από τις μητέρες δεν θήλασαν καθόλου παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.46.

**Πίνακας 8.46:** Λόγοι για τους οποίους κάποιες μητέρες δεν θήλασαν καθόλου

Λόγοι	Απόλυτη συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι	2	22,2
Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού	2	22,2
MENN	2	22,2
Ασθένεια μητέρας	2	22,2
Κατάθλιψη	1	11,1
Σύνολο	9	100

## 9.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### 9.1.Προσδιοριστές έναρξης μητρικού θηλασμού

Από το σύνολο των 128 μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα, ξεκίνησαν να θηλάζουν οι 119 (93%), ενώ δεν θήλασαν καθόλου οι 9 (7%)

#### 9.1.1.Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 9.1 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και την έναρξη του μητρικού θηλασμού.

**Πίνακας 9.1:** Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και την έναρξη του μητρικού θηλασμού

Μελετώμενοι προσδιοριστές	Έναρξη μητρικού θηλασμού ΝΑΙ N(%)	OXI N(%)	Τιμή p†
<b>Ηλικία μητέρας</b>			
18-28	31 (91,2)	3 (8,8)	0,904
29-30	30 (93,8)	2 (6,2)	
31-34	33 (91,7)	3 (8,3)	
>34	25 (96,2)	1 (3,8)	
<b>Μητέρα Κύπρια</b>			
Ναι	70 (92,1)	6 (7,9)	0,738
Όχι	49 (94,2)	3 (5,8)	
<b>Μητέρα παντρεμένη/σε συμβίωση</b>			
Ναι	116 (92,8)	9 (7,2)	0,999
Όχι	3 (100)	0 (0)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>			
Δευτεροβάθμιο	48 (92,3)	4 (7,7)	0,999
Τριτοβάθμιο	71 (93,7)	5 (6,6)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>			
Δευτεροβάθμιο	59 (89,4)	7 (10,6)	0,166
Τριτοβάθμιο	60 (96,8)	2 (3,2)	
<b>Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα</b>			
0-19500	47 (94)	3 (6)	0,543
19501-28000	26 (86,7)	4 (13,3)	
28001-36300	19 (95)	1 (5)	
>36301	27 (96,4)	1 (3,6)	
<b>Εργασία κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	93 (93)	7 (7)	0,999
Όχι	26 (92,9)	2 (7,1)	
<b>Άδεια μητρότητας</b>			
Ναι	84 (92,3)	7 (7,7)	0,999
Όχι	9 (100)	0 (0)	



<b>Άδεια άνευ αποδοχών</b>			
Ναι	11 (100)	0 (0)	0,999
Όχι	82 (92,1)	7 (7,9)	
<b>Επιστροφή στην εργασία</b>			
Ναι	82 (92,1)	7 (7,9)	0,721
Όχι	37 (94,9)	2 (5,1)	
<b>Δίδυμη κύηση</b>			
Ναι	7 (87,5)	1 (12,5)	0,451
Όχι	112 (93,3)	8 (6,7)	
<b>Φύλο</b>			
Αγόρι	59 (93,7)	4 (6,3)	0,744
Κορίτσι	57 (91,9)	5 (8,1)	
<b>Μαιευτήριο</b>			
Ιδιωτικό	48 (94,1)	3 (5,9)	0,999
Δημόσιο	71 (92,2)	6 (7,8)	
<b>Είδος τοκετού</b>			
Καισαρική	56 (90,3)	6 (9,7)	0,314
Φυσιολογικός	63 (95,5)	3 (4,5)	
<b>Βάρος γέννησης&lt;2500γρ.</b>			
Ναι	15 (88,2)	2 (11,8)	0,341
Όχι	104 (93,7)	7 (6,3)	
<b>Ηλικία κύησης</b>			
Πρόωρο	16 (84,2)	3 (15,8)	0,130
Τελειόμηνο	103 (94,5)	6 (5,5)	
<b>MENN</b>			
Ναι	14 (77,8)	4 (22,2)	<b>0,022</b>
Όχι	105 (95,5)	5 (4,5)	
<b>Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού</b>			
Ναι	65 (94,2)	4 (5,8)	0,732
Όχι	54 (91,5)	5 (8,5)	
<b>Πρόθεση για θηλασμό</b>			
Ναι	112 (97,4)	3 (2,6)	<b>&lt;0,001</b>
Όχι	7 (53,8)	6 (46,2)	
<b>Κάπνισμα</b>			
Ναι	24 (85,7)	4 (14,3)	0,105
Όχι	95 (95)	5 (5)	
<b>Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	12 (85,7)	2 (14,3)	0,256
Όχι	107 (93,9)	7 (6,1)	
<b>Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού</b>			
<b>&gt;1μήνα</b>			
Ναι	46 (97,9)	1 (2,1)	0,153
Όχι	73 (90,1)	8 (9,9)	

† Fisher's exact test

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.1, με την έναρξη του μητρικού θηλασμού σχετιζόνταν η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών ( $p=0,022$ ) και η πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού ( $p<0,001$ ).

### 9.1.2. Πολυμεταβλητή ανάλυση

Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 9.2.

**Πίνακας 9.2:** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την έναρξη του μητρικού θηλασμού

Ανεξάρτητη μεταβλητή	OR	95% ΔΕ	Τιμή p
MENN (όχι=0, ναι=1)	0,165	0,038 έως 0,710	0,016

OR: odds ratio ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.2, προκύπτει ότι μόνο η νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών σχετιζόταν με την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Πιο συγκεκριμένα η έναρξη μητρικού θηλασμού στα βρέφη που νοσηλεύτηκαν σε MENN ήταν κατά 6 περίπου φορές λιγότερο συχνή.

### 9.2. Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού στους 3 μήνες

Στους 3 μήνες συνέχιζαν να θηλάζουν 74 (62,2%) από τις μητέρες που ξεκίνησαν να θηλάζουν.

#### 9.2.1. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 9.3 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες.

**Πίνακας 9.3:** Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες

Μελετώμενοι προσδιοριστές	Θηλασμός στους 3 μήνες		Τιμή p <sup>†</sup>
	ΝΑΙ N(%)	ΟΧΙ N(%)	
<b>Ηλικία μητέρας</b>			
18-28	13 (41,9)	18 (58,1)	<b>0,011<sup>a</sup></b>
29-30	18 (60)	12 (40)	
31-34	26 (78,8)	7 (21,2)	
>34	17 (68)	8 (32)	
<b>Μητέρα Κύπρια</b>			
Ναι	41 (58,6)	29 (41,4)	0,331
Όχι	33 (67,3)	16 (32,7)	
<b>Μητέρα παντρεμένη/σε συμβίωση</b>			
Ναι	73 (62,9)	43 (37,1)	0,556 <sup>b</sup>
Όχι	1 (33,3)	2 (66,7)	

<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>			
Δευτεροβάθμιο	27 (56,2)	21 (43,8)	0,272
Τριτοβάθμιο	47 (66,2)	24 (33,8)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>			
Δευτεροβάθμιο	30 (50,8)	29 (49,2)	<b>0,011</b>
Τριτοβάθμιο	44 (73,3)	16 (26,7)	
<b>Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα</b>			
0-19500	28 (59,6)	19 (40,4)	0,129
19501-28000	12 (46,2)	14 (53,8)	
28001-36300	14 (73,7)	5 (26,3)	
>36301	20 (74,1)	7 (25,9)	
<b>Εργασία κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	61 (65,6)	32 (34,4)	0,147
Όχι	13 (50)	13 (50)	
<b>Άδεια μητρότητας</b>			
Ναι	55 (65,5)	29 (34,5)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	6 (66,7)	3 (33,3)	
<b>Άδεια άνευ αποδοχών</b>			
Ναι	8 (72,7)	3 (27,3)	0,743 <sup>β</sup>
Όχι	53 (64,6)	29 (35,4)	
<b>Επιστροφή στην εργασία</b>			
Ναι	53 (64,6)	29 (35,4)	0,412
Όχι	21 (56,8)	16 (43,2)	
<b>Δίδυμη κύηση</b>			
Ναι	4 (57,1)	3 (42,9)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	70 (62,5)	42 (37,5)	
<b>Φύλο</b>			
Αγόρι	36 (61)	23 (39)	0,812
Κορίτσι	36 (63,2)	21 (36,8)	
<b>Μαιευτήριο</b>			
Ιδιωτικό	31 (64,6)	17 (35,4)	0,657
Δημόσιο	43 (60,6)	28 (39,4)	
<b>Είδος τοκετού</b>			
Καισαρική	33 (58,9)	23 (41,1)	0,490
Φυσιολογικός	41 (65,1)	22 (34,9)	
<b>Βάρος γέννησης &lt; 2500gr.</b>			
Ναι	8 (53,3)	7 (46,7)	0,450
Όχι	66 (63,5)	38 (36,5)	
<b>Ηλικία κύησης</b>			
Πρόωρο	8 (50)	8 (50)	0,280
Τελειόμηνο	66 (64,1)	37 (35,9)	
<b>MENN</b>			
Ναι	10 (71,4)	4 (28,6)	0,448
Όχι	64 (61)	41 (39)	
<b>Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού</b>			
Ναι	39 (60)	26 (40)	0,590
Όχι	35 (64,8)	19 (35,2)	
<b>Έναρξη θηλασμού εντός 1 ώρας</b>			
Ναι	34 (72,3)	13 (27,7)	0,065
Όχι	40 (55,6)	32 (44,4)	

<b>Χορήγηση υποκατάστατων στο μαιευτήριο</b>			
Ναι	36 (49,3)	37 (50,7)	<b>&lt;0,001</b>
Όχι	38 (82,6)	8 (17,4)	
<b>Χορήγηση συνταγής για γάλα από το μαιευτήριο</b>			
Ναι	4 (57,1)	3 (42,9)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	70 (62,5)	42 (37,5)	
<b>Χορήγηση δωρεάν δείγματος</b>			
Ναι	17 (50)	17 (50)	0,083
Όχι	57 (67,1)	28 (32,9)	
<b>Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου</b>			
Ναι	51 (59,3)	35 (40,7)	0,295
Όχι	23 (69,7)	10 (30,3)	
<b>Υποστήριξη από το σύντροφο</b>			
Ναι	20 (76,9)	6 (23,1)	0,080
Όχι	54 (58,1)	39 (41,9)	
<b>Υποστήριξη από τους γονείς</b>			
Ναι	18 (56,2)	14 (43,8)	0,418
Όχι	56 (64,4)	31 (35,6)	
<b>Υποστήριξη από τον παιδίατρο</b>			
Ναι	17 (70,8)	7 (29,2)	0,328
Όχι	57 (60)	38 (40)	
<b>Υποστήριξη από το περιβάλλον γενικά</b>			
Ναι	40 (65,6)	21 (34,4)	0,434
Όχι	34 (58,6)	24 (41,4)	
<b>Πρόθεση για θηλασμό</b>			
Ναι	72 (64,3)	40 (35,7)	0,103 <sup>β</sup>
Όχι	2 (28,6)	5 (71,4)	
<b>Χρήση πιπίλας</b>			
Ναι	51 (56,7)	39 (43,3)	<b>0,029</b>
Όχι	23 (79,3)	6 (20,7)	
<b>Κάπνισμα</b>			
Ναι	12 (50)	12 (50)	0,168
Όχι	62 (65,3)	33 (34,7)	
<b>Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	6 (50)	6 (50)	0,366 <sup>β</sup>
Όχι	68 (63,6)	39 (36,4)	
<b>Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού &gt;1μήνα</b>			
Ναι	35 (76,1)	11 (23,9)	<b>0,013</b>
Όχι	39 (53,4)	34 (46,6)	

<sup>†</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>a</sup>  $\chi^2$  για τάση

<sup>β</sup> Fisher's exact test

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.3, με τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες σχετιζόνταν η ηλικία της μητέρας ( $p=0,011$ ), το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα ( $0,011$ ), η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο ( $p<0,001$ ), η χρήση πιπίλας ( $p=0,029$ ) και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα ( $p=0,013$ ).

### 9.2.2. Πολυμεταβλητή ανάλυση

Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 9.4.

**Πίνακας 9.4:** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	OR	95% ΔΕ	Τιμή p
Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο (όχι=0, ναι=1)	0,308	0,120 έως 0,796	0,015
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα (δευτεροβάθμιο=0, τριτοβάθμιο=1)	2,822	1,183 έως 6,733	0,019
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα (όχι=0, ναι=1)	2,857	1,150 έως 7,096	0,024

OR: odds ratio ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.4, προκύπτει ότι με τον μητρικό θηλασμό στους 3 μήνες σχετιζόνταν η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο, το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα. Πιο συγκεκριμένα η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο σχετιζόταν με περίπου 3 φορές μικρότερη συχνότητα θηλασμού στους 3 μήνες, ενώ η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα με 2,8 φορές μεγαλύτερη συχνότητα. Επίσης τα βρέφη που είχαν πατέρες με τριτοβάθμια εκπαίδευση θήλαζαν 2,8 φορές συχνότερα στους 3 μήνες από αυτά που είχαν πατέρες με δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

### 9.3. Προσδιοριστές μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες

Στους 6 μήνες θήλαζαν ακόμα οι 48 μητέρες (40,3%) από τις 119 που ξεκίνησαν να θηλάζουν.

### 9.3.1. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 9.5 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες.

**Πίνακας 9.5:** Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες

Μελετώμενοι προσδιοριστές	Θηλασμός στους 6 μήνες ΝΑΙ N(%)	OXI N(%)	Τιμή p†
<b>Ηλικία μητέρας</b>			
18-28	8 (25,8)	23 (74,2)	<b>0,041<sup>a</sup></b>
29-30	10 (33,3)	20 (66,7)	
31-34	19 (57,6)	14 (42,4)	
>34	11 (44)	14 (56)	
<b>Μητέρα Κύπρια</b>			
Ναι	26 (37,1)	44 (62,9)	0,396
Όχι	22 (44,9)	27 (55,1)	
<b>Μητέρα παντρεμένη/σε συμβίωση</b>			
Ναι	47 (40,5)	69 (59,5)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	1 (33,3)	2 (66,7)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>			
Δευτεροβάθμιο	16 (33,3)	32 (66,7)	0,200
Τριτοβάθμιο	32 (45,1)	39 (54,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>			
Δευτεροβάθμιο	19 (32,2)	40 (67,8)	0,073
Τριτοβάθμιο	29 (48,3)	31 (51,7)	
<b>Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα</b>			
0-19500	17 (36,2)	30 (63,8)	0,267
19501-28000	8 (30,8)	18 (69,2)	
28001-36300	11 (57,9)	8 (42,1)	
>36301	12 (44,4)	15 (55,6)	
<b>Εργασία κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	39 (41,9)	54 (58,1)	0,501
Όχι	9 (34,6)	17 (65,4)	
<b>Άδεια μητρότητας</b>			
Ναι	35 (41,7)	49 (58,3)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	4 (44,4)	5 (55,6)	
<b>Άδεια άνευ αποδοχών</b>			
Ναι	4 (36,4)	7 (63,6)	0,756 <sup>β</sup>
Όχι	35 (42,7)	47 (57,3)	
<b>Επιστροφή στην εργασία</b>			
Ναι	33 (40,2)	49 (59,8)	0,976
Όχι	15 (40,5)	22 (59,5)	
<b>Δίδυμη κύηση</b>			
Ναι	3 (42,9)	4 (57,1)	0,999 <sup>β</sup>
Όχι	45 (40,2)	67 (59,8)	

<b>Φύλο</b>			
Αγόρι	22 (37,3)	37 (62,7)	0,596
Κορίτσι	24 (42,1)	33 (57,9)	
<b>Μαιευτήριο</b>			
Ιδιωτικό	21 (43,8)	27 (56,2)	0,533
Δημόσιο	27 (38)	44 (62)	
<b>Είδος τοκετού</b>			
Καισαρική	22 (39,3)	34 (60,7)	0,826
Φυσιολογικός	26 (41,3)	37 (58,7)	
<b>Βάρος γέννησης&lt;2500γρ.</b>			
Ναι	4 (26,7)	11 (73,3)	0,248
Όχι	44 (42,3)	60 (57,7)	
<b>Ηλικία κύησης</b>			
Πρόωρο	4 (25)	12 (75)	0,179
Τελειόμηνο	44 (42,7)	59 (57,3)	
<b>MENN</b>			
Ναι	5 (35,7)	9 (64,3)	0,707
Όχι	43 (41)	62 (59)	
<b>Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού</b>			
Ναι	26 (40)	39 (60)	0,935
Όχι	22 (40,7)	32 (59,3)	
<b>Έναρξη θηλασμού εντός 1 ώρας</b>			
Ναι	25 (53,2)	22 (46,8)	<b>0,021</b>
Όχι	23 (31,9)	49 (68,1)	
<b>Χορήγηση υποκατάστατων στο μαιευτήριο</b>			
Ναι	21 (28,8)	52 (71,2)	<b>0,001</b>
Όχι	27 (58,7)	19 (41,3)	
<b>Χορήγηση συνταγής για γάλα από το μαιευτήριο</b>			
Ναι	0 (0)	7 (100)	<b>0,041<sup>B</sup></b>
Όχι	48 (42,9)	64 (57,1)	
<b>Χορήγηση δωρεάν δείγματος</b>			
Ναι	13 (38,2)	21 (61,8)	0,768
Όχι	35 (41,2)	50 (58,8)	
<b>Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου</b>			
Ναι	31 (36)	55 (64)	0,124
Όχι	17 (51,5)	16 (48,5)	
<b>Υποστήριξη από το σύντροφο</b>			
Ναι	11 (42,3)	15 (57,7)	0,817
Όχι	37 (39,8)	56 (60,2)	
<b>Υποστήριξη από τους γονείς</b>			
Ναι	12 (37,5)	20 (62,5)	0,702
Όχι	36 (41,4)	51 (58,6)	
<b>Υποστήριξη από τον παιδίατρο</b>			
Ναι	11 (45,8)	13 (54,2)	0,539
Όχι	37 (38,9)	58 (61,1)	

**Υποστήριξη από το περιβάλλον****γενικά**

Ναι	22 (36,1)	39 (63,9)	0,330
Όχι	26 (44,8)	32 (55,2)	

**Πρόθεση για θηλασμό**

Ναι	48 (42,9)	64 (57,1)	<b>0,041<sup>β</sup></b>
Όχι	0 (0)	7 (100)	

**Χρήση πιπίλας**

Ναι	29 (32,2)	61 (67,8)	<b>0,001</b>
Όχι	19 (65,5)	10 (34,5)	

**Κάπνισμα**

Ναι	6 (25)	18 (75)	0,087
Όχι	42 (44,2)	53 (55,8)	

**Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη**

Ναι	3 (25)	9 (75)	0,357 <sup>β</sup>
Όχι	45 (42,1)	62 (57,9)	

**Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού****>1μήνα**

Ναι	26 (56,5)	20 (43,5)	<b>0,004</b>
Όχι	22 (30,1)	51 (69,9)	

† έλεγχος  $\chi^2$ <sup>a</sup>  $\chi^2$  για τάση<sup>β</sup> Fisher's exact test

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.5, με τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες σχετίζονταν η ηλικία της μητέρας ( $p=0,041$ ), η έναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό ( $p=0,021$ ), η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο ( $p=0,01$ ), η χορήγηση συνταγής για υποκατάστατα μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο ( $p=0,041$ ), η πρόθεση για θηλασμό προ του τοκετού ( $p=0,041$ ), η χρήση πιπίλας ( $p=0,001$ ) και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα ( $p=0,004$ ).

**9.3.2. Πολυμεταβλητή ανάλυση**

Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 9.6.



**Πίνακας 9.6:** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες

Ανεξάρτητη μεταβλητή	OR	95% ΔΕ	Τιμή p
Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο (όχι=0, ναι=1)	0,371	0,162 έως 0,850	0,019
Χρήση πιπίλας (όχι=0, ναι=1)	0,270	0,104 έως 0,698	0,007
Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα (όχι=0, ναι=1)	2,832	1,231 έως 6,513	0,014

OR: odds ratio ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.6, προκύπτει ότι με τον μητρικό θηλασμό στους 6 μήνες σχετίζονταν η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο, η χρήση πιπίλας και η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα. Πιο συγκεκριμένα η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο και η χρήση πιπίλας μείωναν την συχνότητα θηλασμού στους 6 μήνες κατά 2,7 και 3,7 φορές αντίστοιχα, ενώ η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού για περισσότερο από 1 μήνα αύξανε την συχνότητα θηλασμού στους 6 μήνες κατά 2,8 φορές.

#### 9.4. Προσδιοριστές αποκλειστικού μητρικού θηλασμού στον 1 μήνα

Αποκλειστικά στον 1 μήνα θήλαζαν 47 από τις 119 μητέρες που ξεκίνησαν να θηλάζουν (39,5%).

##### 9.4.1. Διμεταβλητή ανάλυση

Στον Πίνακα 9.7 παρουσιάζονται οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα.

**Πίνακας 9.7:** Οι σχέσεις ανάμεσα στους μελετώμενους προσδιοριστές και τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα

Μελετώμενοι προσδιοριστές	Αποκλειστικός θηλασμός στον 1 μήνα		Τιμή p†
	ΝΑΙ N(%)	ΟΧΙ N(%)	
<b>Ηλικία μητέρας</b>			
18-28	10 (33,3)	21 (67,7)	0,268 <sup>a</sup>
29-30	11 (36,7)	19 (63,3)	
31-34	15 (45,5)	18 (54,5)	
>34	11 (44)	14 (56)	

<b>Μητέρα Κύπρια</b>			
Ναι	27 (38,6)	43 (61,4)	0,805
Όχι	20 (40,8)	29 (59,2)	
<b>Μητέρα παντρεμένη/σε συμβίωση</b>			
Ναι	45 (38,8)	71 (61,2)	0,561 <sup>β</sup>
Όχι	2 (66,7)	1 (33,3)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>			
Δευτεροβάθμιο	15 (31,2)	33 (68,8)	0,130
Τριτοβάθμιο	32 (45,1)	39 (54,9)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>			
Δευτεροβάθμιο	13 (22)	46 (78)	<0,001
Τριτοβάθμιο	34 (56,7)	26 (43,3)	
<b>Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα</b>			
0-19500	17 (36,2)	30 (63,8)	<b>0,024</b>
19501-28000	6 (23,1)	20 (76,9)	
28001-36300	7 (36,8)	12 (63,2)	
>36301	17 (63)	10 (37)	
<b>Εργασία κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	39 (41,9)	54 (58,1)	0,303
Όχι	8 (30,8)	18 (69,2)	
<b>Άδεια μητρότητας</b>			
Ναι	34 (40,5)	50 (59,5)	0,484 <sup>β</sup>
Όχι	5 (55,6)	4 (44,4)	
<b>Άδεια άνευ αποδοχών</b>			
Ναι	6 (54,5)	5 (45,5)	0,517 <sup>β</sup>
Όχι	33 (40,2)	49 (59,8)	
<b>Επιστροφή στην εργασία</b>			
Ναι	32 (39)	50 (61)	0,876
Όχι	15 (40,5)	22 (59,5)	
<b>Δίδυμη κύηση</b>			
Ναι	1 (14,3)	6 (85,7)	0,242 <sup>β</sup>
Όχι	46 (41,1)	66 (58,9)	
<b>Φύλο</b>			
Αγόρι	18 (30,5)	41 (69,5)	<b>0,040</b>
Κορίτσι	28 (39,4)	29 (50,9)	
<b>Μαιευτήριο</b>			
Ιδιωτικό	19 (39,6)	29 (60,4)	0,987
Δημόσιο	28 (39,4)	43 (60,6)	
<b>Είδος τοκετού</b>			
Καισαρική	19 (33,9)	37 (66,1)	0,241
Φυσιολογικός	28 (44,4)	35 (55,6)	
<b>Βάρος γέννησης&lt;2500γρ.</b>			
Ναι	4 (26,7)	11 (73,3)	0,277
Όχι	43 (41,3)	61 (58,7)	
<b>Ηλικία κύησης</b>			
Πρόωρο	4 (25)	12 (75)	0,202
Τελειόμηνο	43 (41,7)	60 (58,3)	
<b>MENN</b>			
Ναι	5 (35,7)	9 (64,3)	0,758
Όχι	42 (40)	63 (60)	

<b>Συνδιαμονή μητέρας-νεογνού</b>			
Ναι	30 (46,2)	35 (53,8)	0,103
Όχι	17 (31,5)	37 (68,5)	
<b>Έναρξη θηλασμού εντός 1 ώρας</b>			
Ναι	28 (59,6)	19 (40,4)	<b>&lt;0,001</b>
Όχι	19 (26,4)	53 (73,6)	
<b>Χορήγηση υποκατάστατων στο μαιευτήριο</b>			
Ναι	13 (17,8)	60 (82,2)	<b>&lt;0,001</b>
Όχι	34 (73,9)	12 (26,1)	
<b>Χορήγηση συνταγής για γάλα από το μαιευτήριο</b>			
Ναι	2 (28,6)	5 (71,4)	0,702 <sup>B</sup>
Όχι	45 (40,2)	67 (59,8)	
<b>Χορήγηση δωρεάν δείγματος</b>			
Ναι	5 (14,7)	29 (85,3)	<b>&lt;0,001</b>
Όχι	42 (49,4)	43 (50,6)	
<b>Υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου</b>			
Ναι	31 (36)	55 (64)	0,214
Όχι	16 (48,5)	17 (51,5)	
<b>Υποστήριξη από το σύντροφο</b>			
Ναι	10 (38,5)	16 (61,5)	0,903
Όχι	37 (39,8)	56 (60,2)	
<b>Υποστήριξη από τους γονείς</b>			
Ναι	12 (37,5)	20 (62,5)	0,787
Όχι	35 (40,2)	52 (59,8)	
<b>Υποστήριξη από τον παιδίατρο</b>			
Ναι	13 (54,2)	11 (45,8)	0,100
Όχι	34 (35,8)	61 (64,2)	
<b>Υποστήριξη από το περιβάλλον γενικά</b>			
Ναι	26 (42,6)	35 (57,4)	0,474
Όχι	21 (36,2)	37 (63,8)	
<b>Πρόθεση για θηλασμό</b>			
Ναι	46 (41,1)	66 (58,9)	0,160
Όχι	1 (14,3)	6 (85,7)	
<b>Χρήση πιπίλας</b>			
Ναι	33 (36,7)	57 (63,3)	0,266
Όχι	14 (48,3)	15 (51,7)	
<b>Χρήση πιπίλας από τον 1<sup>ο</sup> μήνα</b>			
Ναι	20 (30,8)	45 (63,3)	<b>0,033</b>
Όχι	27 (50)	27 (50)	
<b>Κάπνισμα</b>			
Ναι	8 (33,3)	16 (66,7)	0,489
Όχι	39 (41,1)	56 (58,9)	
<b>Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη</b>			
Ναι	4 (33,3)	8 (66,7)	0,762 <sup>B</sup>
Όχι	43 (40,2)	64 (59,8)	

### Προηγούμενη εμπειρία θηλασμού

>1μήνα

Ναι	21 (45,7)	25 (54,3)	0,275
Όχι	26 (35,6)	47 (64,4)	

<sup>†</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>α</sup>  $\chi^2$  για τάση

<sup>β</sup> Fisher's exact test

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.7, με τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα σχετιζόνταν το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα ( $p=0,001$ ), το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα ( $p=0,024$ ), το φύλο του βρέφους ( $p=0,040$ ), η έναρξη θηλασμού εντός μιας ώρας από τον τοκετό ( $p<0,001$ ), η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο ( $p<0,001$ ), η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο ( $p<0,001$ ) και η χρήση πιπίλας από τον πρώτο μήνα ( $p=0,033$ ).

#### 9.4.2. Πολυμεταβλητή ανάλυση

Τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνονται στον Πίνακα 9.8.

**Πίνακας 9.8:** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα

Ανεξάρτητη μεταβλητή	OR	95% ΔΕ	Τιμή p
Χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο (όχι=0, ναι=1)	0,106	0,040 έως 0,278	<0,001
Χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο (όχι=0, ναι=1)	0,252	0,073 έως 0,868	0,029
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα (δευτεροβάθμιο=0, τριτοβάθμιο=1)	4,554	1,710 έως 12,132	0,002

OR: odds ratio ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 9.8, προκύπτει ότι με τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό στον 1 μήνα σχετιζόνταν η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο, η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο και το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα. Πιο συγκεκριμένα η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος από το μαιευτήριο και η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο μείωναν την συχνότητα αποκλειστικού θηλασμού στον 1 μήνα κατά 9,4 και 3,9 φορές αντίστοιχα, ενώ τα

βρέφη των οποίων οι πατέρες είχαν τριτοβάθμια εκπαίδευση θήλαζαν αποκλειστικά στον 1 μήνα 4,5 φορές συχνότερα από αυτά που είχαν πατέρες με δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

## 10.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού στην παρούσα μελέτη ήταν 93%, το οποίο συμφωνεί και με τα στοιχεία της Μονάδας Παρακολούθησης του Υπουργείου Υγείας[149]. Είναι αρκετά υψηλό ποσοστό και συγκρίσιμο με άλλες χώρες που παρουσιάζουν επίσης υψηλά ποσοστά έναρξης θηλασμού, όπως ο Καναδάς (89%)[145] και η Αυστραλία (95,9%)[146], παρότι δεν φτάνει τα ποσοστά έναρξης θηλασμού σε σχεδόν καθολικό επίπεδο (97-99%) που παρουσιάζουν οι Σκανδιναβικές χώρες [85,94-95,124]. Είναι όμως υψηλότερο από τα ποσοστά έναρξης θηλασμού στις ΗΠΑ (76,5%)[144] και το Ηνωμένο Βασίλειο (81%)[147].

Το ποσοστό των μητέρων που συνέχιζαν να θηλάζουν στους 6 μήνες ήταν 37,5%, ενώ μόνο το 4,7% θηλάζαν αποκλειστικά στους 6 μήνες. Το αντίστοιχο ποσοστό μητρικού θηλασμού στους 6 μήνες από την έρευνα των Ιατρικών Υπηρεσιών και Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας το 2012 ήταν 18,8%[150]. Στις ΗΠΑ και στην Αυστραλία ο θηλασμός στους 6 μήνες φτάνει το 49% και 60,1%, ενώ ο αποκλειστικός θηλασμός στους 6 μήνες το 16,4% και το 15,4% αντίστοιχα[144,146]. Έτσι φαίνεται ότι παρά το υψηλό ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού στην Κύπρο, η διάρκεια του υπολείπεται κατά πολύ των διεθνών συστάσεων για αποκλειστικό θηλασμό για 6 μήνες[7].

Ο μόνος από τους μελετώμενους προσδιοριστές που σχετιζόταν σημαντικά με την έναρξη του μητρικού θηλασμού ήταν η νοσηλεία σε MENN. Αυτό πιθανόν να αντανακλά έλλειψη πληροφόρησης για τα πλεονεκτήματα του μητρικού γάλακτος για τα πρόωρα νεογνά[10], αλλά και έλλειψη υποστήριξης από το προσωπικό του μαιευτηρίου και πρακτικής βοήθειας για άντληση γάλακτος. Στην παρούσα μελέτη οι μητέρες νεογνών που νοσηλεύτηκαν σε MENN ανέφεραν λιγότερο συχνά ότι είχαν υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου. Η νοσηλεία σε ειδική μονάδα νεογνών έχει συσχετιστεί αρνητικά με τις εκβάσεις του θηλασμού και σε άλλες μελέτες[48,55,82]. Ακόμα όπως αναφέρεται και σε μελέτη από την Αυστραλία, όταν τα ποσοστά έναρξης του θηλασμού αυξάνονται σε σχεδόν καθολικό επίπεδο, τότε οι δημογραφικοί παράγοντες, που αναγνωρίζονταν ως ανεξάρτητοι προσδιοριστές του θηλασμού σε πληθυσμούς όπου τα ποσοστά έναρξης θηλασμού ήταν μικρότερα του 80%, αποκτούν μικρότερη σημασία[82].

Η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο σχετιζόταν αρνητικά τόσο με τον μητρικό θηλασμό στους 3 και 6 μήνες όσο και με τον αποκλειστικό θηλασμό στον 1

μήνα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί και με άλλες μελέτες στις οποίες επίσης η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο σχετιζόταν με μειωμένη διάρκεια θηλασμού[47,95] και αποκλειστικού θηλασμού[95,99]. Η πιθανότητα για διακοπή του θηλασμού είναι μεγαλύτερη όταν η χορήγηση υποκατάστατων γίνεται λόγω επιλογής της μητέρας παρά αν γίνεται για ιατρικούς λόγους[68]. Στην παρούσα μελέτη χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος στο μαιευτήριο ανέφερε το 64,1% των μητέρων, ποσοστό υψηλό, που υποδηλώνει ότι στις περισσότερες περιπτώσεις η χορήγηση έγινε χωρίς ιατρική ένδειξη. Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάρκεια του θηλασμού σε σχέση με την ποσότητα των υποκατάστατων που χορηγήθηκαν τις πρώτες 24 ώρες, όμως τα βρέφη που θηλάζαν αποκλειστικά τις πρώτες 24 ώρες είχαν μεγαλύτερη διάρκεια θηλασμού από αυτά που έλαβαν οποιαδήποτε ποσότητα υποκατάστατων. Έτσι δεν βρέθηκε κάποιο όριο κάτω από το οποίο η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος να θεωρείται ασφαλής για τη διάρκεια του θηλασμού[104].

Η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος από το μαιευτήριο σχετιζόταν αρνητικά με τον αποκλειστικό θηλασμό στον 1 μήνα. Δωρεάν δείγμα δόθηκε στο 30,5% των μητέρων που συμμετείχαν στην έρευνα, συχνότερα σε αυτές που γεννούσαν σε ιδιωτικό μαιευτήριο.

Ενώ σε αρκετές μελέτες αναφέρεται σχέση μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου της μητέρας και διάρκειας θηλασμού[48-49,51,56,58], δεν προέκυψε αυτή η σχέση από τη παρούσα μελέτη. Προέκυψε όμως στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα και τη διάρκεια του θηλασμού μέχρι τους 3 μήνες και του αποκλειστικού θηλασμού τον 1 μήνα. Το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα σχετιζόταν με τη διάρκεια του θηλασμού και σε μελέτη από την Ελλάδα[60]. Η ερμηνεία που δόθηκε από τους συγγραφείς ήταν ότι πιθανώς στην Ελλάδα οι πατέρες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου να παρέχουν πιο ευνοϊκούς περιβαλλοντικούς παράγοντες για να μπορούν να θηλάσουν οι μητέρες και να είναι πιο ενημερωμένοι και υποστηρικτικοί προς το θηλασμό. Αυτό πιθανόν να ισχύει και στην Κύπρο. Η σημασία του ρόλου του πατέρα όσον αφορά το θηλασμό φαίνεται μέσα από μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες η υποστήριξη από τον πατέρα σχετίζεται θετικά τόσο με την έναρξη[82] όσο και με τη διάρκεια του θηλασμού[58,90].

Από επιδημιολογικές μελέτες σε διάφορες χώρες η χρήση πιπίλας έχει συσχετιστεί αρνητικά με τη διάρκεια του μητρικού θηλασμού[76,84,102]. Στην παρούσα μελέτη η χρήση πιπίλας σχετιζόταν αρνητικά με το θηλασμό στους 6 μήνες, οπότε υπάρχει συμφωνία με τα ευρήματα

προηγούμενων μελετών. Ο μηχανισμός που έχει προταθεί για να εξηγήσει την επίδραση της χρήσης πιπίλας στο θηλασμό είναι ότι η χορήγηση πιπίλας αντί του μαστού μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερη συχνότητα θηλασμού, με αποτέλεσμα μικρότερη διέγερση του μαστού και μειωμένη παραγωγή γάλακτος και μακροπρόθεσμα μικρότερη διάρκεια θηλασμού. Επίσης λόγω διαφορών μεταξύ της πιπίλας και του μαστού μπορεί να προκληθεί «σύγχυση θηλής» και μη σωστή σύλληψη του μαστού κατά το θηλασμό, με αποτέλεσμα τραυματισμό θηλών και μαστίτιδα. Ακόμα το βρέφος μπορεί να αποκτήσει προτίμηση προς την τεχνητή θηλή παρά στο μαστό[106]. Άλλοι προτείνουν ότι η χρήση πιπίλας μπορεί να είναι δείκτης δυσκολιών με το θηλασμό παρά άμεσο αίτιο διακοπής του[53].

Η προηγούμενη εμπειρία θηλασμού με διάρκεια μεγαλύτερη του ενός μηνός σχετιζόταν θετικά με το θηλασμό στους 3 και στους 6 μήνες. Σύμφωνα και με μελέτη από τη Δανία, οι γυναίκες που θήλασαν προηγούμενο παιδί για λιγότερο από 5 εβδομάδες είχαν σχεδόν 8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για διακοπή του θηλασμού από αυτές που θήλασαν για περισσότερο από 17 εβδομάδες[124]. Εξήγηση για αυτό δίνεται μέσα από τη θεωρία της αυτό-αποτελεσματικότητας για το θηλασμό, σύμφωνα με την οποία αυτή μπορεί να ενισχυθεί μέσω πραξιακής γνώσης, δηλαδή στην προκειμένη περίπτωση από προηγούμενη επιτυχή εμπειρία θηλασμού[120] και έχει συσχετιστεί τόσο με μεγαλύτερη διάρκεια[122,123] όσο και αποκλειστικότητα[99,122] του θηλασμού. Η θεωρία επιβεβαιώνεται και μέσα από μελέτες στις οποίες παρατηρήθηκε αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας κατά τους πρώτους 4 μήνες στις μητέρες που θήλαζαν επιτυχώς[99,122], ενώ μείωση παρατηρήθηκε σε αυτές που παρουσίασαν δυσκολίες με το θηλασμό[99]. Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος για τον οποίο οι μητέρες είχαν αποφασίσει να μην θηλάσουν στην παρούσα μελέτη ήταν η προηγούμενη αρνητική εμπειρία με το θηλασμό, εύρημα που συμφωνεί με τα ανωτέρω.

Ο συχνότερα αναφερόμενος λόγος (39,8%) για διακοπή του θηλασμού, όπως και σε αρκετές προηγούμενες μελέτες[60,79-81], ήταν το ανεπαρκές γάλα. Καθώς η ανεπαρκής παραγωγή γάλακτος οφείλεται κυρίως σε δευτεροπαθείς αιτίες που αφορούν προβλήματα στη διαχείριση του θηλασμού[10], όπως ακατάλληλη συχνότητα και διάρκεια σίτισης, χορήγηση συμπληρωμάτων, ακατάλληλη θέση του βρέφους ή μη σωστή σύλληψη του μαστού κατά το θηλασμό[81], φαίνεται να υπάρχει ελλιπής ενημέρωση για τη σωστή πρακτική του θηλασμού στις νέες μητέρες.

Ο δεύτερος σε συχνότητα αναφερόμενος λόγος (15,1%) για διακοπή του θηλασμού ήταν η επιστροφή στην εργασία. Το 91% των μητέρων που εργάζονταν κατά τη διάρκεια της



εγκυμοσύνης ανέφεραν ότι έλαβαν πληρωμένη άδεια μητρότητας. Σύμφωνα με το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην Κύπρο η διάρκεια του επιδόματος μητρότητας είναι 18 εβδομάδες[154]. Έτσι μητέρες που επιθυμούν να θηλάσουν για μεγαλύτερο διάστημα, μπορεί να συναντήσουν δυσκολία στη συνέχιση του θηλασμού μετά την επιστροφή στην εργασία και περισσότερο του αποκλειστικού θηλασμού για 6 μήνες όπως ορίζουν οι διεθνείς συστάσεις, ιδιαίτερα αν το εργασιακό περιβάλλον δεν είναι φιλικό προς το θηλασμό.

Η παρούσα μελέτη έχει αρκετούς περιορισμούς. Καταρχήν ο σχεδιασμός της μελέτης ως συγχρονικής δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων μεταξύ των προσδιοριστών και των εκβάσεων, παρόλα αυτά παρέχει πληροφορίες για τα ποσοστά μητρικού θηλασμού και τους προσδιοριστές του. Επίσης οι πληροφορίες συλλέγονταν αναδρομικά από τις μητέρες και υπόκεινται σε σφάλμα ανάκλησης. Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ανάκληση της μητέρας για την έναρξη και τη διάρκεια του θηλασμού είναι έγκυρη και αξιόπιστη, ιδιαίτερα όταν η περίοδος ανάκλησης είναι μικρότερη από 3 χρόνια. Είναι λιγότερο ικανοποιητική όμως όσον αφορά την ηλικία εισαγωγής στερεών και υγρών εκτός του μητρικού γάλακτος[155]. Στη μελέτη συμμετείχαν παιδιά μέχρι της ηλικίας των 18 μηνών για μεγαλύτερη ακρίβεια της πληροφορίας. Περιορισμό αποτελεί και το γεγονός ότι δεν πραγματοποιήθηκε τυχαία δειγματοληψία από τον πληθυσμό-πηγή αλλά το δείγμα που συμμετείχε στη μελέτη ήταν δείγμα ευκολίας, παρόλο που έγινε προσπάθεια για περιορισμό του συστηματικού σφάλματος με τη λήψη από κάθε κέντρο αριθμού ερωτηματολογίων ανάλογου με τον αριθμό των εγγεγραμμένων παιδιών στο κάθε κέντρο κατά το έτος 2013. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από μητέρες οι οποίες επισκέπτονταν με τα παιδιά τους τα κέντρα εμβολιασμών της αστικής περιοχής Λευκωσίας, ενώ δεν συμμετείχαν μητέρες από άλλες πόλεις, από την επαρχία και μητέρες που έπαιρναν τα παιδιά τους για εμβολιασμό σε ιδιώτες παιδίατρους. Έτσι η γενίκευση των συμπερασμάτων για ολόκληρη την Κύπρο απαιτεί ιδιαίτερη περίσκεψη. Ακόμα υπάρχουν και παράγοντες οι οποίοι δεν μετρήθηκαν, κυρίως ψυχοκοινωνικοί για τους οποίους έχουν αναπτυχθεί ειδικές κλίμακες και έχουν προκύψει ως σημαντικοί προσδιοριστές των εκβάσεων του θηλασμού από μελέτες. Σημαντικό περιορισμό της μελέτης αποτελεί και το μικρό μέγεθος του δείγματος, που εξαρτήθηκε από το διαθέσιμο χρόνο και πόρους για τη διεξαγωγή της μελέτης. Ήταν αρκετά μεγάλο για την ανίχνευση αρκετών σημαντικών συσχετίσεων, υπάρχει όμως η πιθανότητα της μη ανίχνευσης και άλλων σημαντικών σχέσεων λόγω έλλειψης στατιστικής ισχύος.

Θετικά στοιχεία αποτελούν το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης (95,5%) και το γεγονός ότι όλες οι συνεντεύξεις έγιναν από το ίδιο άτομο.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα πλεονεκτήματα στην υγεία του βρέφους και της μητέρας που προέρχονται από την πρακτική του μητρικού θηλασμού είναι πολλαπλά και αφορούν ένα ευρύ φάσμα τόσο άμεσων όσο και απώτερων επιπτώσεων[1-5]. Εκτός από την επίδραση στο επίπεδο της δυάδας μητέρας-βρέφους, εάν οι οδηγίες για την εφαρμογή και διάρκεια του θηλασμού ακολουθούνταν από την πλειονότητα των γυναικών, τότε τα αποτελέσματα αυτά θα γίνονταν εμφανή και στο επίπεδο της κοινωνίας και στα συστήματα υγείας, με την αποφυγή της σχετικής με το θηλασμό άμεσης και απώτερης νοσηρότητας[16-17,30]. Έτσι η σωστή πρακτική του μητρικού θηλασμού αποτελεί θέμα δημόσιας υγείας, για αυτό και προωθείται παγκοσμίως σε κρατικό αλλά περισσότερο σε διεθνές επίπεδο[7].

Τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από αυτή την πρακτική αποκτούν ιδιαίτερη σημασία δεδομένης της παρούσας οικονομικής κρίσης. Πρόσφατες μελέτες παρέχουν σταθερή ένδειξη ότι αύξηση των ποσοστών θηλασμού μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικές μειώσεις στο κόστος για τα συστήματα υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες[16-17,30]. Κατ' επέκταση υπάρχουν στοιχεία ότι πολιτικές προώθησης που στοχεύουν στην αύξηση των ποσοστών και της διάρκειας του μητρικού θηλασμού μπορεί να είναι αποδοτικές[15-16]. Πολλές από τις εξοικονομήσεις αφορούν στο μέλλον[16]. Επίσης τα οφέλη επεκτείνονται και πέραν των συστημάτων υγείας και στην ευρύτερη οικονομία[16,27,29].

Στην Κύπρο υπάρχει ανάγκη για λήψη μέτρων για την προώθηση του μητρικού θηλασμού, ώστε να επωφεληθεί η κοινωνία από τα πλεονεκτήματα στην υγεία του βρέφους και της θηλάζουσας μητέρας, αλλά και από τα οικονομικά οφέλη, καθώς παρά το υψηλό ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού, η διάρκειά του υπολείπεται των διεθνών συστάσεων.

## 11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρόλο που το ποσοστό έναρξης μητρικού θηλασμού στο δείγμα της παρούσας μελέτης ήταν ικανοποιητικά υψηλό, η διάρκειά του απείχε κατά πολύ από τις διεθνείς συστάσεις για αποκλειστικό μητρικό θηλασμό για 6 μήνες.

Η νοσηλεία σε MENN ήταν ο μόνος παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται με την έναρξη του μητρικού θηλασμού. Για την αύξηση των ποσοστών έναρξης του μητρικού θηλασμού, ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενημέρωση των μητέρων των οποίων τα νεογνά νοσηλεύονται σε MENN, αλλά και στην υποστήριξη και βοήθεια προς αυτές για τη διατήρηση της γαλουχίας.

Πρακτικές στο μαιευτήριο όπως η χορήγηση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και η χορήγηση δωρεάν δείγματος γάλακτος ήταν οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονταν με τη διάρκεια και την αποκλειστικότητα του θηλασμού, όπως επίσης και η χρήση πιπίλας. Από τους δημογραφικούς παράγοντες μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια και αποκλειστικότητα του θηλασμού.

Η εφαρμογή των 10 βημάτων για επιτυχή θηλασμό στα μαιευτήρια και του «Διεθνούς Κώδικα για την εμπορία υποκατάστατων μητρικού γάλακτος» και κατ' επέκταση η προώθηση διαδικασιών για την πιστοποίηση των μαιευτηρίων ως «Φιλικά προς τα βρέφη», μπορεί να έχει σημαντικό αποτέλεσμα στην αύξηση της διάρκειας και αποκλειστικότητας του μητρικού θηλασμού, όπως έχουν δείξει και αποτελέσματα από άλλες χώρες[136]. Σύμφωνα με ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, για την προώθηση εφαρμογής της «Πρωτοβουλίας για τα φιλικά προς τα βρέφη νοσοκομεία» χρειάζεται υποστήριξη τόσο από τις τοπικές διευθύνσεις όσο και τους κρατικούς φορείς διαμόρφωσης πολιτικής, αποτελεσματική ηγεσία για τη διαδικασία της αλλαγής, εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, αλλαγή της επίδρασης των ενεργειών προώθησης των εταιρειών υποκατάστατων μητρικού γάλακτος και σύνδεση νοσοκομειακών και κοινοτικών υπηρεσιών[137].

Οι ενέργειες προώθησης του μητρικού θηλασμού είναι σκόπιμο να απευθύνονται όχι μόνο στη μητέρα αλλά και στον πατέρα, καθώς μπορεί και αυτός να συμβάλει θετικά στις εκβάσεις του θηλασμού.

Τέλος, χρήσιμη θα ήταν η διεξαγωγή μελετών στις οποίες ο μελετώμενος πληθυσμός να προέρχεται από όλες τις πόλεις της Κύπρου και την επαρχία, με συμμετοχή και του ιδιωτικού

τομέα, ώστε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν να είναι πιο αντιπροσωπευτικά. Μείωση του σφάλματος ανάκλησης της μητέρας μπορεί να επιτευχθεί με το σχεδιασμό μελετών παρακολούθησης, ενώ χρήσιμη θα ήταν και η μέτρηση ψυχοκοινωνικών παραγόντων όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα της μητέρας. Επίσης με τον σχεδιασμό κατάλληλων μελετών θα μπορούσαν να αποτυπωθούν και τα οικονομικά οφέλη του μητρικού θηλασμού συγκεκριμένα για την Κύπρο, ώστε να υπάρξουν στοιχεία χρήσιμα για την περαιτέρω χάραξη πολιτικής για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. León-Cava N et al. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2002 (<http://www.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>, πρόσβαση 12 Νοεμβρίου 2013)
2. American Academy of Pediatrics Section on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129(3):e827–e841
3. Ip S, Chung M, Raman G et al. Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/ Technology Assessment No. 153. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2007
4. Horta BL, Victora CG. Long-term effects of breastfeeding: a systematic review. Geneva, WHO, 2013
5. Heinig MJ, Dewey KG. Health effects of breast feeding for mothers: a critical review. *Nutr Res Rev.* 1997;10(1):35-56
6. United States Breastfeeding Committee. Economic benefits of breastfeeding [issue paper]. Raleigh, NC: United States Breastfeeding Committee; 2002
7. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, WHO, 2003
8. Αθανασοπούλου Μ, Καϊτελίδου Δ, Ζυγά Σ, Μαλλιαρού Μ, Καλοκαιρινού Α. Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις του μητρικού θηλασμού. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013; 5(1):13-18
9. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. *Public Health Nutr.* 2001;4(2B):729-39
10. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009;38(3):259-68
11. de Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: a systematic review. *Midwifery.* 2013;29(5):506-18
12. Υπουργείο Υγείας. Στρατηγική Προστασίας, Προαγωγής και Υποστήριξης του Μητρικού Θηλασμού στην Κύπρο. Λευκωσία. 2011
13. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών. Ανακοινωθέντα. Συνέντευξη Τύπου του Υπουργού Υγείας δρος Σταύρου Μαλά για τον μήνα εκδηλώσεων για προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο. 5/10/2012. (<http://www.moi.gov.cy/MOI/pio/pio.nsf/All/8639470EBA1B9B62C2257A8E003413D6?OpenDocument>, πρόσβαση 5/2/2014)
14. Smith JP, Thompson JF, Ellwood DA. Hospital system costs of artificial infant feeding: estimates for the Australian Capital Territory. *Aust N Z J Public Health* 2002;26(6):543-51
15. Buchner FL, Hoekstra J, Rossum CTM. Health gain and economic evaluation of breastfeeding policies: Model simulation. Bilthoven, The Netherlands. RIVM , 2007

16. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, et al. Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK. London: UNICEF UK; 2012
17. Bartick M, Reinhold A. The Burden of Suboptimal Breastfeeding in the United States: A Pediatric Cost Analysis. *Pediatrics* 2010; 125(5):e1048-e1056
18. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, WHO, 2008
19. WHO. Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. WHO, 2009
20. Robinson S, Fall C. Infant nutrition and later health: a review of current evidence. *Nutrients*. 2012;4(8):859-74
21. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2011;128(1):103-10
22. Riordan JM. The cost of not breastfeeding: A commentary. *J Hum Lact* 1997;13(2):93-7
23. Ball T, Wright A. Health care costs of formula-feeding in the first year of life. *Pediatrics* 1999;103(4 pt 2):870–876
24. Weimer J. The Economic Benefits of Breastfeeding: A Review and Analysis. Washington(DC): United States Department of Agriculture, 2001
25. Cattaneo A, Ronfani L, Burmaz T, Quintero-Romero S, Macaluso A, Di Mario S. Infant feeding and cost of health care: a cohort study. *Acta Paediatr*. 2006;95(5):540-6
26. DelliFraine J, Langabeer J 2nd, Williams JF, Gong AK, Delgado RI, Gill SL. Cost comparison of baby friendly and non-baby friendly hospitals in the United States. *Pediatrics* 2011;127(4):e989-94
27. Bartick M. Breastfeeding and the U.S. Economy. *Breastfeed Med* 2011; 6(5):313–318
28. Ma P, Brewer-Asling M, Magnus JH. A Case Study on the Economic Impact of Optimal Breastfeeding. *Matern Child Health J* 2013; 17:9–13
29. Smith JP. “Lost Milk?” Counting the Economic Value of Breast Milk in Gross Domestic Product. *J Hum Lact* 2013; 29(4) 537–546
30. Bartick MC, Stuebe AM, Schwarz EB, Luongo C, Reinhold AG, Foster EM. Cost analysis of maternal disease associated with suboptimal breastfeeding. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):111-9
31. National Institute for Health and Clinical Excellence. Modelling the cost effectiveness of interventions to promote breastfeeding. NICE Maternal and Child Nutrition Programme. London, NICE, 2007
32. Noonan MC, Rippeyoung PLF. The economic costs of breastfeeding for women. *Breastfeed Med* 2011;6:325–327

33. Smith JP, Forrester R. Who Pays for the Health Benefits of Exclusive Breastfeeding? An Analysis of Maternal Time Costs. *J Hum Lact* 2013; 29(4): 547-555
34. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva; WHO, 1981
35. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: frequently asked questions. Updated version 2008. Geneva; WHO, 2008
36. WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services - A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva; WHO, 1989
37. WHO/ UNICE. Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva; WHO, 1991
38. WHO/UNICEF. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, background and implementation. Geneva; WHO/UNICEF, 2009
39. WHO/UNICEF. The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Geneva; WHO/UNICEF, 1990
40. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI: 10.1002/14651858.CD003517.pub2.
41. WHO. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1 Definitions. Geneva; WHO, 2008
42. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, Luxembourg, 2004
43. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev.* 1999;7(1):5-16
44. Dennis CL. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002;31(1):12-32
45. Donnan PT, Dalzell J, Symon A, Rauchhaus P, Monteith-Hodge E, Kellett G et al. Prediction of initiation and cessation of breastfeeding from late pregnancy to 16 weeks: the Feeding Your Baby (FYB) cohort study. *BMJ Open.* 2013;3(8)
46. Kambale MJ. Social determinants of breastfeeding in Italy. *Afr Health Sci.* 2011;11(3):508-17
47. Forster DA, McLachlan HL, Lumley J. Factors associated with breastfeeding at six months postpartum in a group of Australian women. *Int Breastfeed J.* 2006;1:18
48. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 2007;96(10):1441-4
49. Kristiansen AL, Lande B, Øverby NC, Andersen LF. Factors associated with exclusive breast-feeding and breast-feeding in Norway. *Public Health Nutr.* 2010;13(12):2087-96
50. Liu P, Qiao L, Xu F, Zhang M, Wang Y, Binns CW. Factors associated with breastfeeding duration: a 30-month cohort study in northwest China. *J Hum Lact.* 2013;29(2):253-9

51. Hure AJ, Powers JR, Chojenta CL, Byles JE, Loxton D. Poor adherence to national and international breastfeeding duration targets in an Australian longitudinal cohort. *PLoS One*. 2013;8(1):e54409
52. Dubois L, Girard M. Social inequalities in infant feeding during the first year of life. The Longitudinal Study of Child Development in Québec (LSCDQ 1998–2002). *Public Health Nutr*. 2003;6:773-783
53. Santo LC, de Oliveira LD, Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34(3):212-9
54. McDonald SD, Pullenayegum E, Chapman B, Vera C, Giglia L, Fusch C, Foster G. Prevalence and predictors of exclusive breastfeeding at hospital discharge. *Obstet Gynecol*. 2012;119(6):1171-9
55. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics* 2010 10:20
56. Jones JR, Kogan MD, Singh GK, Dee DL, Grummer-Strawn LM. Factors associated with exclusive breastfeeding in the United States. *Pediatrics*. 2011;128(6):1117-25
57. Taylor JS, Risica PM, Geller L, Kirtania U, Cabral HJ. Duration of breastfeeding among first-time mothers in the United States: results of a national survey. *Acta Paediatr*. 2006;95(8):980-4
58. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, Kearney JM. Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland: potential areas for improvement. *J Hum Lact*. 2011;27(3):262-71
59. Skafida V. The relative importance of social class and maternal education for breastfeeding initiation. *Public Health Nutr*. 2009;12(12):2285-92
60. Bouras G, Mexi-Bourna P, Bournas N, Christodoulou C, Daskalaki A, Tasiopoulou I et al. Mothers' expectations and other factors affecting breastfeeding at six months in Greece. *J Child Health Care*. 2013;17(4):387-96
61. Malhotra R, Noheria A, Amir O, Ackerson LK, Subramanian SV. Determinants of termination of breastfeeding within the first 2 years of life in India: evidence from the National Family Health Survey-2. *Matern Child Nutr*. 2008;4(3):181-93
62. Akter S, Rahman MM. Duration of breastfeeding and its correlates in Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2010;28(6):595-601
63. Al Juaid DAM, Binns CW, Giglia RC. Breastfeeding in Saudi Arabia: a review. *Int Breastfeed J*. 2014;9:1
64. Berra S, Sabulsky J, Rajmil L, Passamonte R, Pronsato J, Butinof M. Correlates of breastfeeding duration in an urban cohort from Argentina. *Acta Paediatr*. 2003;92(8):952-7
65. Matias SL, Nommsen-Rivers LA, Dewey KG. Determinants of exclusive breastfeeding in a cohort of primiparous periurban Peruvian mothers. *J Hum Lact*. 2012;28(1):45-54



66. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact.* 2005;21(3):245-58
67. Riva E, Banderali G, Agostoni C, Silano M, Radaelli G, Giovannini M. Factors associated with initiation and duration of breastfeeding in Italy. *Acta Paediatr.* 1999;88(4):411-5
68. Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatr.* 2010;10:3
69. Whalen B, Cramton R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22:655–663
70. Haughton J, Gregorio D, Pérez-Escamilla R. Factors associated with breastfeeding duration among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) participants. *J Hum Lact.* 2010;26(3):266-73
71. Lee WT, Wong E, Lui SS, Chan V, Lau J. Decision to breastfeed and early cessation of breastfeeding in infants below 6 months old--a population-based study of 3,204 infants in Hong Kong. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2007;16(1):163-71
72. Yeoh BH, Eastwood J, Phung H, Woolfenden S. Factors influencing breastfeeding rates in south-western Sydney. *J Paediatr Child Health.* 2007;43(4):249-55
73. Barría RM, Santander G, Victoriano T. Factors associated with exclusive breastfeeding at 3 months postpartum in Valdivia, Chile. *J Hum Lact.* 2008;24(4):439-45
74. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, Bjørneboe GE. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr.* 2003;92(2):152-61
75. Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. *Int Breastfeed J.* 2009;4:1
76. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics.* 2006 Apr;117(4):e646-55
77. Skafida V. Juggling Work and Motherhood: The Impact of Employment and Maternity Leave on Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Growing Up in Scotland Data. *Matern Child Health J.* 2012; 16:519–527
78. Cardenas RA, Major DA. Combining employment and breastfeeding: Utilising a work-family conflict framework to understand obstacles and solutions. *Journal of Business and Psychology.* 2005; 20(1):31-51
79. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr.* 1999;88(12):1320-6
80. Hauck YL, Fenwick J, Dhaliwal SS, Butt J. A Western Australian survey of breastfeeding initiation, prevalence and early cessation patterns. *Matern Child Health J.* 2011;15(2):260-8

81. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, Healy GN. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact.* 2004 Feb;20(1):30-8
82. Scott JA, Binns CW, Graham KI, Oddy WH. Temporal changes in the determinants of breastfeeding initiation. *Birth.* 2006;33(1):37-45
83. Cernadas JM, Noceda G, Barrera L, Martinez AM, Garsd A. Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *J Hum Lact.* 2003;19(2):136-44
84. Gerd AT, Bergman S, Dahlgren J, Roswall J, Alm B. Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatr.* 2012;101(1):55-60
85. Häggkvist AP, Brantsæter AL, Grijbovski AM, Helsing E, Meltzer HM, Haugen M. Prevalence of breast-feeding in the Norwegian Mother and Child Cohort Study and health service-related correlates of cessation of full breast-feeding. *Public Health Nutr.* 2010;13(12):2076-86
86. Doherty T, Sanders D, Jackson D, Swanevelder S, Lombard C, Zembe W, et al. PROMISE EBF study group. Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health. *BMC Pediatr.* 2012;12:105
87. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav.* 2005;32(2):208-26
88. Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, Turcotte D, Damant D, Ferland S et al. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec. *J Hum Lact.* 2005;21(3):327-37
89. Jessri M, Farmer AP, Maximova K, Willows ND, Bell RC. Predictors of exclusive breastfeeding: observations from the Alberta pregnancy outcomes and nutrition (APrON) study. *BMC Pediatr.* 2013;13(1):77
90. Scott JA, Landers MC, Hughes RM, Binns CW. Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J Paediatr Child Health.* 2001;37(3):254-61
91. Kimani-Murage EW, Madise NJ, Fotso JC, Kyobutungi C, Mutua MK, Gitau TM et al. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya. *BMC Public Health.* 2011;11:396
92. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2007;7:9
93. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, Devlieger R. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: a systematic review. *Matern Child Nutr.* 2014;10:166-183
94. Ekström A, Widström AM, Eva Nissen E. Duration of Breastfeeding in Swedish Primiparous and Multiparous Women. *J Hum Lact.* 2003;19(2):172-8
95. Erkkola M, Salmenhaara M, Kronberg-Kippilä C, Ahonen S, Arkkola T, Uusitalo L et al. Determinants of breast-feeding in a Finnish birth cohort. *Public Health Nutr.* 2009 ;13(4):504-13

96. Bailey BA, Wright HN. Breastfeeding initiation in a rural sample: predictive factors and the role of smoking. *J Hum Lact.* 2011;27(1):33-40
97. Amir LH, Donath SM. Does maternal smoking have a negative physiological effect on breastfeeding? The epidemiological evidence. *Birth* 2002;29:112–23
98. Donath SM, Amir LH; ALSPAC Study Team. The relationship between maternal smoking and breastfeeding duration after adjustment for maternal infant feeding intention. *Acta Paediatr.* 2004 Nov;93(11):1514-8
99. Semenic S, Loiselle C, Gottlieb L. Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Res Nurs Health.* 2008;31(5):428-41
100. McLeod D, Pullon S, Cookson T. Factors Influencing Continuation of Breastfeeding in a Cohort of Women. *J Hum Lact.* 2002;18(4):335-43
101. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD006425. DOI:10.1002/14651858.CD006425.pub3
102. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics.* 2005;116(5):e702-8
103. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
104. Parry JE, Ip DK, Chau PY, Wu KM, Tarrant M. Predictors and consequences of in-hospital formula supplementation for healthy breastfeeding newborns. *J Hum Lact.* 2013;29(4):527-36
105. Jaafar SH, Lee KS, Ho JJ. Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;9:CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub2
106. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding terminfants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;7:CD007202. DOI: 10.1002/14651858.CD007202.pub3
107. Pérez-Ríos N, Ramos-Valencia G, Ortiz AP. Cesarean delivery as a barrier for breastfeeding initiation: the Puerto Rican experience. *J Hum Lact.* 2008;24(3):293-302
108. Rowe-Murray HJ, Fisher JR. Baby friendly hospital practices: caesarean section is a persistent barrier to early initiation of breastfeeding. *Birth.* 2002;29(2):124-31
109. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ER, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2010;10:760
110. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth.* 2007;34(2):123-30

111. Watt S, Sword W, Sheehan D, Foster G, Thabane L, Krueger P, Landy CK. The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the The Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41(6):728-37
112. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *J Adv Nurs*. 2013;69(4):828-39
113. Dozier AM, Howard CR, Brownell EA, Wissler RN, Glantz JC, Ternullo SR et al. Labor epidural anesthesia, obstetric factors and breastfeeding cessation. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):689-98
114. Chang ZM, Heaman MI. Epidural analgesia during labor and delivery: effects on the initiation and continuation of effective breastfeeding. *J Hum Lact*. 2005;21(3):305-14
115. Bai DL, Wu KM, Tarrant M. Association between intrapartum interventions and breastfeeding duration. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(1):25-32
116. Lind JN, Perrine CG, Li R. Relationship between Use of Labor Pain Medications and Delayed Onset of Lactation. *J Hum Lact*. 2014;30(2):167-173
117. Kuan LW, Britto M, Decolongon J et al. Health system factors contributing to breastfeeding success. *Pediatrics*. 1999;104(3):e28
118. Henderson J, Redshaw M. Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child Care Health Dev*. 2011;37(5):744-53
119. O'Brien M, Buikstra E, Hegney D. The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *J Adv Nurs*. 2008;63(4):397-408
120. Dennis C-L. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: A self-efficacy framework. *J Hum Lact* 1999;15:195–201
121. Dennis C-L, Faux S. Development and psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale. *Res Nurs Health* 1999;22:399–409
122. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002;29(4):278-84
123. Baghurst P, Pincombe J, Peat B, Henderson A, Reddin E, Antoniou G. Breast feeding self-efficacy and other determinants of the duration of breast feeding in a cohort of first-time mothers in Adelaide, Australia. *Midwifery* 2007;23:382–391
124. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. 2004;32(3):210-6
125. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutr*. 2009;13(6):760-70
126. Kools EJ, Thijs C, de Vries H. The Behavioral Determinants of Breast-Feeding in the Netherlands: Predictors for the Initiation of Breast-Feeding. *Health Educ Behav* 2005;32:809-24

127. Donath SM, Amir LH; ALSPAC Study Team. Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: a cohort study. *Acta Paediatr.* 2003;92(3):352-6
128. Scott JA, Shaker I, Reid M. (2004), Parental Attitudes Toward Breastfeeding: Their Association with Feeding Outcome at Hospital Discharge. *Birth* 2004; 31:125–131
129. Brown A. Maternal trait personality and breastfeeding duration: the importance of confidence and social support. *J Adv Nurs.* 2013. doi:10.1111/jan.12219
130. Meedy S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.* 2010;23(4):135-45
131. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5: CD001141. DOI: 10.1002/14651858.CD001141.pub4
132. Hernández PT, Callahan S. Attributions of breastfeeding determinants in a French population. *Birth.* 2008;35(4):303-12
133. Setegn T, Gerbaba M, Belachew T. Determinants of timely initiation of breastfeeding among mothers in Goba Woreda, South East Ethiopia: a cross sectional study. *BMC Public Health.* 2011;11:217
134. Yotebieng M, Chalachala JL, Labbok M, Behets F. Infant feeding practices and determinants of poor breastfeeding behavior in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a descriptive study. *Int Breastfeed J.* 2013;8(1):11
135. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: results from a population-based study. *Birth.* 2007;34(3):202-11
136. Martens PJ. What Do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT Studies Tell Us? A Review of a Decade of Research. *J Hum Lact* 2012;28(3):335–342
137. Semenic S, Childerhose JE, Lauzière J, Groleau D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact.* 2012;28(3):317-34
138. Dyson L, McCormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;2: CD001688. DOI: 10.1002/14651858.CD001688.pub2
139. Grossman X, Chaudhuri J, Feldman-Winter L, Abrams J, Newton KN, Philipp BL et al. Hospital Education in Lactation Practices (Project HELP): does clinician education affect breastfeeding initiation and exclusivity in the hospital? *Birth.* 2009;36(1):54-9
140. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S et al. Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *J Hum Lact* 2013;29(4):484-90
141. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact.* 2001;17(4):326-43

142. UNICEF. The state of the world's children in numbers: Every child counts. New York; UNICEF 2014. (<http://www.unicef.org/sowc2014/numbers/>, πρόσβαση 11 Ιουνίου 2014)
143. Callen J, Pinelli J. Incidence and Duration of Breastfeeding for Term Infants in Canada, United States, Europe, and Australia: A Literature Review. *Birth* 2004; 31(4):285-92
144. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Breastfeeding report card. United States, 2013. (<http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>, πρόσβαση 11 Ιουνίου 2014)
145. Gionet L. Breastfeeding trends in Canada. *Health at a Glance*. 2003. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X
146. Australian Institute of Health and Welfare. 2010 Australian National Infant Feeding Survey: indicator results. Canberra: AIHW 2011 (<http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=10737420927>, πρόσβαση 11 Ιουνίου 2014)
147. Health and Social Care Information Centre, IFF Research. Infant Feeding Survey 2010. UK 2012. (<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB08694/ifs-uk-2010-sum.pdf>, πρόσβαση 11 Ιουνίου 2014)
148. Γάκη Ε, Παπαμιχαήλ Δ, Σαραφίδου Γ, Παναγιωτόπουλος Τ, Αντωνιάδου-Κουμάτου Ι. Εθνική μελέτη συχνότητας και προσδιοριστικών παραγόντων μητρικού θηλασμού. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού/ Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Υγείας του Παιδιού, 2009
149. Health Monitoring Unit, Ministry of Health. Perinatal health indicators for the years 2007-2012, Cyprus public maternity units. Ministry of Health 2014
150. Ιατρικές Υπηρεσίες και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας. Έρευνα με στόχο τη διακρίβωση του βαθμού κάλυψης του παιδικού πληθυσμού της Κύπρου με εμβόλια. 2012
151. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I et al. 'Promotion of Breastfeeding in Europe: Pilot Testing the Blueprint for Action' Project. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr.* 2010;13(6):751-9
152. Γραφείο Τύπου και Πληροφοριών. Ανακοινωθέντα. Μήνας εκδηλώσεων για προώθηση του μητρικού θηλασμού στην Κύπρο ο Οκτώβριος. 3/10/2013. (<http://www.cyprus.gov.cy/moi/pio/pio.nsf/All/9E831A3DDD3E5AD6C2257BF900322C01?OpenDocument>, πρόσβαση 10 Ιουλίου 2014)
153. Τμήμα Εσωτερικών Προσόδων. Συντελεστές Φόρου Εισοδήματος από το 1991. (<http://www.mof.gov.cy/mof/ird/ird.nsf/All/B550F7CAAF1E1B51C225737F0031FECE?OpenDocument>, πρόσβαση 30 Ιουνίου 2014)
154. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οδηγός βοηθήματος γάμου, βοηθήματος τοκετού και επιδόματος μητρότητας. (<http://www.mlsi.gov.cy/mlsi/sid/sidv2.nsf/All/DAB17B2759E353EEC2257C92004776F7?OpenDocument>, πρόσβαση 9 Ιουνίου 2014)
155. Li R, Scanlon KS, Serdula MK. The Validity and Reliability of Maternal Recall of Breastfeeding Practice. *Nutrition Reviews* 2005; 63(4):103-110

## Ερωτηματολόγιο μελέτης

1. Τι ηλικία έχει το μωρό σας σήμερα (σε κλεισμένους μήνες); .....

2. Είναι:  Αγόρι  Κορίτσι

**(ΠΕΡΙΓΕΝΝΗΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ)**

3. Γεννήσατε σε ιδιωτικό ή δημόσιο μαιευτήριο;

Ιδιωτικό  Δημόσιο

4. Είδος τοκετού:

Φυσιολογικός  Καισαρική

5. Τι βάρος είχε το μωρό σας στη γέννηση (σε γραμμάρια); .....

6. Το μωρό σας γεννήθηκε στις μέρες του ή νωρίτερα;

Τελειόμηνο  Πρόωρο Πόσων εβδομάδων ήταν; .....

7. Χρειάστηκε το μωρό σας να μείνει σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

8. Στο μαιευτήριο, το μωρό σας βρισκόταν όλο το 24ωρο στο ίδιο δωμάτιο με σας;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

8α. Αν ΟΧΙ, πόσο συχνά σας έφερναν το μωρό για να το θηλάσετε;

Κάθε ..... ώρες

Όποτε έκλαιγε

Όποτε το ζητούσα

Άλλο (προσδιορίστε.....)

## (ΔΙΑΤΡΟΦΗ)

### 9. Μέχρι σήμερα, το μωρό σας έχει ποτέ πάρει\*:

- χαμομήλι, τσάι ή άλλο ρόφημα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- χυμό φρούτου;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- νερό ή ζαχαρόνερο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

\*περιλαμβάνεται και λήψη στο μαιευτήριο

### 9α. Αν ΝΑΙ, σε ποιά ηλικία πήρε για πρώτη φορά\*; (κυκλώστε την απάντησή σας)

	ημέρα	εβδομάδα	μήνας
- χαμομήλι, τσάι ή άλλο ρόφημα;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- χυμό φρούτου;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- νερό ή ζαχαρόνερο;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος

\*περιλαμβάνεται και λήψη στο μαιευτήριο

### 10. Μέχρι σήμερα, το μωρό σας έχει ποτέ πάρει:

- φρουτόκρεμα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- άλλη κρέμα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- λιωμένο φαγητό ή στερεή τροφή;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

### 10α. Αν ΝΑΙ, σε ποιά ηλικία πήρε για πρώτη φορά; (κυκλώστε την απάντησή σας)

	ημέρα	εβδομάδα	μήνας
- φρουτόκρεμα;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- άλλη κρέμα;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- λιωμένο φαγητό ή στερεή τροφή;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος

### 11. Το μωρό σας έχει ποτέ θηλάσει ή το έχετε βάλει στο στήθος σας για να θηλάσει;

ΝΑΙ  ΟΧΙ (αν ΟΧΙ προχωρήστε στην ερώτηση 19)



**12. Πότε βάλατε για πρώτη φορά το μωρό στο στήθος σας για να θηλάσει;** (κυκλώστε την απάντησή σας)

- Έναρξη θηλασμού

ημέρα	εβδομάδα	μήνας
1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος

**13. Σας έφεραν το μωρό μέσα στην πρώτη ώρα από τον τοκετό για να το θηλάσετε;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**14. Είχατε υποστήριξη από το προσωπικό του μαιευτηρίου / νοσοκομείου όπου γεννήσατε –τις νοσοκόμες, τις μαίες ή τους γιατρούς- σε τυχόν προβλήματα που αντιμετώπισατε όταν αρχίσατε να θηλάζετε;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ  Δεν αντιμετώπισα πρόβλημα

**15. Σας βοήθησε ή σας υποστήριξε κάποιος από τους παρακάτω να θηλάσετε όσο ήσασταν στο μαιευτήριο ή όταν γυρίσατε σπίτι σας;** (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- ο άντρας/σύντροφός σας
- οι γονείς σας
- φίλες/φίλοι σας
- ο παιδίατρος
- ο γυναικολόγος σας
- το προσωπικό του μαιευτηρίου
- Άλλος (προσδιορίστε.....)
- Δεν χρειάστηκα βοήθεια

**16. Το μωρό σας συνεχίζει να θηλάζει;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ (αν ΝΑΙ προχωρήστε στην ερώτηση 20)

**17. Τι ηλικία είχε το μωρό σας όταν σταμάτησε να θηλάζει;** (κυκλώστε την απάντησή σας)

- Διακοπή  
θηλασμού

ημέρα	εβδομάδα	μήνας
1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12 <sup>ος</sup> 13 <sup>ος</sup> 14 <sup>ος</sup> 15 <sup>ος</sup>

**18. Ποιός ήταν ο βασικός λόγος που σταμάτησε να θηλάζει; (επιλέξτε ΜΙΑ απάντηση)**

***A Προβλήματα με στήθος/θηλές/γάλα***

- Ανεπαρκές γάλα
- Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους
- Μαστίτις
- Εισέχουσες θηλές
- Τραυματισμός θηλών
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***B Λόγοι μητέρας***

- Επιστροφή στην εργασία
- Αρρώστια μητέρας
- Κάπνισμα
- Φάρμακα
- Κούραση/άγχος/κατάθλιψη
- Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει
- Πολύδυμη κύηση
- Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***Γ Λόγοι μωρού***

- Αρρώστια μωρού
- Προωρότητα
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
- Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***Δ Επίδραση άλλων προσώπων***

- Ο σύντροφος μου δεν ήθελε να θηλάσω
- Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου είπαν να μην θηλάσω
- Άλλο (προσδιορίστε.....)
- Θεώρησα ότι το μωρό μου θήλασε αρκετά/επαρκώς

**19. Ποιός ήταν ο βασικός λόγος που το μωρό σας δεν θηλάσσει; (επιλέξτε ΜΙΑ απάντηση)**

***A Προβλήματα με στήθος/θηλές/γάλα***

- Ανεπαρκές γάλα
- Πέτρωμα/σπάργωμα στήθους
- Μαστίτις
- Εισέχουσες θηλές
- Τραυματισμός θηλών
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***B Λόγοι μητέρας***

- Επιστροφή στην εργασία
- Αρρώστια μητέρας
- Κάπνισμα
- Φάρμακα
- Κούραση/άγχος/κατάθλιψη
- Προηγούμενη αρνητική εμπειρία θηλασμού
- Υποχρεώσεις στο σπίτι/ άλλα παιδιά
- Ανησυχία για την ποσότητα που λαμβάνει
- Πολύδυμη κύηση
- Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***Γ Λόγοι μωρού***

- Αρρώστια μωρού
- Προωρότητα
- Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
- Ανεπαρκής πρόσληψη βάρους
- Το μωρό δεν ήθελε το γάλα μου
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

***Δ Επίδραση άλλων προσώπων***

- Ο σύντροφος μου δεν ήθελε να θηλάσω
- Ο γιατρός/μαία/νοσοκόμα μου είπαν να μην θηλάσω
- Άλλο (προσδιορίστε.....)

**20. Μέχρι σήμερα, το μωρό σας έχει πάρει ποτέ\*:**

- γάλα - σκόνη, για λίγο διάστημα;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- γάλα - σκόνη, που η λήψη του συνεχίστηκε;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- γάλα εβαπορέ;  ΝΑΙ  ΟΧΙ
- γάλα φρέσκο;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

\*περιλαμβάνεται και λήψη στο μαιευτήριο

**20α. Αν ΝΑΙ, σε ποιά ηλικία πήρε για πρώτη φορά\*;** (κυκλώστε την απάντησή σας)

	ημέρα	εβδομάδα	μήνας
- γάλα-σκόνη για λίγο διάστημα;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- γάλα-σκόνη, που η λήψη του συνεχίστηκε;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- γάλα εβαπορέ;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος
- γάλα φρέσκο;	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12ος

\*περιλαμβάνεται και λήψη στο μαιευτήριο

**21. Πριν γεννηθεί το μωρό σας, είχατε αποφασίσει αν θα θηλάσετε;**

- Είχα αποφασίσει να θηλάσω (προχωρήστε στην ερώτηση **21α**)
- Είχα αποφασίσει να μην θηλάσω (προχωρήστε στην ερώτηση **21β**)
- Δεν είχα αποφασίσει (προχωρήστε στην ερώτηση **22**)

**21α. Ποιοί ήταν οι 3 βασικοί λόγοι που θέλατε να θηλάσετε;**

*Σειρά σημασίας*

	1ος λόγος	2ος λόγος	3ος λόγος
Η καλύτερη διατροφή για το βρέφος			
Δεσμός μεταξύ μητέρας-βρέφους			
Θήλασα προηγούμενο μωρό με επιτυχία			
Εύκολος/βολικός τρόπος σίτισης			
Οικονομικός τρόπος σίτισης			
Είναι ο φυσικός τρόπος			
Αποφυγή αλλεργίας			
Καλύτερο για την υγεία της μητέρας			
Άλλος λόγος.....			

**21β. Ποιοί ήταν οι 3 βασικοί λόγοι που θέλατε να μην θηλάσετε;**

*Σειρά σημασίας*

	1ος λόγος	2ος λόγος	3ος λόγος
Είναι καλό για την υγεία του βρέφους			
Πρόβλημα υγείας μητέρας/πρόβλημα μαστών			
ΜΘ χρονοβόρος και δέσμευση στο σπίτι			
Επιστροφή στη δουλειά			
Υποχρεώσεις στο σπίτι/άλλα παιδιά			
Ρύπανση περιβάλλοντος και μητρικό γάλα			
Φόβος αποτυχίας			
Ο ΜΘ χαλάει το γυναικείο στήθος			
Δεν ήθελε ο άντρας μου			
Δεν ήθελα/προσωπικοί λόγοι			
Άλλος λόγος .....			

**22. Φεύγοντας από το μαιευτήριο [το νοσοκομείο όπου γεννήσατε]:**

**α.** σας δόθηκε γραπτή συνταγή ή σημείωμα για κάποιο γάλα-σκόνη;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**β.** σας δόθηκε δωρεάν δείγμα γάλατος σε σκόνη;  ΝΑΙ  ΟΧΙ

**23. Πολλά μωρά ηρεμούν με την πιπίλα. Στο μωρό σας έχετε δώσει ποτέ πιπίλα;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ (αν **ΟΧΙ** προχωρήστε στην ερώτηση 24)

**23α. Σε ποιά ηλικία τού δώσατε πιπίλα για πρώτη φορά; (κυκλώστε την απάντησή σας)**

	ημέρα	εβδομάδα	μήνας
- Έναρξη πιπίλας	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12 <sup>ος</sup> 13 <sup>ος</sup> 14 <sup>ος</sup> 15ος

**23β. Έχετε σταματήσει να δίνετε στο μωρό σας πιπίλα;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ (αν **ΟΧΙ** προχωρήστε στην ερώτηση 24)

**23γ. Πότε σταματήσατε να του/της δίνετε πιπίλα; (κυκλώστε την απάντησή σας)**

	ημέρα	εβδομάδα	Μήνας
- Τερματισμός πιπίλας	1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12 <sup>ος</sup> 13 <sup>ος</sup> 14 <sup>ος</sup> 15ος

(ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ)

24. Ηλικία μητέρας: (όταν γεννήθηκε το μωρό) .....ετών

25. Καπνίζετε;

ΝΑΙ  ΟΧΙ      Αν ΝΑΙ, πόσα τσιγάρα την ημέρα;.....

26. Καπνίζατε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

ΝΑΙ  ΟΧΙ      Αν ΝΑΙ, πόσα τσιγάρα την ημέρα;.....

27. Εργαζόσασταν όσο ήσασταν έγκυος (στην τελευταία εγκυμοσύνη);

ΝΑΙ  ΟΧΙ      (αν ΟΧΙ προχωρήστε στην ερώτηση 31)

28. Σε ποιά μήνα σταματήσατε να εργάζεστε; (κυκλώστε την απάντησή σας)

1ος 2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος  Δεν σταμάτησα

29. Πήρατε πληρωμένη άδεια κύησης ή μητρότητας, ή είχατε μειωμένο ωράριο;

(Συμπεριλαμβάνονται αναρρωτική, κύησης/τοκετού, μητρότητας, εξαιρείται κανονική άδεια)

ΝΑΙ  ΟΧΙ

29a. Αν ΝΑΙ, πόσους μήνες;

Αναρρωτική .....μήνες      Μητρότητας .....μήνες      Μειωμένο ωράριο .....μήνες

30. Πήρατε άδεια άνευ αποδοχών (δηλαδή χωρίς να πληρώνεστε);

ΝΑΙ  ΟΧΙ      Αν ΝΑΙ, πόσους μήνες; .....

31. Εργάζεστε αυτήν την περίοδο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

31a. Αν ΝΑΙ, πότε επιστρέψατε στη δουλειά σας; (κυκλώστε την απάντησή σας)

ημέρα	εβδομάδα	Μήνας
1η 2η 3η 4η 5η 6η 7η	2η 3η 4η	2ος 3ος 4ος 5ος 6ος 7ος 8ος 9ος 10ος 11ος 12 <sup>ος</sup> 13 <sup>ος</sup> 14 <sup>ος</sup> 15ος

**32. Ποιά τάξη του σχολείου ή σχολής έχετε τελειώσει [η μητέρα του παιδιού];**

- Καθόλου σχολείο
- Μερικές τάξεις δημοτικού
- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Απόφοιτος Κολλεγίου
- Απόφοιτος Πανεπιστημίου

**33. Ποιά τάξη του σχολείου ή σχολής έχει τελειώσει ο πατέρας του παιδιού;**

- Καθόλου σχολείο
- Μερικές τάξεις δημοτικού
- Απόφοιτος δημοτικού
- Απόφοιτος γυμνασίου
- Απόφοιτος λυκείου
- Απόφοιτος Κολλεγίου
- Απόφοιτος Πανεπιστημίου

**34. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση [της μητέρας του παιδιού];**

- Παντρεμένη  Ανύπαντρη  Διαζευγμένη/Σε διάσταση  Χήρα
- Σε συμβίωση

**35. Είχατε προηγούμενη εμπειρία θηλασμού;**

- ΝΑΙ  ΟΧΙ      Αν ΝΑΙ, πόσο καιρό;.....

**36. Ποιό ήταν το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα την περσινή χρονιά;**

.....Ευρώ

**37. Ποιά είναι η χώρα καταγωγής σας;**

- Κύπρος  Ελλάδα  Ρωσία  Βουλγαρία  Γεωργία  Ρουμανία
- Άλλο (προσδιορίστε) .....

*Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας*