



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

Διπλωματική Εργασία

«Οι απόψεις των Ελληνίδων σχετικά με το είδος του τοκετού και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την εδραίωση του μητρικού θηλασμού: Η περίπτωση του Νομού Πιερίας»

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. ΧΑΤΖΙΚΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

Πάτρα, Ιούνιος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Οι απόψεις των Ελληνίδων σχετικά με το είδος του τοκετού και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την εδραίωση του μητρικού θηλασμού: Η περίπτωση του Νομού Πιερίας»

ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΟΥ ΕΛΕΝΗ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Συν- Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Μαγδαληνή Χατζίκου

Δρ. Μαρία Ράϊκου

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Πάτρα, Ιούνιος 2021

Πρόλογος

Αρχικά, για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα επιθυμούσα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Μάγδα Χατζίκου, της οποίας οι συμβουλές και κατευθύνσεις ήταν πολύ σημαντικές και καθοριστικές ώστε να ολοκληρωθεί αυτή η προσπάθεια.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και το σύντροφό μου που στάθηκαν στο πλευρό μου.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλες τις μαμάδες που αφιέρωσαν λίγα λεπτά από τον χρόνο τους συμμετέχοντας στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και συνέβαλαν ώστε να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια.

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι προτιμήσεις των Ελληνίδων σχετικά με τη διενέργεια καισαρικής τομής έναντι φυσιολογικού τοκετού, καθώς επίσης να δοθεί έμφαση στο κατά πόσο το είδος του τοκετού παίζει ρόλο στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν ή όχι.

Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν 182 γυναίκες από το Νομό Πιερίας, ενώ κλήθηκαν να συμμετέχουν 200 με ποσοστό ανταπόκρισης 91% (182/200), από τις οποίες συμπληρώθηκαν 252 ερωτηματολόγια σύμφωνα με τον αριθμό των τέκνων που απέκτησαν. Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο ήταν αυτοσχέδιο και περιλαμβάνει τρεις ενότητες ερωτήσεων: α) Δημογραφικά δεδομένα του ερωτώμενου, β) Είδος του τοκετού που επιλέχθηκε, γ) Θηλασμός (αποκλειστικός – μεικτός). Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν ήταν σε έντυπη μορφή και σε ηλεκτρονική μορφή. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS”, με τις μεθόδους της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο του δείγματος, προκύπτει ότι η μέση ηλικία των γυναικών έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι τα 35,5 έτη. Σε ό,τι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση το 95,6% δήλωσε ότι είναι παντρεμένες, ενώ σχετικά με την εκπαίδευση τους η πλειονότητα των συμμετεχουσών σε ποσοστό 81,3%, δήλωσε πως έχει ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως οι γυναίκες προτιμούν το φυσιολογικό τοκετό και συγκεκριμένα οι 127 (50,4%) γεννήσεις του δείγματος πραγματοποιήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό, ενώ οι 125 (49,6%) με καισαρική τομή. Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση του είδους του τοκετού με την επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει ή όχι, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του είδους του τοκετού με το είδος του θηλασμού.

Συμπεράσματα: Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι ενημερωμένοι για τα οφέλη που προσφέρει ο φυσιολογικός τοκετός τόσο στη γυναίκα όσο και στο νεογνό. Μέσω των γνώσεων τους και της ενθάρρυνσής τους, θα πρέπει να επικοινωνούν στις γυναίκες αυτό που έχει ορίσει η φύση για αυτές, πλην κάποιων επιτακτικών ιατρικών αναγκών όπου χρήζει η διενέργεια καισαρικής τομής. Οι γυναίκες θα πρέπει να υπερασπίζονται το δικαίωμά τους,

τόσο για το είδος του τοκετού όσο και για το είδος του θηλασμού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όλες οι γυναίκες είναι ικανές να θηλάσουν. Για να ευοδωθεί ο μητρικός θηλασμός, μια γυναίκα χρειάζεται γνώση, ενθάρρυνση και αυτοπεποίθηση.

Λέξεις κλειδιά: φυσιολογικός τοκετός, καισαρική τομή, διάρκεια μητρικού θηλασμού, πεποιθήσεις-απόψεις.

Abstract

Purpose: The aim of the study is to investigate the preferences of Greek women regarding caesarean section over normal childbirth, as well as to emphasize whether the type of childbirth plays a role in women's decision to breastfeed or not.

Method: 182 women from the Prefecture of Pieria participated in the research, while 200 were invited to participate with a response rate of 91% (182/200), of which 252 questionnaires were completed according to the number of children they had. The tool of the research was the self-report questionnaire which was improvised and includes three sections of questions: a) Demographic data of the respondent, b) Type of birth chosen, c) Breastfeeding (exclusive - mixed). The answers collected were in printed and electronic form. The statistical analysis of the data was performed using the software package "SPSS", with the methods of descriptive and inductive statistics.

Results: From the whole sample, it appears that the average age of the women who took part in the research is 35.5 years. Regarding their marital status, 95.6% stated that they are married, while regarding their education, the majority of the participants at 81.3% stated that they have completed higher education. The results of the research showed that women prefer normal birth and specifically the 127 (50.4%) births of the sample were performed by normal delivery, while 125 (49.6%) by caesarean section. Regarding the correlation between the type of childbirth and the woman's desire to breastfeed or not, the results of the research showed that no statistically significant difference was found between the type of childbirth and the type of breastfeeding.

Conclusions: Health professionals should be aware of the benefits that normal childbirth offers to both women and the newborn. Through their knowledge and encouragement, they should communicate to women what nature has set for them, except for some urgent medical needs where a caesarean section is needed. Women should defend their right, both for the type of childbirth and for the type of breastfeeding. According to the World Health Organization, all women are able to breastfeed. For breastfeeding to be successful, a woman needs knowledge, encouragement and self-confidence.

Key words: vaginal birth, caesarean section, duration breastfeeding, beliefs-opinions.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Κατάλογος Πινάκων.....	11
Κατάλογος Γραφημάτων.....	13
Γλωσσάριο.....	14
Εισαγωγή.....	15
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Φυσιολογικός τοκετός	
1.1 Τι ορίζεται φυσιολογικός τοκετός.....	17
1.2 Στάδια φυσιολογικού τοκετού.....	18
1.3 Επισκληρίδιος αναισθησία - Πότε γίνεται – Παρενέργειες.....	19
1.4 Εναλλακτικοί μέθοδοι φυσιολογικού τοκετού.....	20
1.5 Πλεονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού.....	22
1.6 Μειονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Καισαρική τομή	
2.1 Τι ορίζεται καισαρική τομή.....	23
2.2 Πλεονεκτήματα καισαρικής τομής.....	23
2.3 Μειονεκτήματα καισαρικής τομής.....	23

2.4 Πότε συνιστάται η καισαρική τομή.....	24
2.5 Ποσοστά καισαρικής τομής στην Ελλάδα.....	24
2.6 Ποσοστά καισαρικής τομής σε διεθνές επίπεδο.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Μητρικός θηλασμός	
3.1 Ορισμός Θηλασμού.....	26
3.2 Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος.....	27
3.3 Τα είδη του μητρικού γάλακτος και τα συστατικά του.....	28
3.4 Στάσεις Θηλασμού.....	30
3.5 Τα οφέλη του Θηλασμού.....	31
3.6 Συσχέτιση θηλασμού με το είδος του τοκετού παγκοσμίως.....	35
3.7 Συσχέτιση θηλασμού με το είδος του τοκετού στην Ελλάδα.....	38
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Μεθοδολογία έρευνας	
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	41
4.2 Υλικό- Μέθοδος-Δειγματοληψία.....	41
4.3 Δεοντολογικά ζητήματα.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Αποτελέσματα έρευνας	
5.1 Περιγραφική ανάλυση.....	43
5.1.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία.....	43
5.1.2 Προτιμήσεις τοκετού.....	48
5.1.3 Θηλασμός.....	53

5.2 Επαγωγική ανάλυση.....	59
5.2.1 Επίδραση της ηλικίας κατά τη γέννα στο είδος του τοκετού.....	59
5.2.2 Επίδραση της ηλικίας στον θηλασμό από την αρχή της γέννησης.....	60
5.2.3 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.....	60
5.2.4 Διαφοροποίηση του επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού.....	61
5.2.5 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με τον θηλασμό από την αρχή της γέννησης του κάθε τέκνου.....	62
5.2.6 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με το είδος θηλασμού κάθε τέκνου.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο :Συζήτηση-Συμπεράσματα	
6.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	65
6.2 Προτάσεις.....	66
Βιβλιογραφία.....	68
Ελληνόγλωσση.....	68
Ξενόγλωσση.....	70
Παράρτημα 1.....	79

Κατάλογος Πινάκων

Κεφάλαιο 5

Πίνακας 5.1. Περιγραφή του δείγματος.

Πίνακας 5.2. Πίνακας συχνοτήτων για τις προτιμήσεις τοκετού.

Πίνακας 5.3. Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς για τους λόγους επιλογής της καισαρικής τομής (1=Διαφωνώ έντονα, 5=Συμφωνώ απόλυτα).

Πίνακας 5.4. Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς για τον βαθμό ικανοποίησης σχετικά με το είδος του τοκετού (1=Καθόλου, 5=Εξαιρετικά).

Πίνακας 5.5. Κατανομή συχνοτήτων επιθυμητού επόμενου τοκετού ανά είδος προηγούμενα τοκετού.

Πίνακας 5.6. Κατανομή συχνοτήτων σχετικά με τον θηλασμό.

Πίνακας 5.7. Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού.

Πίνακας 5.8. Κατανομή συχνοτήτων για τον αν θήλασαν από την αρχή της γέννησης του κάθε μωρού.

Πίνακας 5.9. Έλεγχοι διαφοράς μέσω των τιμών ηλικίας γυναικών σε σχέση με το είδος του τοκετού.

Πίνακας 5.10. Έλεγχοι διαφοράς μέσω των τιμών ηλικίας γυναικών σε σχέση με το εάν θήλασαν από την αρχή κάθε γέννησης.

Πίνακας 5.11. Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με την οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 5.12. Έλεγχοι διαφοράς μέσω των τιμών επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού.

Πίνακας 5.13. Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με τον θηλασμό από την αρχή της γέννησης του κάθε τέκνου.

Πίνακας 5.14. Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με το είδος θηλασμού του κάθε τέκνου.

Πίνακας 5.15. Τιμές p-values ανά κατηγορία.

Κατάλογος Γραφημάτων

Κεφάλαιο 5

Γράφημα 1. Κατανομή συχνοτήτων για τον αριθμό παιδιών.

Γράφημα 2. Κατανομή συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση.

Γράφημα 3. Κατανομή συχνοτήτων για την εκπαίδευση.

Γράφημα 4. Κατανομή συχνοτήτων για την εθνικότητα.

Γράφημα 5. Κατανομή συχνοτήτων σχετικά με το χρόνο επιλογής της καισαρικής τομής.

Γράφημα 6. Κατανομή συχνοτήτων για την αιτία επιλογής Καισαρικής Τομής από τον ιατρό.

Γράφημα 7. Κατανομή συχνοτήτων για το εάν δήλωσαν στον ιατρό την προτίμησή τους.

Γράφημα 8. Κατανομή συχνοτήτων για τον αν θήλασαν από την αρχή της γέννησης του κάθε μωρού.

Γράφημα 9. Εκτιμώμενο ποσοστό συμφωνίας αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού.

Γράφημα 10. Εκτιμώμενο ποσοστό συμφωνίας αναφορικά με τους λόγους διακοπής του θηλασμού.

Γλωσσάριο:

IVF: In Vitro Fertilization

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

W.H.O: World Health Organization

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία

EUROSTAT: European Statistical System

ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

ΦΤ: Φυσιολογικός Τοκετός

ΚΤ: Καισαρική Τομή

VBAC: Vaginal Birth After Caesarean

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

Εισαγωγή

Τα ποσοστά καισαρικής τομής στην Ελλάδα αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο είναι αρκετά αυξημένα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μόλις ένα ποσοστό της τάξεως του 15% έχει ακριβή ένδειξη για καισαρική τομή. (Sharma & Dhakal 2018). Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά, ιδιαίτερα στον Ευρωπαϊκό χώρο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το έτος 2007 το ποσοστό των καισαρικών τομών άγγιξε το 42,37%, ποσοστό που σίγουρα χαρακτηρίζονταν αρκετά υψηλό, σχετικά με τα παγκόσμια δεδομένα. Το 2015 το ποσοστό αυτό άγγιξε το 77,24%. Σε μια αρθρογραφία της η Μπουλουτζα το 2017, διαπιστώνει πως αυτή η κατά κόρον αύξηση δεν οφείλεται συνήθως σε ιατρικές ενδείξεις.

Σε ό,τι αφορά τα ποσοστά του μητρικού θηλασμού στην Ελλάδα, σε μία μελέτη που δημοσιεύτηκε το 2020, εξετάστηκε το ποσοστό του θηλασμού στην Ελλάδα από το 2007 έως το 2017. Η μελέτη αυτή ανέδειξε ότι οι δείκτες θηλασμού ήταν αρκετά υψηλοί σε σχέση με τα προηγούμενα δέκα χρόνια. Το 2017, το 94% των μητέρων ξεκίνησαν το θηλασμό, συγκεκριμένα τα ποσοστά θηλασμού ήταν 80%, 56% και 45% μέχρι το τέλος του 1ου, 4ου και 6ου συμπληρωμένου μήνα της ηλικίας, αντίστοιχα. Παρατηρήθηκε μια αυξανόμενη τάση σε όλους τους δείκτες θηλασμού την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα, αλλά τα ποσοστά θηλασμού, ιδιαίτερα τα ποσοστά αποκλειστικού θηλασμού, παραμένουν χαμηλά. Όπως διαπιστώθηκε, απαιτούνται συστηματικές πρωτοβουλίες ώστε να εφαρμοστούν με επιτυχία οι συστάσεις του ΠΟΥ για αποκλειστικό θηλασμό κατά τους πρώτους 6 μήνες της ζωής. (Iliodromiti, et al., 2020).

Για την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιλαμβάνει τρεις ενότητες, αποτελούμενο από πληροφορίες που αφορούν κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα, τον φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή, τον αποκλειστικό και μεικτό θηλασμό. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 182 γυναίκες, του γενικού πληθυσμού του Νομού Πιερίας, με μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος τα 35,5 , έχοντας από ένα έως τέσσερα παιδιά.

Η παρούσα διπλωματική εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, στο γενικό μέρος και στο ειδικό. Το γενικό μέρος δομείται από τις ενότητες 1, 2 και 3, όπου για την συγγραφή και ολοκλήρωση

του έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση τόσο για τα ελληνικά δεδομένα όσο και για τα διεθνή. Το ειδικό μέρος αποτελείται από τις ενότητες 4, 5, 6, όπου περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας καθώς και η ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν.

Στην πρώτη ενότητα γίνεται λόγος για θέματα που αφορούν τον φυσιολογικό τοκετό. Δίνεται ο ορισμός του τοκετού, τα στάδια του και γίνεται λόγος για την επισκληρίδιο αναισθησία. Επιπλέον, αναφέρονται οι εναλλακτικοί μέθοδοι του φυσιολογικού τοκετού, τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά του, τόσο για την γυναίκα όσο και για το νεογνό.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με τον ορισμό της καισαρικής τομής και αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα αυτής της μεθόδου. Ακολουθούν αποτελέσματα ερευνών όπου καταγράφονται τα ποσοστά της χειρουργικής αυτής μεθόδου σε Ελλάδα και σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στην τρίτη ενότητα αποσαφηνίζεται ο ορισμός του μητρικού θηλασμού καθώς και οι ορισμοί αποκλειστικός και μεικτός θηλασμός. Σε αυτήν την ενότητα περιλαμβάνονται θέματα που αφορούν την παραγωγή του μητρικού γάλακτος, τα πλεονεκτήματα για την μητέρα και το νεογνό. Επιπρόσθετα, παρουσιάζεται ο συσχετισμός του θηλασμού με το είδος του τοκετού τόσο μέσα από ελληνικά ευρήματα όσο και μέσα από διεθνείς μελέτες.

Στην τέταρτη ενότητα περιγράφεται ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία, η δειγματοληψία, τα ερευνητικά ερωτήματα, καθώς και τα δεοντολογικά ζητήματα.

Σχετικά με την πέμπτη ενότητα, εδώ παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, μέσω της στατιστικής ανάλυσης που πραγματοποιήθηκε.

Τέλος, η συγγραφή αυτής της έρευνας ολοκληρώνεται με το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο, στο οποίο καταγράφονται τα συμπεράσματα που προέκυψαν μέσω των βιβλιογραφικών ανασκοπήσεων και της χρήσης του ερωτηματολογίου. Επίσης, παρατίθενται μερικές προτάσεις που αφορούν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τις μέλλουσες μαμάδες.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Φυσιολογικός τοκετός

1.1 Τι ορίζεται φυσιολογικός τοκετός.

Ο τοκετός αποτελεί μια φυσιολογική διαδικασία, η οποία πραγματοποιείται μετά το τέλος της κύησης, κατά την οποία το έμβρυο με τον πλακούντα και τους υμένες, εξέρχονται από τον πυελογεννητικό σωλήνα της μητρικής κοιλότητας διαμέσου της σχισμής του αιδοίου. Η διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού ξεκινά είτε αυτόματα, είτε ιατρό-φαρμακευτικά όπως συμβαίνει με την πρόκληση τοκετού.

Η αυτόματη διαδικασία μπορεί να ξεκινήσει με την αυτόματη ρήξη του θυλακίου ή με την εκροή τραχηλικής βλέννης (η οποία οφείλεται στην έναρξη της διαστολής του τραχηλικού στομίου) ή με την έναρξη περιοδικών συστολών του μυομητρίου. Στις ιατρικές παρεμβάσεις ανήκουν η τεχνητή ρήξη των υμένων, η δακτυλική αποκόλληση των υμένων, η χρήση του αναρροφητικού εμβρυουλκού, η χρήση του μεταλλικού εμβρυουλκού. Στις φαρμακευτικές ανήκουν η ενδοφλέβια έγχυση ωκυτοκίνης, η χορήγηση προσταγλανδινών είτε από το στόμα, υπογλώσσια, είτε κολπικά. (Ιατράκης, 2004, Κρεατσάς, 2009).

Ανάλογα με την εβδομάδα κύησης που γεννάει η γυναίκα ο τοκετός χαρακτηρίζεται τελειόμηνος, πρόωρος, αυτόματη αποβολή ή παρατασιακή κύηση. Τελειόμηνος τοκετός ονομάζεται όταν η μήτρα αρχίζει να εξωθεί το περιεχόμενό της από την 37^η έως 42^η. Ως πρόωρος χαρακτηρίζεται ο τοκετός από την 24^η με 35^η εβδομάδα κύησης, ενώ οριακά πρόωρος ονομάζεται αυτός που ξεκινά από την 35^η εβδομάδα έως και την 36^η και 6 ημέρες (36w+^{6d}). Πριν από την 24^η εβδομάδα κύησης, το κύημα δεν μπορεί να καταστεί βιώσιμο, και έτσι εάν η μήτρα ξεκινήσει να αποβάλλει το έμβρυο η διαδικασία αυτή ονομάζεται αυτόματη αποβολή. Όταν η εγκυμοσύνη ξεπεράσει την 42^η εβδομάδα, τότε η κύηση καλείται παρατασιακή. (Καρπάθιος, 2001).

1.2 Στάδια φυσιολογικού τοκετού.

Η διαδικασία του τοκετού διακρίνεται σε τρία στάδια: Το 1^ο στάδιο είναι η περίοδος της διαστολής. Εδώ ξεκινάει η διαστολή του τραχηλικού στομίου της μήτρας και τελειώνει με την πλήρη εξάλειψη αυτού, όταν πλέον η διαστολή από 1cm φτάνει τα 10cm. Το στάδιο της διαστολής διακρίνεται σε δύο φάσεις, στην λανθάνουσα και στην ενεργητική. Η λανθάνουσα περιλαμβάνει την εξάλειψη και τη διαστολή του τραχήλου μέχρι τα 3cm. Η λανθάνουσα φάση ξεκινάει με 3 συστολές κάθε 10 λεπτά και τελειώνει όταν η διαστολή φτάσει τα 3cm. Η ενεργητική φάση ξεκινάει μετά το τέλος της λανθάνουσας. Στην ενεργητική φάση ολοκληρώνεται η διαστολή και ξεκινάει η κάθοδος της κεφαλής του εμβρύου. Οι συστολές γίνονται πιο συχνές και πιο ισχυρές, γύρω στις 4-5 κάθε 10 λεπτά. Η διαστολή του τραχήλου μαζί με τη διάταση των ιστών και την ισχαιμία, προκαλούν τον χαρακτηριστικό έντονο πόνο του πρώτου σταδίου. Σε μία πρωτοτόκο η διαστολή αυξάνεται κατά $> 1\text{cm}/\text{ώρα}$. Η γυναίκα αν είναι πρωτοτόκος τότε αυτό το στάδιο διαρκεί 8-12 ώρες, αν είναι πολυτόκος διαρκεί 3-6 ώρες.

Το 2^ο στάδιο είναι η περίοδος της εξώθησης. Στο στάδιο αυτό συμπληρώνεται η διαστολή του τραχήλου, το τραχηλικό στόμιο φτάνει την τελεία διαστολή και αρχίζει πλέον η έξοδος του εμβρύου. Η διάρκεια του δεύτερου σταδίου εξαρτάται από το αν η γυναίκα είναι πρωτοτόκος όπου διαρκεί 30-60' ή πολυτόκος όπου η διάρκεια κυμαίνεται γύρω στα 15-30'. Ο ανώτερος φυσιολογικός χρόνος στην πρωτοτόκο μπορεί να φτάσει τα 120' και στην πολυτόκο τα 60'. Σε περίπτωση που έχει προηγηθεί περιοχική αναισθησία, οι χρόνοι μπορεί να ανέβουν σε 180' και 120' αντίστοιχα.

Το 3^ο στάδιο είναι η περίοδος της υστεροτοκίας. Σε αυτό το σημείο συμπεριλαμβάνεται η έξοδος του εμβρύου και η έξοδος του πλακούντα και των υμένων. Η μήτρα μετά τη γέννηση του νεογνού, συστέλλεται στο μέγεθος μήτρας 20 εβδομάδων. Η διάρκεια του τρίτου σταδίου είναι 10' με 30', η οποία συχνά είναι μικρότερη και σπάνια μεγαλύτερη. (Ιατράκης, 2004).

1.3 Επισκληρίδιος αναισθησία - Πότε γίνεται – Παρενέργειες.

Μία φαρμακολογική μέθοδος ανακούφισης του πόνου, που επικρατεί πλέον τα τελευταία χρόνια στη σύγχρονη έκβαση του φυσιολογικού τοκετού, είναι η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Συγκεκριμένα αφορά τη χρήση της επισκληρίδιου αναισθησίας, την πλέον ευρέως γνωστή μέθοδο. Ξεκίνησε να εφαρμόζεται ως μέθοδος περιοχικής αναισθησίας γύρω στο 1942. Πρόκειται για μια παρεμβατική μέθοδο αναλγησίας, που εφαρμόζεται από εξειδικευμένο αναισθησιολόγο, ο οποίος εισάγει τοπικό αναισθητικό στον επισκληρίδιο χώρο μέσω ενός καθετήρα, συνήθως στο ύψος του μεσοσπονδύλιου διαστήματος των Ο1-Ο2 οσφυϊκών σπονδύλων.

Θεωρείται ως η «gold standard» ιδανική μέθοδος αναλγησίας, αφού το 80% των γυναικών αναφέρουν πλήρη ανακούφιση από τον πόνο, ενώ από το 20% που ανέφεραν μονόπλευρη αναλγησία, μόλις στο 5% από αυτές δεν μπόρεσε να διορθωθεί το πρόβλημα με απλές παρεμβάσεις όπως αλλαγή θέσης ή έγχυση μεγαλύτερης ποσότητας αναλγητικών φαρμάκων. (Moir & Thorburn, 1986).

Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι εάν η επισκληρίδιος γίνει στην λανθάνουσα φάση του τοκετού, δηλαδή πριν τα 3cm διαστολής του τραχηλικού στομίου, μπορεί να καθυστερήσει η εξέλιξη του τοκετού. (Read, et al., 2009). Σε άλλες πάλι έρευνες έχει διαπιστωθεί πως δεν επηρεάζει την πρόοδο του τοκετού, εφόσον οι συστολές της μήτρας είναι περιοδικές και 3-4 ανά δέκα λεπτά. Σχετικά με ό,τι αφορά στο δεύτερο στάδιο του τοκετού, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ότι αυξάνει η χρονική διάρκειά του, διότι αναστέλλεται το αντανακλαστικό του Ferguson, το οποίο ωθεί εκούσια την επίτοκο να εξωθήσει. Οπότε αφού δεν υπάρχει αιτία επίσπευσης λόγω δυσχέρειας του εμβρύου, είναι ασφαλής η παράταση του δεύτερου σταδίου και η έναρξη του όταν η κάθοδος της κεφαλής του εμβρύου προκαλεί στη γυναίκα έστω και μερική αίσθηση εξώθησης. (Carrie et al., 1981).

Οι παρενέργειες είναι:

- ➔ 5% παροδική υπόταση αμέσως μετά από κάθε δόση.
- ➔ 1% διάτρηση της σκληράς μήνιγγας και εκροή εγκεφαλονωτιαίου υγρού, με αποτέλεσμα τη μείωση της ενδοκράνιας πίεσης.

- ➔ Πολλές γυναίκες νιώθουν μετά από κάθε δόση επισκληριδίου ένα γενικευμένο τρέμουλο και κνησμό στο σώμα τους, το οποίο ωστόσο εξαφανίζεται μετά από περίπου 20'.
- ➔ Μετά από επαναλαμβανόμενες δόσεις μπορεί η επίτοκος να μην έχει καλό έλεγχο των κάτω άκρων της. (Moir, Thorburn, 1986).

1.4 Εναλλακτικοί μέθοδοι φυσιολογικού τοκετού.

Τα τελευταία χρόνια, πολλές είναι οι γυναίκες που επιλέγουν δύο εναλλακτικούς τρόπους για να γεννήσουν φυσιολογικά, πέρα από τον καθιερωμένο. Ο ένας αφορά τον τοκετό στο σπίτι και ο άλλος τον τοκετό στο νερό.

Ο τοκετός στο σπίτι είναι αρκετά διαδεδομένος σε πολλές χώρες του εξωτερικού. Μερικές από αυτές είναι η Ολλανδία με ποσοστό 35%, η Αγγλία, η Γερμανία και οι σκανδιναβικές χώρες. Αυτή η μέθοδος φαίνεται να επιλέγεται και από αρκετές Ελληνίδες, οι οποίες τείνουν περισσότερο προς το οικείο περιβάλλον του σπιτιού τους, παρά στο μαιευτήριο. (Κρεατσάς, 2009, Stoppard, 2009).

Οι προϋποθέσεις για τον τοκετό στο σπίτι είναι:

- Η γυναίκα να είναι υγιής.
- Η εγκυμοσύνη να έχει φυσιολογική πορεία, χωρίς επιπλοκές.
- Να είναι μονήρης κύηση και όχι πολύδυμη.
- Δεν πραγματοποιείται σε κύηση μετά από IVF.
- Δεν εφαρμόζεται σε κύηση με ανώμαλη προβολή, μόνο σε κεφαλική.
- Δεν προτιμάται σε κύηση που έχει ξεπεράσει την 42^η εβδομάδα (παράταση).
- Να το επιθυμεί όχι μόνο η γυναίκα αλλά και ο σύντροφός της.
- Ο χώρος στον οποίο θα πραγματοποιηθεί ο τοκετός να πληροί τους κανόνες υγιεινής.
- Το σπίτι της επιτόκου να μην απέχει παραπάνω από 30' από το κοντινότερο νοσοκομείο.
- Να υπάρχει ο ειδικός που θα αναλάβει τον τοκετό.

- Ο τοκετός θα πρέπει να ξεκινήσει αυτόματα και η εξέλιξή του να είναι φυσική. (Κρεατσάς, 1997).

Ο τοκετός στο νερό είναι μια διαδικασία αρκετά γνωστή στο εξωτερικό. Οι γυναίκες που επιθυμούν να γεννήσουν στο νερό, έχουν τη δυνατότητα να τον πραγματοποιήσουν σε πολλά μαιευτήρια, όπου υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές. Χώροι οι οποίοι είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι με ειδικές πισίνες ή μπανιέρες, χαμηλό φωτισμό, ήρεμη μουσική, καθώς επίσης υπάρχει και το αντίστοιχο εκπαιδευμένο και καταρτισμένο προσωπικό αποτελούμενο από μαιευτήρες-γυναικολόγους και μαίες. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχθεί πως ο τοκετός στο νερό είναι ευεργετικός και έχει θετική επίδραση τόσο για την επίτοκο όσο και για το νεογνό. (Stoppard, 2009).

Τα πλεονεκτήματα για τον τοκετό στο νερό είναι:

- Η επίτοκος μπορεί να αλλάζει στάσεις στο σώμα της, να κινείται ελεύθερα χωρίς τη χορήγηση φαρμάκων με την άνωση του νερού.
- Μπορεί να διαχειρίζεται καλύτερα τον πόνο, διότι μέσα στο νερό η ένταση των ωδινών είναι πολύ μικρότερη.
- Το άγχος της μπορεί να μειωθεί αρκετά.
- Αυξάνεται η έκκριση ορμονών.
- Η έξοδος του εμβρύου είναι ευκολότερη, ο πόνος λιγότερος, ενώ η πιθανότητα ρήξεων είναι μικρότερη.
- Ο τοκετός για το νεογνό είναι πιο ήπιος στο νερό, διότι διέρχεται από το υγρό περιβάλλον της μήτρας, στο υγρό περιβάλλον της πισίνας. (Stoppard, 2009).

Οι προϋποθέσεις για τον τοκετό στο νερό είναι:

- Να μην υπάρχει κολπική αιμορραγία.
- Η εξέλιξη της κύησης να είναι φυσιολογική.
- Η κύηση να είναι μονήρης και η εβδομάδα της κύησης να είναι από 37^η-42^η.
- Η προβολή του εμβρύου να είναι κεφαλική.
- Η επίτοκος να έχει σταθερή θερμοκρασία.
- Να μην χρήζει συνεχή παρακολούθηση καρδιοτοκογραφικά.

- Η επίτοκος να μην έχει ερρηγμένο θυλάκιο, αλλά ούτε να έχει γίνει και τεχνητή ρήξη αυτού. (Κρεατσάς, 2009).

1.5 Πλεονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού.

Ένα από τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού είναι ότι η γυναίκα μπορεί να θηλάσει άμεσα με το που γεννήσει. Παραμένει λιγότερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο από ότι αν γεννήσει με καισαρική τομή. Οι απαιτήσεις της αναισθησίας είναι μικρότερες. Μικρότερη πιθανότητα έχουν να νοσήσουν μετά τον τοκετό η μητέρα και το νεογνό, καθώς και οι κίνδυνοι για την μητέρα κατά τον τοκετό είναι μικρότεροι. Το κόστος του φυσιολογικού τοκετού είναι λιγότερο. Ακόμη, ο χρόνος αποκατάστασης-ανάρρωσης και προσαρμογής στην καθημερινότητα είναι άμεσος και γρηγορότερος σε σχέση με την καισαρική τομή. Επίσης, αισθάνεται σωματικά και συναισθηματικά υγιής μπορεί να εξυπηρετηθεί μόνη της, να φροντίσει τον εαυτό της και να έχει γρηγορότερη και ομαλότερη επαφή με το νεογνό. Της δίνεται η δυνατότητα να έχει ενεργό ρόλο στον τοκετό και ο πόνος μετά τη γέννα είναι πολύ λιγότερος σε αντίθεση με τη καισαρική. Επιπλέον, το νεογνό μέσω του φυσιολογικού τοκετού μπορεί να αποβάλλει το αμνιακό υγρό από τους πνεύμονές του και ο φυσιολογικός το βοηθάει στην πρόσληψη καλών βακτηρίων έτσι ώστε να δημιουργήσει ένα πιο ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα και προστασία στις εντερικές οδούς. (American College of Nurse-Midwives, 2012).

1.6 Μειονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού.

Ένα από τα μειονεκτήματα είναι ότι ο κίνδυνος ακράτειας για την λεχώνα είναι αρκετά αυξημένος. Αισθάνεται περισσότερο άγχος και ανασφάλεια μέσω της διαδικασίας του φυσιολογικού τοκετού. Ακόμη, ο κίνδυνος να τραυματιστεί το νεογνό κατά τον τοκετό είναι μεγαλύτερος σε σχέση με την καισαρική τομή. Μπορεί να υπάρξουν κάποιες επιπλοκές όπως αιμορραγία κολπική, τραυματισμός στους ιστούς των γεννητικών οργάνων, λοίμωξη του ουροποιητικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Καισαρική τομή

2.1 Τι ορίζεται καισαρική τομή.

Η καισαρική τομή είναι η διαδικασία της γέννησης που πραγματοποιείται με χειρουργική επέμβαση όπου δια μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων εξέρχεται το έμβρυο. Αυτή η μέθοδος τοκετού εφαρμόζεται σε επείγουσες καταστάσεις, ενώ κατά τη διεξαγωγή της, σε ένα μεγάλο ποσοστό η υγεία της επιτόκου και του εμβρύου δεν τίθενται σε κίνδυνο. Σήμερα αποτελεί μια ασφαλή χειρουργική μέθοδο με θνησιμότητα <0,1% και είναι πλέον μία από τις πιο συχνές χειρουργικές επεμβάσεις σε όλο τον κόσμο. (Ζαφράκας, 2008).

2.2 Πλεονεκτήματα καισαρικής τομής.

Ένα από τα πλεονεκτήματα της καισαρικής τομής είναι ότι αποτελεί πολύ πιο γρήγορη μέθοδο γέννησης από τον φυσιολογικό. Συναισθήματα όπως άγχος και ανασφάλεια είναι σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα, διότι δεν υπάρχει αυτή η διαρκής αγωνία και αναμονή από την έναρξη της διαδικασίας του τοκετού μέχρι την έκβαση και ολοκλήρωσή του. Αν επιλεγεί επισκληρίδιος αναισθησία και όχι ολική, τότε η γυναίκα έχει τη δυνατότητα να κρατήσει το νεογνό αμέσως με το που γεννηθεί, όπως συμβαίνει και με τον φυσιολογικό τοκετό. Ένα επίσης πλεονέκτημα για τη γυναίκα είναι ότι σαν διαδικασία η καισαρική δεν προκαλεί βλάβες στον κόλπο και το περίνεο, όπως πιθανή δυσλειτουργία στη σεξουαλική της ζωή ή ακράτεια ούρων. Σε ό,τι αφορά το έμβρυο είναι πιο ασφαλής διαδικασία όταν η έγκυος έχει συμπληρώσει την 40^η εβδομάδα. Ο κίνδυνος για νεογνική ασφυξία-εγκεφαλοπάθεια είναι πολύ μικρότερος. (Κρεατσάς, 1998).

2.3 Μειονεκτήματα καισαρικής τομής.

Ένα από τα μειονεκτήματα αυτής της διαδικασίας είναι ότι αποτελεί μια χειρουργική επέμβαση και όπως στις περισσότερες επεμβάσεις το ίδιο και στην καισαρική τομή, ο χρόνος ανάρρωσης είναι μεγαλύτερος. Τις πρώτες ώρες η λεχώνα θα πρέπει να παραμείνει με ορούς και καθετήρα. (Βούρτση, 2019).

Επίσης, υπάρχει πιθανότητα επιπλοκών, οι οποίες μπορούν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες. Μπορεί να υπάρξουν επιπλοκές κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης

όπως είναι κάποια λοίμωξη, η ανάγκη για μετάγγιση αίματος, η υστερεκτομή σε περίπτωση σοβαρής αιμορραγίας (λόγω ατονίας της μήτρας, λόγω πλακούντα), προβλήματα εντερικά ή με την ουροδόχο κύστη και κίνδυνοι που σχετίζονται με την αναισθησία. Οι επιπλοκές μπορεί να είναι μετεγχειρητικές όπως κάποια θρόμβωση, ή εμβολή, συμφύσεις, επίμονος πόνος. Τέλος, οι επιπλοκές μπορεί να αφορούν κινδύνους για τις επόμενες εγκυμοσύνες, όπως πρόωρος τοκετός, υπογονιμότητα, ρήξη μήτρας, αυτόματη αποβολή, έκτοπη κύηση, προβλήματα με τον πλακούντα π.χ. προδρομικός πλακούντας, υστερεκτομή, νεογνική ή μητρική θνησιμότητα. (Mylonas & Friese, 2015).

2.4 Πότε συνιστάται η καισαρική τομή.

Οι περιπτώσεις σύμφωνα με τις οποίες μια γυναίκα θα πρέπει να υποβληθεί σε καισαρική τομή είναι όταν το καρδιοτοκογράφημα είναι παθολογικό (σε αλλοίωση παλμών), λόγω υπερτασικής νόσου της εγκυμοσύνης, όταν πρόκειται για αποτυχημένη πρόκληση τοκετού, λόγω ηλικίας της πρωτοτόκου, σε πρόπτωση ομφαλίδας, σε ρήξη μήτρας, σε προδρομικό πλακούντα, λόγω προηγούμενης καισαρικής τομής, σε εμβρυική δυσπραγία, σε πολύδυμη εγκυμοσύνη (αν το πρώτο έμβρυο δεν είναι κεφαλικό), σε ανώμαλα σχήματα, σε ανώμαλες θέσεις-προβολές του εμβρύου, σε περίπτωση αδυναμίας εξέλιξης του τοκετού, σε καρδιοπάθειες, σε πρόωρη αποκόλληση πλακούντα, λόγω προωρότητας και μικρού βάρους εμβρύου (κυρίως σε ισχιακή προβολή), λόγω προηγούμενης ινομυωματεκτομίας, σε περιπτώσεις σακχαρώδη διαβήτη κύησης που δεν ρυθμίζεται σωστά και παρουσιάζει επιπλοκές, σε λοιμώξεις όπως κονδυλώματα ή ενεργό έρπητα των γεννητικών οργάνων, σε αδυναμία εξέλιξης τοκετού λόγω κεφαλοπυελικής δυσαναλογίας και όταν πρόκειται για επιθυμία της ίδιας της επιτόκου. (Melese et al., 2020, Mylonas, Friese, 2015, Ζαφράκας, 2008, Τζεβελέκης και συν. 2008).

2.5 Ποσοστά καισαρικής τομής στην Ελλάδα.

Από έρευνες των τελευταίων ετών φαίνεται πως τα ποσοστά της καισαρικής τομής στην Ελλάδα είναι αρκετά αυξημένα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΠΟΥ οι καισαρικές στην

Ελλάδα δείχνουν να έχουν ξεπεράσει το ποσοστό του 50%. Η Ελλάδα πλέον τοποθετείται σε μία από τις χώρες με τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικής στον κόσμο.

Η καισαρική τομή μπορεί να προκαλέσει σημαντικές και μερικές φορές ακόμα και μόνιμες επιπλοκές, αναπηρία ή ακόμα και θάνατο, ειδικά όταν πραγματοποιείται σε χώρους που δεν διαθέτουν εγκαταστάσεις ή την ικανότητα για τη διενέργεια μιας ασφαλούς χειρουργικής επέμβασης ή την αντιμετώπιση των χειρουργικών επιπλοκών. Οι επιπλοκές δεν αφορούν μόνο τις μητέρες και τα νεογνά αλλά και τις επόμενες εγκυμοσύνες. Σε ιδανικές συνθήκες θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο όταν απαιτείται ιατρικά. (WHO, 2016).

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό των τοκετών που διενεργήθηκαν με καισαρική τομή από το 1998 έως το 2014 αγγίζει το ποσοστό της τάξεως του 58%. Σε κάποιες περιπτώσεις η χειρουργική αυτή επέμβαση είναι απαραίτητη και πολλές φορές σωτήρια. Αυτό όμως δεν αναιρεί τις επιπλοκές που μπορεί να επιφέρει μέσω της κατάχρησης που δυστυχώς γίνεται, χωρίς να συντρέχει πολλές φορές σοβαρός ιατρικός λόγος. Λόγω των επιπλοκών που μπορεί να επιφέρει θα πρέπει να διενεργείται μόνο όταν είναι απαραίτητο. (Antonioni et al., 2020).

Μέσω καισαρικής τομής αυξάνεται το κόστος υγειονομικής φροντίδας (αύξηση δαπανών υγειονομικής περίθαλψης- μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο) και ενδέχεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των μητέρων και των εμβρύων (μετεγχειρητική νοσηρότητα). Επίσης, έρευνα έχει δείξει ότι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλει στα υψηλά ποσοστά διενέργειας καισαρικής είναι το οικονομικό κίνητρο. Η υψηλή αποζημίωση για την περάτωση της καισαρικής, είτε πρόκειται για ιδιωτικό είτε για δημόσιο φορέα του υγειονομικού συστήματος, είναι αρκετά ενθαρρυντική για να προβεί ένας επαγγελματίας υγείας σε αυτή την μέθοδο. (Hohxa et al., 2017, Cegolon et al., 2020).

2.6 Ποσοστά καισαρικής τομής σε διεθνές επίπεδο.

Μεγάλη αύξηση των γεννήσεων με καισαρική, σημειώνεται σε αρκετές χώρες σε παγκόσμιο επίπεδο. Μια έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξε ότι το μέσο ποσοστό των τοκετών από καισαρική τομή σε ανεπτυγμένες χώρες έχει φτάσει το 25%, παρά το ποσοστό που συνιστά ο ΠΟΥ με βάση τον πληθυσμό που θα πρέπει να κυμαίνεται μεταξύ 10% έως 15% του συνόλου των γεννήσεων, ώστε να υπάρχει και η βέλτιστη επίπτωση.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, χώρες όπως η Ιταλία έχει μία από τις πρώτες θέσεις στις γεννήσεις με καισαρική τομή στην Ευρώπη, με ποσοστό 38,1%, το Ηνωμένο Βασίλειο από 18% που είχε το 1997 έφτασε το 25% το 2010, στις Ηνωμένες Πολιτείες το ποσοστό αυξήθηκε από 27% το 1997 στο 31,8% το 2011. Στην Ασία, η αναλογία είναι ακόμη υψηλότερη. Στο Ιράν, το ποσοστό των χειρουργικών επεμβάσεων με καισαρική τομή είναι κοντά στο 40%, και σε ορισμένες περιοχές όπως η Βραζιλία το ποσοστό αγγίζει το 45,9%. Στην Κίνα το ποσοστό έφτασε το 34,9%, ωστόσο, σε ορισμένες αγροτικές περιοχές, το ποσοστό αυτό είναι ακόμη υψηλότερο. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης το 2017, τα ποσοστά καισαρικής που καταγράφηκαν και ήταν πάνω από 20%. Στην Κύπρο το ποσοστό ανήλθε στο 54,8%, στην Βουλγαρία 43,1%, στην Ρουμανία 44,1%, στην Πολωνία 39,3%, στην Ουγγαρία 37,3%, στην Ιρλανδία 33%, στην Μάλτα 32%, στην Γερμανία 30%, στην Σλοβακία 30%. (Hongyan et al., 2019, Gibbons et al., 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : Μητρικός θηλασμός

3.1 Ορισμός Θηλασμού.

Ο θηλασμός αποτελεί ένα κομμάτι της φύσης, όπου σκοπός του είναι η επιβίωση του νεογνού. Ως θηλασμός ορίζεται η απομύζηση του γάλακτος από τους μαστούς της μητέρας και η διάρκεια του χαρακτηρίζεται ως γαλουχία. Ήδη από την εγκυμοσύνη γίνεται η προετοιμασία για το θηλασμό που θα επακολουθήσει (προετοιμασία των μαστών και των θηλών) καθώς το γάλα αρχίζει να παράγεται από τον 3^ο - 4^ο μήνα της εγκυμοσύνης. Μάλιστα στους ιστούς του σώματος γίνεται κατακράτηση λίπους ώστε να τραφεί το νεογνό, γι' αυτό και οι μητέρες που θηλάζουν χάνουν γρηγορότερα τα κιλά που πήραν από εκείνες που δεν θηλάζουν.

Στις περισσότερες γυναίκες η γαλουχία ξεκινάει δύο μέρες μετά τον τοκετό. Σε κάποιες γυναίκες αρχίζει αμέσως μετά τον τοκετό, αυτό συμβαίνει συνήθως στις γυναίκες που γέννησαν πρόσφατα και υπάρχει ακόμα γάλα στο στήθος τους. Επειδή από τη φύση τους τα νεογνήνα αναζητούν το στήθος της μητέρας τους λόγω αντανακλαστικής αντίδρασης, οι μητέρες συνηθίζουν να τοποθετήσουν το νεογνό κατευθείαν στο στήθος.

Ο μητρικός θηλασμός διακρίνεται στον αποκλειστικό θηλασμό, όπου το νεογνό τρέφεται μόνο από το στήθος της μητέρας του, και στον μεικτό θηλασμό, όπου το νεογνό τρέφεται συγχρόνως και με μητρικό γάλα και με τροποποιημένο. (Μωραΐτου, 2004).

Η δέρμα με δέρμα επαφή είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση και τη διάρκεια του θηλασμού, όπως επίσης καθοριστικό και σημαντικό είναι το πρώτο 24ωρο μετά την γέννα. Οι καθυστερήσεις που συνήθως συμβαίνουν μετά από την καισαρική στην έναρξη του θηλασμού καθώς και ο αποχωρισμός του νεογνού από τη μητέρα για κάποιες ώρες μετά την επέμβαση, είτε λόγω επιπλοκών που αφορούν τη γυναίκα είτε λόγω υγείας του παιδιού, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τον θηλασμό.

Ο ΠΟΥ συνιστά την έγκαιρη έναρξη του θηλασμού σε όλα τα βρέφη και να θηλάζουν αποκλειστικά για τους πρώτους έξι μήνες της ζωής τους, καθώς να συνεχίζουν να θηλάζουν έως και δύο έτη. Επίσης, σαν διεθνής οργανισμός αναγνωρίζει ότι όλες οι μητέρες είναι βιολογικά ικανές να θηλάσουν, εκτός από ένα μικρό αριθμό, ο οποίος οφείλεται σε λόγους υγείας οπότε σε αυτές τις περιπτώσεις η χρήση υποκατάστατων μητρικού γάλακτος είναι δικαιολογημένη. Οι κατευθυντήριες οδηγίες του ΠΟΥ, αναφέρουν ότι το να παραμένουν μαζί μητέρα και νεογνό τουλάχιστον την πρώτη ώρα μετά τη γέννηση, οδηγεί σε γρήγορη έναρξη και διάρκεια του θηλασμού. (Hobbs et al., 2016, Tang et al., 2019).

3.2 Η παραγωγή του μητρικού γάλακτος.

Κατά τη διάρκεια της κύησης η προλακτίνη προετοιμάζει τους μαστούς για την έκκριση γάλακτος, ενώ κατά τη διάρκεια της γαλουχίας για την παραγωγή και την έκκριση του γάλακτος. Τα επίπεδα της προλακτίνης είναι υψηλότερα κατά τη διάρκεια των 10 πρώτων ημερών μετά τον τοκετό. (Ταουσάνη, 2008).

Κάθε μαστός περιέχει τον μαζικό αδένα, ο οποίος αποτελείται από 15-20 λοβούς. Κάθε λοβός περιλαμβάνει μικρότερα τμήματα που ονομάζονται λόβια. Αυτά είναι συμπλέγματα κυττάρων που μοιάζουν με τσαμπιά σταφυλιών, τα οποία παράγουν και αποθηκεύουν το μητρικό γάλα. Το γάλα μεταφέρεται από εκεί σε ένα γαλακτοφόρο πόρο, όπου αυτοί οι πόροι

διευρύνονται στη θηλαία άλω και δημιουργούν κοιλότητες απ' όπου απεκκρίνεται το γάλα μέσω 15-20 οπών στη θηλή.

Όταν το μωρό θηλάζει, οι νευρικές απολήξεις στη θηλή και τη θηλαία άλω ερεθίζονται και μεταφέρουν μήνυμα στον υποθάλαμο (αποτελεί τμήμα του εγκεφάλου) ώστε να απελευθερώσει δύο ορμόνες, την ωκυτοκίνη από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης και την προλακτίνη από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης. Η προλακτίνη είναι υπεύθυνη για την παραγωγή του μητρικού γάλακτος. Προκαλεί τη γαλακτοφορία από τους αδενικούς λοβούς, αυτό σημαίνει πως η παραγωγή γάλακτος από τους μαστούς λειτουργεί βάσει προσφοράς και ζήτησης, δηλαδή όσο περισσότερο τρέφεται το μωρό, τόσο μεγαλύτερη ποσότητα γάλακτος παράγεται. Η ωκυτοκίνη είναι υπεύθυνη για την έκκρισή του γάλακτος. Ρέει στα αιμοφόρα αγγεία των μαστών, προκαλεί σύσπαση των λοβών, διοχετεύει το γάλα προς τους γαλακτοφόρους πόρους και έπειτα ακολουθεί η απέκκριση από τη θηλή. (Ντινς και συν., 2015).

3.3 Τα είδη του μητρικού γάλακτος και τα συστατικά του.

Η πρώτη τροφή που θα λάβει το νεογνό με το που γεννηθεί είναι το μητρικό γάλα, το οποίο χωρίζεται σε τρία είδη.

Σε πρώτη φάση εκκρίνεται το **πύαρ ή πρωτόγαλα** από την πρώτη έως την τέταρτη ημέρα. Είναι ένα υποκίτρινο υγρό, το χρώμα του οποίου οφείλεται στην καροτίνη και είναι αρκετά εύπεπτο λόγω της χαμηλής συγκέντρωσης λίπους. Είναι πιο υδαρές διότι έχει αρκετή περιεκτικότητα σε νερό. Περιλαμβάνει αρκετές πρωτεΐνες, βιταμίνες, μέταλλα, που είναι απαραίτητα για τις πρώτες ημέρες της ζωής του νεογνού, όπως επίσης έχει υπακτική δράση καθώς διεγείρει την αποβολή μηκωνίου και βοηθάει στην αποκόλληση της βλέννης. Περιέχει αρκετά αντισώματα τα οποία συμβάλλουν σε ένα ισχυρό ανοσοποιητικό σύστημα.

Σε δεύτερη φάση, μετά από δύο με τρεις ημέρες το πρωτόγαλα αλλάζει σε σύσταση αλλά και σε ποσότητα. Αυτό το γάλα, το **μεταβατικό** είναι πιο λευκό από το αρχικό και αποτελεί μείγμα από πρωτόγαλα και ώριμο γάλα.

Σε τρίτη φάση, μετά από δύο με τρεις εβδομάδες, αρχίζει η έκκριση του **ώριμου γάλακτος** και η ποσότητα που παράγεται είναι περίπου 600-900ml. Είναι πιο παχύ, ελαφρώς κυανό και γίνεται πιο λευκό επειδή αυξάνεται η περιεκτικότητά του σε λιπαρά στοιχεία. (Ντινς και συν., 2015, Lowdermilk & Perry, 2003, Theau, 2009). Τα συστατικά του μητρικού γάλακτος είναι:

Νερό: Το μητρικό γάλα περιέχει περίπου 87% νερό, ποσοστό που καλύπτει τις ανάγκες σε υγρά. Η χορήγηση νερού σε βρέφη μπορεί να μειώσει την πρόσληψη θερμίδων σε μία περίοδο κατά την οποία αυτά αναπτύσσονται ραγδαία. (Behrman et al., 1996).

Υδατάνθρακες: Η λακτόζη είναι το κύριο συστατικό και ο κύριος υδατάνθρακας του μητρικού γάλακτος. Αντιπροσωπεύει το 30-40% της ενεργειακής περιεκτικότητας του μητρικού γάλακτος. Η συγκέντρωση λακτόζης αυξάνεται με το στάδιο της γαλουχίας, με τη χαμηλότερη συγκέντρωση περίπου 56g/L στο πρωτόγαλα για να φτάσει μια μέση περιεκτικότητα 69g/L στις 120 ημέρες μετά τον τοκετό. Οι ολιγοσακχαρίτες είναι το τρίτο σημαντικό συστατικό που περιέχεται στο μητρικό γάλα. Η ποσότητα των τους είναι γενικά υψηλότερη στα αρχικά στάδια της γαλουχίας, από 20 έως 25g / L στο πρωτόγαλα και έως 5–15g / L στο ώριμο γάλα. (Smilowitz et al., 2014, Kunz et al., 2000).

Λιπίδια: Τα λιπίδια είναι το κύριο μακροθρεπτικό συστατικό από άποψη ενέργειας. Αντιπροσωπεύουν το 40-60% της ενέργειας στο ώριμο γάλα και είναι το δεύτερο πιο άφθονο μακροθρεπτικό συστατικό. Παρέχουν βασικά θρεπτικά συστατικά όπως πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και σύνθετα λιπίδια. Το λίπος που περιέχεται στο μητρικό γάλα είναι πιο εύπεπτο και απορροφάται καλύτερα από το αγελαδινό γάλα. (Koletzko et al., 2001).

Ενέργεια: Το μητρικό γάλα περιέχει περίπου 67kcal/100ml. Το μεγαλύτερο ποσοστό ενέργειας που προσλαμβάνει το βρέφος μέσω του θηλασμού είναι από το λίπος. Οι ανάγκες του βρέφους σε ενέργεια τους πρώτους 3 μήνες είναι 110 kcal/kg/ημέρα, στους 6-9 μήνες μειώνονται στις 95 kcal/kg/ημέρα και από τους 9 μήνες έως τους 12 μήνες αυξάνουν στις 100 kcal/kg/ημέρα. (Darby & Loughhead, 1996).

Πρωτεΐνες: Οι ανάγκες για πρωτεΐνες των βρεφών είναι μεγαλύτερη στη νεογνική περίοδο απ' ότι στη μετέπειτα πορεία της ζωής του. Η περιεκτικότητα των πρωτεϊνών στο ανθρώπινο γάλα είναι ιδανικό για το μωρό, συμβάλλει στην ανάπτυξη, παρέχοντας απαραίτητα αμινοξέα

και συμμετέχει στην προστασία του ανοσοποιητικού συστήματος και στην ανάπτυξη του εντέρου. (Haschke et al., 2016, Lönnerdal et al., 2004).

Βιταμίνες: Οι βιταμίνες που περιέχονται στο μητρικό γάλα είναι όλες οι απαραίτητες βιταμίνες που χρειάζονται για την ανάπτυξη των βρεφών. Η σύνθεση της βιταμίνης συνδέεται με τη διατροφική κατάσταση της μητέρας. (Calcaterra, 2021, Boudry et al., 2021).

3.4 Στάσεις Θηλασμού.

Ένας παράγοντας που συμβάλλει στην επιτυχία του θηλασμού είναι πριν από κάθε γεύμα η μητέρα να κάθεται αναπαυτικά. Η σωστή θέση του θηλασμού παίζει σημαντικό ρόλο στην έναρξη, στη διατήρηση και στην αποτελεσματικότητα του θηλασμού. Πριν από την έναρξη κάθε γεύματος του μωρού, η μητέρα μπορεί να προετοιμάζει τις θηλές με ασκήσεις, ώστε να κάνει πιο ανώδυνη την διαδικασία του θηλασμού. Αυτό επιτυγχάνεται (εφόσον το επιτρέπει η ανατομία των θηλών της) με τριβή των θηλών με την παλάμη, με έλξη των θηλών με δείκτη και αντίχειρα και με περιστροφικές κινήσεις των θηλών με δείκτη και αντίχειρα. (Μωραΐτου, 2007, Ντινς και συν., 2015).

Αρχικά θα πρέπει να βρεθεί η θέση με την οποία η γυναίκα νιώθει άνετα, στη συνέχεια το μωρό θα πρέπει να τοποθετείται σωστά στο μαστό και να ελέγχεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα για το πώς θηλάζει. Με τον έλεγχο του μαστού κατά τη διάρκεια του θηλασμού, επιβεβαιώνεται η σωστή τοποθέτηση του παιδιού στον μαστό, αδειάζει ο μαστός οπότε αποφεύγεται με αυτόν τον τρόπο η μαστίτιδα, δεν τραυματίζονται οι θηλές και αποφεύγεται ο επώδυνος θηλασμός. Οι μαστοί θα πρέπει να εναλλάσσονται όταν είναι απαραίτητο. (Ντινς και συν., 2015).

Οι στάσεις οι βασικές του θηλασμού είναι οι ακόλουθες: Κλασσική θέση ή αλλιώς το τρυφερό αγκάλιασμα, όπου η μητέρα μπορεί να καθίσει και να κρατήσει στην αγκαλιά της το μωρό, με το κεφαλάκι του ακουμπισμένο στον αγκώνα και ο υπόλοιπος κορμός να ακουμπάει στον βραχίονα. (Lowdermilk & Perry, 2003).

Το ποδοσφαιρικό κράτημα ή θέση αμερικάνικου ποδόσφαιρου, όπου η μητέρα τοποθετεί το βρέφος κάτω από την αριστερή ή δεξιά της μασχάλη και τον κορμό του βρέφους τον στηρίζει

πάνω από τον πήχη της και για καλύτερη διευκόλυνση της ακουμπά τον κορμό του μωρού πάνω σε ένα μαξιλάρι, ενώ το κεφαλάκι του το στηρίζει με την παλάμη της. Συνήθως σε αυτή τη θέση θηλάζουν γυναίκες που έχουν γεννήσει με καισαρική τομή, αλλά επίσης προτιμάται και για τη σίτιση διδύμων. (Lowdermilk & Perry, 2003).

Πλάγια κατάκλιση, όπου η γυναίκα ξαπλώνει στο πλάι. Σε αυτή τη θέση το μωρό τοποθετείται απέναντι από τη μαμά αντικριστά, πρόσωπο με πρόσωπο και κοιλιά με κοιλιά. Είναι θέση που προτιμάται τα βράδια όταν η μητέρα είναι κουρασμένη. Σε πολλές περιπτώσεις συνιστάται σε λεχώνες που δυσκολεύονται να θηλάσουν σε καθιστή θέση είτε λόγω πόνου στο περίνεο μετά από φυσιολογικό τοκετό, είτε λόγω πόνου χαμηλά στην τομή μετά από καισαρική. (Lowdermilk & Perry, 2003).

Κράτημα στα γόνατα ή αγκάλιασμα τροποποιημένο. Εδώ η μητέρα κρατάει το μωρό όρθιο μπροστά της. Αυτή η θέση είναι κατάλληλη για τις αρχικές σιτίσεις του μωρού, όπου το κεφαλάκι του είναι ακόμα μικρό και εύκολα διαχειρίσιμο. Είναι αρκετά λειτουργικό σε νεογνά με ωτίτιδα, καταρροή και σε αυτά που δυσκολεύονται με την κατάποση λόγω παλινδρόμησης του γάλακτος. (Lowdermilk & Perry, 2003, American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding, 1997).

Με την πάροδο των ημερών, η μητέρα αποκτά μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση με το θηλασμό, σιγουριά στις κινήσεις της, μαθαίνει καλύτερα τις ανάγκες του μωρού της και αντιλαμβάνεται πλέον ποια θέση είναι περισσότερο ξεκούραστη και άνετη για εκείνη και το νεογνό. (Lowdermilk & Perry, 2003, American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding, 1997).

3.5 Τα οφέλη του Θηλασμού.

Τα οφέλη του θηλασμού είναι ποικίλα, τόσο για τα νεογνά όσο και για τις μητέρες.

Για τα νεογνά:

Σύμφωνα με στοιχεία της Αμερικανικής Ακαδημίας Παιδιατρικής του 2012, τα νεογνά που θηλάζουν για περισσότερο από 4 μήνες, έχουν λιγότερο κίνδυνο κατά 72% να νοσηλευτούν

για λοιμώξεις που αφορούν το κατώτερο αναπνευστικό σύστημα. Η σοβαρότητα της βρογχολίτιδας μειώνεται κατά 74% σε βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για 4 μήνες σε σχέση με βρέφη που δε θήλασαν καθόλου ή θήλασαν μερικώς. Μάλιστα ο αποκλειστικός θηλασμός για πάνω από 3 μήνες μειώνει τον κίνδυνο μέσης ωτίτιδας κατά 50%. Τα βρέφη που θήλασαν αποκλειστικά για 6 μήνες είχαν κατά 63% μείωση στην εμφάνιση κρυολογημάτων και λοιμώξεων αυτιού και λαιμού. (American Academy of Pediatrics, 2012, Ip et al., 2007).

Ο θηλασμός συμβάλλει στη μείωση εμφάνισης λοιμώξεων του γαστρεντερικού σωλήνα κατά 64%. (Duijts et al., 2010). Σε μία μελέτη από το 1983 έως το 2005, το συμπέρασμα που προέκυψε από τη σίτιση πρόωρων νεογνών με μητρικό γάλα, ήταν η σημαντική μείωση της επίπτωσης της νεκρωτικής εντεροκολίτιδας κατά 58%. (Ip et al., 2009).

Η μείωση του συνδρόμου αιφνίδιου βρεφικού θανάτου κατά 36% έχει συσχετιστεί με το θηλασμό. Ένα ποσοστό της τάξεως του 21% της βρεφικής θνησιμότητας στις ΗΠΑ, έχει αποδοθεί στο σύνδρομο του αιφνίδιου βρεφικού θανάτου από βρέφη τα οποία δε θηλάστηκαν ποτέ. (Nishimura et al., 2009).

Επίσης, παρατηρήθηκε μείωση της συχνότητας εμφάνισης της ατοπικής δερματίτιδας, του κλινικού άσθματος και του εκζέματος κατά 27% σε βρέφη χαμηλού κινδύνου που θήλασαν και μείωση κατά 42% σε βρέφη με βεβαρυμμένο οικογενειακό ιστορικό. (Greer et al., 2008). Υπάρχει μείωση κατά 52% του κινδύνου εμφάνισης κοιλιοκάκης σε βρέφη που θηλάζαν, όταν βρέθηκαν εκτεθειμένα στη γλουτένη. (Akobeng et al., 2006).

Το μητρικό γάλα έχει αποδειχθεί ότι έχει προστατευτική δράση κατά των φλεγμονών του παιδικού εντέρου λόγω της ανοσορρυθμιστικής δράσης του ανθρώπινου γάλακτος. (Akobeng et al., 2006, Barclay et al., 2009).

Τα ποσοστά παχυσαρκίας είναι αρκετά χαμηλά σε βρέφη που θηλάζουν, γι αυτό και πολλές εκστρατείες σχετικές με τη μείωση της παχυσαρκίας και της πρόληψης, υποστηρίζουν το θηλασμό. Σε μελέτες περί παχυσαρκίας εφήβων σε συσχέτισμό με το θηλασμό, φαίνεται πως υπάρχει μείωση κατά 15% έως 30% σε ποσοστά παχυσαρκίας εφήβων και ενηλίκων που θήλασαν στη βρεφική τους ηλικία σε αντίθεση με αυτούς που δεν θήλασαν. (Owen et al., 2005).

Επίσης, έχει αναφερθεί μείωση έως και 30% στη συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 σε βρέφη που θηλάζουν αποκλειστικά για τουλάχιστον 3 μήνες,

αποφεύγοντας έτσι την έκθεση σε πρωτεΐνη αγελαδινού γάλακτος. Επιπλέον, αναφέρεται μείωση κατά 40% της συχνότητας εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, γεγονός που αντικατοπτρίζει πιθανώς τη μακροπρόθεσμη θετική επίδραση του θηλασμού στον έλεγχο βάρους και την αυτορρύθμιση της διατροφής. (Rosenbauer et al., 2008).

Υπάρχει μείωση της λευχαιμίας που σχετίζεται με τη διάρκεια του θηλασμού. Μείωση 20% στον κίνδυνο οξείας λεμφοκυτταρικής λευχαιμίας και 15% στον κίνδυνο οξείας μυελογενής λευχαιμίας σε βρέφη που θηλάζουν για 6 μήνες ή περισσότερο. (Kwan et al., 2004, Rudant et al., 2010).

Μια έρευνα για τα νευροαναπτυξιακά αποτελέσματα και θηλασμός, παρείχαν σημαντικά αποτελέσματα που αποδεικνύουν υψηλά ποσοστά νοημοσύνης και ικανότητα να εκπαιδευτούν (μαθησιακές ικανότητες) τα βρέφη που θηλάζουν. Το ίδιο παρατηρήθηκε και σε πρόωρα βρέφη, γεγονός που υπογραμμίζει πόσο σημαντικός και ωφέλιμος είναι ο θηλασμός και μάλιστα όταν ο πληθυσμός κινδυνεύει σε μεγάλο ποσοστό παιδιών με διαταραχές νευροαναπτυξιακών ικανοτήτων. (Vohr et al., 2006, Der et al., 2006, American Academy of Pediatrics, 2012).

Για τις μητέρες:

Με το θηλασμό οι μητέρες έχουν τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα οφέλη. Έχουν μικρότερα ποσοστά πιθανότητας εμφάνισης καρκίνου του μαστού, των ωοθηκών και της μήτρας. Ο θηλασμός συμβάλλει στην ταχύτερη παλινδρόμηση της μήτρας καθώς επίσης η ποσότητα αίματος κατά την περίοδο της λοχείας είναι αρκετά μειωμένη. Έχει παρατηρηθεί μείωση στο ποσοστό εμφάνισης επιλόχειας κατάθλιψης σε αντίθεση με τις γυναίκες που δεν θήλασαν. Οι γυναίκες που θηλάζουν επανέρχονται ταχύτερα στο αρχικό τους βάρος προ εγκυμοσύνης. Επίσης, οι γυναίκες με ιστορικό αθροιστικής γαλουχίας 12 έως 23 μηνών είχαν σημαντική μείωση της υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, των καρδιαγγειακών παθήσεων, της οστεοπόρωσης και του διαβήτη. Μέσω του θηλασμού αναπτύσσεται μια αναντικατάστατη σχέση, η συναισθηματική σχέση ανάμεσα σε μητέρα και νεογνό. (American Academy of Pediatrics, 2012, Ταουσάνη, 2008, Henderson et al., 2003).

Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η Unicef υπογραμμίζει πως θα πρέπει να βελτιωθούν οι πρακτικές θηλασμού παγκοσμίως. Τα τελευταία στοιχεία με βάση τους δείκτες θηλασμού το 2020, δείχνουν πως παγκοσμίως:

- Λιγότερα από ένα στα δύο νεογέννητα λαμβάνουν τα οφέλη της πρώιμης έναρξης του θηλασμού (συνιστάται η τοποθέτηση νεογνών σε δέρμα με δέρμα επαφή με τη μητέρα τους αμέσως μετά τον τοκετό, καθώς και η υποστήριξη των μητέρων να ξεκινήσουν το θηλασμό εντός μίας ώρας από τη στιγμή που θα γεννήσουν).
- Μόνο δύο στα πέντε βρέφη κάτω από 6 μηνών θηλάζουν αποκλειστικά (συνιστάται η σίτιση των βρεφών **μόνο** με μητρικό γάλα από τη γέννηση έως 6 μηνών).
- Λιγότερα από δύο στα τρία μικρά παιδιά ηλικίας 12-23 μηνών εξακολουθούν να θηλάζουν κατά τη διάρκεια του 2^{ου} έτους της ζωής τους (συνιστάται η συνέχιση του θηλασμού έως και 2 ετών ή και περισσότερο). (UNICEF, 2020).

Ο μητρικός θηλασμός πέρα από τα οφέλη που προσφέρει στα νεογέννητα αλλά και στις μητέρες, είναι εξίσου σημαντικός και ωφέλιμος για τις οικογένειες, για το σύστημα υγείας αλλά και για την κοινωνία. Οι οικογένειες εξοικονομούν ένα μεγάλο ποσοστό από τους πόρους που θα διέθεταν για την αγορά γάλακτος του εμπορίου. Το μητρικό γάλα είναι βολικό, βρίσκεται πάντα στην κατάλληλη θερμοκρασία, δεν χρειάζεται προετοιμασία ή να το παρασκευάσει κανείς, ούτε η αγορά ειδικού εξοπλισμού για μπιμπερό, δεν περιέχει μικρόβια και παρέχεται δωρεάν, χωρίς καμιά οικονομική επιβάρυνση. Η κοινωνία επωφελείται μακροπρόθεσμα με την ανάπτυξη υγείων παιδιών και μετέπειτα υγείων πολιτών. Τα συστήματα υγείας επωφελούνται διότι μειώνεται αρκετά το κόστος της φροντίδας υγείας τόσο για τις οικογένειες όσο και για τις κυβερνήσεις. Επιπροσθέτως, με τη μείωση των λοιμώξεων και των ασθενειών, μειώνονται και οι απουσίες των γονέων από τις εργασίες τους, προς όφελος των εργοδοτών. (Balogun et al., 2016, Ταουσάνη, 2008).

Να σημειωθεί πως από σχετική έρευνα που έγινε όσον αφορά το δημόσιο κέρδος από το θηλασμό, έγιναν κάποιες προσπάθειες να υπολογιστεί η οικονομική επιβάρυνση από το μη θηλασμό με αριθμούς. Το παγκόσμιο κόστος του μη θηλασμού εκτιμήθηκε από τον Rollins το 2016, σε 302 εκατομμύρια δολάρια ετησίως. Στη Βρετανία ο Renfrew το 2012, υπολόγισε ότι μια μέτρια αύξηση των ποσοστών θηλασμού θα εξοικονομούσε πάνω από 17

εκατομμύρια βρετανικές λίρες ετησίως, αποφεύγοντας το κόστος των θεραπειών τεσσάρων οξέων ασθενειών στα βρέφη όπως γαστρεντερική λοίμωξη, λοίμωξη του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, ωτίτιδα και νεκρωτική εντεροκολίτιδα. (Rollins et al., 2016, Renfrew et al., 2012).

3.6 Συσχέτιση θηλασμού με το είδος του τοκετού παγκοσμίως.

Η διατροφή των βρεφών αποτελεί μελέτη για πολλούς ερευνητές παγκοσμίως. Σύμφωνα με μία έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά το 2016, αναφέρει πως γυναίκες που είχαν προγραμματίσει να γεννήσουν με καισαρική τομή δεν είχαν πρόθεση να θηλάσουν ή δεν ξεκίνησαν καθόλου τον θηλασμό σε σύγκριση με γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά και με τις γυναίκες που γέννησαν εκτάκτως με καισαρική. Μάλιστα, οι γυναίκες που γέννησαν εκτάκτως με καισαρική τομή φάνηκε να έχουν υψηλότερο ποσοστό δυσκολίας στο θέμα θηλασμού, ενώ το ποσοστό των γυναικών που γέννησαν προγραμματισμένα με καισαρική ήταν πιο πιθανό να διακόψουν το θηλασμό πριν τις 12 εβδομάδες. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα πως η προγραμματισμένη καισαρική τομή σχετίζεται με την πρόωρη διακοπή του θηλασμού. (Hobbs et al., 2016).

Σε έρευνα στο Αμπού Ντάμπι σχετικά με την επικράτηση της καισαρικής τομής και το πόσο επηρεάζει την πρόωμη έναρξη του θηλασμού, διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό έναντι αυτών με καισαρική τομή, είχαν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το θηλασμό νωρίτερα. Αυτή η μελέτη έδειξε πως η καισαρική και ειδικότερα η επείγουσα καισαρική ήταν ένας από τους κύριους παράγοντες που οφείλονταν στην καθυστερημένη έναρξη του θηλασμού. Οι απόψεις σε αυτήν την έρευνα βέβαια δίστανται, διότι κάποιοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι η προγραμματισμένη καισαρική τομή μπορεί να καθυστερήσει την έναρξη του μητρικού θηλασμού, ενώ άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν πως η επείγουσα καισαρική μπορεί να ευθύνεται στην καθυστερημένη έναρξη. (Taha et al., 2019).

Σε μία μελέτη στο Πουέρτο Ρίκο που στόχος ήταν να εξεταστεί η σχέση μεταξύ καισαρικής τομής και έναρξης θηλασμού, φάνηκε να σχετίζεται το είδος τοκετού με την έναρξη του μητρικού θηλασμού, διότι μετά από την χειρουργική επέμβαση η γυναίκα χρειάζεται

μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να αναρρώσει από ότι αν γεννήσει φυσιολογικά. Επίσης, μετά από μια επέμβαση υπάρχει πιθανότητα να υπάρξουν επιπλοκές όπως αιμορραγία, κάποια λοίμωξη, απώλεια κινητικότητας της μητέρας, πόνος ο οποίος δυσκολεύει τις γυναίκες να κρατήσουν, να θηλάσουν και να φροντίσουν το μωρό τους. Όλα τα παραπάνω είναι παράγοντες που μπορεί να δυσκολέψουν την μητέρα να θηλάσει και μπορεί να επικεντρωθεί περισσότερο στην ανάρρωσή της παρά στις διατροφικές ανάγκες του μωρού της. (Rios et al., 2008, Boskovic et al., 2013).

Μελέτες που διεξήχθησαν στο Νεπάλ, τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ιταλία ανέδειξαν ότι το υψηλότερο επίπεδο μητρικής εκπαίδευσης σχετίζεται με καλύτερες εφαρμογές και πρακτικές στο κομμάτι του θηλασμού. (Acharya & Khanal, 2015, Bertini et al., 2003). Ωστόσο, μελέτες στην Αιθιοπία και το Μπαγκλαντές παρατήρησαν μια αρνητική σχέση μεταξύ θηλασμού και μητρικής εκπαίδευσης. (Alemayehu et al., 2009, Mahrshahi et al., 2010).

Σε αντίθεση με τις παραπάνω έρευνες, μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Ιράν το 2015, με σκοπό τον προσδιορισμό των παραγόντων που επηρεάζουν τη διακοπή του θηλασμού, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι λόγοι που σχετίζονταν με τη μη συνέχιση του θηλασμού ήταν η ασθένεια του βρέφους (μόνο έως έξι μήνες), η ψυχολογία της μητέρας, η οικογενειακή υποστήριξη, η εκπαίδευση της σχετικά με το θηλασμό, το εκπαιδευτικό υπόβαθρό της, ο τόπος γέννησης, το χρονικό διάστημα προηγούμενης εγκυμοσύνης, εθνικότητα, τόπος κατοικίας. Τα στοιχεία έδειξαν πως ο κύριος παράγοντας που ανάγκασε τις περισσότερες μητέρες να διακόψουν το θηλασμό τους έως έξι μήνες ή και πριν από τα δύο χρόνια ήταν η έλλειψη γάλακτος. Επιπλέον, ένας σημαντικός παράγοντας που ανάγκασε τις περισσότερες μητέρες να μη συνεχίσουν το θηλασμό ήταν το κλάμα του παιδιού και η ταλαιπωρία του. (Roostae et al., 2015).

Σε σχετική έρευνα των Agea-Cano et al., το 2020 για το αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ του τρόπου γέννησης (ΦΤ ή ΚΤ) και του τύπου θηλασμού (αποκλειστικός ή μεικτός) κατά τη διάρκεια των πρώτων έξι μηνών μετά τη γέννα, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης ανέδειξαν ότι υπήρχαν διαφορές μεταξύ του τρόπου γέννησης και του τύπου γαλουχίας κατά τους πρώτους έξι μήνες μετά τη γέννηση. Αρκετοί συγγραφείς, όπως οι Sacristan et al., το 2011 ανέφεραν σημαντικές διαφορές όπως: ότι τα βρέφη μετά από φυσιολογικό τοκετό

θήλασαν αποκλειστικά σε πολύ υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με αυτά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή. Ωστόσο, αυτά τα αποτελέσματα αναφέρονται για την έναρξη του θηλασμού, αλλά όχι για την διάρκεια του. Ο Martínez-Galiano το 2010, παρατήρησε ότι η διακοπή του θηλασμού ήταν 5,6 φορές μεγαλύτερος μετά από καισαρική τομή από ό,τι μετά από φυσιολογικό τοκετό. Σύμφωνα με τους Santacruz-Salas et al., σε μία τους έρευνα το 2019, διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, είχαν κατά 4,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην θηλάσουν από ό,τι εκείνες που είχαν γεννήσει φυσιολογικά, κάτι που σχετίζεται με τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν και από άλλους συγγραφείς, όπως οι Fernández-Cañadas et al., το 2017, οι Brown και Jordan το 2013 και οι Carlander et al., το 2010. Άλλοι συγγραφείς έχουν μελετήσει ξεχωριστά τις επείγουσες και τις προγραμματισμένες καισαρικές γεννήσεις, με τις τελευταίες να είναι αυτές με το μεγαλύτερο κίνδυνο διακοπής του αποκλεισμού θηλασμού σε σχέση με τις επείγουσες καισαρικές γεννήσεις. (Watt et al., 2012, Fernandez-Cañadas et al., 2019, Hobbs et al., 2016). Στις γυναίκες με προηγούμενη καισαρική τομή, οι συγγραφείς όπως οι Regan et al., το 2013 παρατήρησαν χαμηλότερη επιτυχία στην εδραίωση του θηλασμού από ό,τι στις περιπτώσεις μετά από κολπικό τοκετό, μετά από προγραμματισμένη καισαρική και μετά από επείγουσα καισαρική τομή. Οι Hobbs, et al., το 2016 παρατήρησαν αυτή τη διαφορά επίσης σε σύγκριση με τον κολπικό τοκετό. Στην μελέτη των Agea-Cano et al., το 2020 οι περιπτώσεις γυναικών που γέννησαν με καισαρική αναλύθηκαν χωρίς κάποια διαφορά μεταξύ προγραμματισμένης και επείγουσας καισαρικής, λόγω του μικρού αριθμού περιπτώσεων στο δείγμα. Σε έρευνά τους οι Rabiepoor, et al., το 2017 δεν ανέφεραν σημαντικές διαφορές μεταξύ του ποσοστού επιτυχίας του θηλασμού και του τύπου γέννησης.

Επίσης, σε μελέτη του 2013, οι γυναίκες που υποβάλλονται σε προγραμματισμένη επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή είναι λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν να θηλάζουν. Οι γυναίκες που προσπαθούν και επιτυγχάνουν την επίτευξη φυσιολογικού τοκετού μετά από προηγούμενη καισαρική τομή (VBAC) είναι πιθανότερο να θηλάσουν από τις γυναίκες που γεννούν με επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή. Ακόμη, εκείνες οι γυναίκες που τελικά γέννησαν με καισαρική τομή μετά από μια ανεπιτυχή δοκιμή φυσιολογικού τοκετού, ήταν επίσης πιο πιθανό να θηλάσουν από τις γυναίκες με προγραμματισμένη επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή. Αυτό υποδηλώνει ότι υπάρχει συσχετισμός στην επιλογή της γυναίκας για

το είδος τοκετού που μπορεί επίσης να επηρεάσει την απόφασή της να θηλάσει. (Regan et al., 2013).

3.7 Συσχέτιση θηλασμού με το είδος του τοκετού στην Ελλάδα.

Έρευνες στην Ελλάδα φαίνεται να μην συνδέουν τόσο το είδος του τοκετού με την έναρξη και διάρκεια του θηλασμού. Έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι ένας από τους αρνητικούς παράγοντες για την έναρξη και διατήρηση του μητρικού θηλασμού αποτελεί η καισαρική, αλλά δεν αποτελεί βασικό ή καθοριστικό παράγοντα εδραίωσης ή μη του θηλασμού.

Μελέτες έχουν δείξει πως για τις στάσεις και απόψεις των γυναικών στην απόφασή τους να θηλάσουν παίζουν ρόλο διάφοροι παράγοντες. Παράγοντες πολύ σημαντικοί που παίζουν καθοριστικό ρόλο σε αυτή τους την απόφαση είναι η ηλικία, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, η επαγγελματική τους θέση, η οικογενειακή τους κατάσταση, η κοινωνική και οικονομική τους επιφάνεια. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που διαδραματίζουν επίσης καθοριστικό ρόλο στην απόφαση των γυναικών να θηλάσουν είναι οι επαγγελματίες υγείας, (ιατρικό - μαιευτικό προσωπικό) και το οικογενειακό περιβάλλον, οι πρώτοι για την ενημέρωση, την πληροφόρηση, την ενθάρρυνση, την υποστήριξη, την καθοδήγηση που μπορούν να παρέχουν στη νέα μαμά και οι δεύτεροι για την υποστήριξη και τη συναισθηματική κάλυψη που τους παρέχουν γύρω από τον θηλασμό.

Πολλοί είναι οι αρνητικοί παράγοντες που θα συμβάλλουν σαν φραγμός στην απόφασή τους να μην συνεχίσουν την όποια προσπάθειά έχουν καταβάλλει ή ακόμα και να μην ξεκινήσουν καθόλου την προσπάθεια σίτισης με μητρικό γάλα. Παράγοντες αρνητικοί αφορούν: την καισαρική τομή, την επιστροφή της γυναίκας στις επαγγελματικές υποχρεώσεις της, την ψυχολογική της κατάσταση (όπως επιλόχεια κατάθλιψη), διότι έρχεται αντιμέτωπη με νέες σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές απαιτήσεις. Ένας άλλος λόγος για να διακόψουν το θηλασμό είναι ότι δεν διαθέτουν εμπιστοσύνη και αυτοπεποίθηση, θεωρώντας πως δεν έχουν την ικανότητα να θηλάσουν, ενώ πιστεύουν πως η ποσότητα γάλακτος τους δεν είναι επαρκής. (Δάγλα, 2007, Taveras et al., 2003).

Σε μία μελέτη που αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την έναρξη και τη συνέχιση του θηλασμού, φάνηκε πως η καισαρική τομή είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερο ποσοστό έναρξης του θηλασμού λόγω διαταραχών της υγείας του βρέφους ή

της μητέρας. Η παραγωγή γάλακτος μπορεί να διαταραχθεί σε γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική λόγω μειωμένης έκκρισης της ωκυτοκίνης ή του μητρικού στρες έναντι των γυναικών που γεννούν φυσιολογικά, με αποτέλεσμα τη μείωση της παραγωγής γάλακτος. Έχει αποδειχθεί πως ο τύπος της καισαρικής τομής, η προγραμματισμένη ή επείγουσα καισαρική, επηρεάζει την έναρξη αλλά και τη διάρκεια του θηλασμού. Γυναίκες που γέννησαν με προγραμματισμένη καισαρική είχαν λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν ή να ξεκινήσουν το θηλασμό ή να ζητήσουν υποστήριξη από κάποιον επαγγελματία υγείας. (Cohen et al., 2018).

Επίσης, σε μία μελέτη του 2006 στην Αθήνα, οι μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή είχαν 76,3% χαμηλότερη πιθανότητα να ξεκινήσουν το θηλασμό εντός 24 ωρών μετά τον τοκετό και 57,9% χαμηλότερη πιθανότητα να διατηρήσουν το θηλασμό για 40 ημέρες σε σύγκριση με τις μητέρες που γέννησαν φυσιολογικά. (Theofilogiannakou et al., 2006).

Σε έρευνα του 2015 σχετική με τους παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη του θηλασμού στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η καισαρική τομή συσχετίστηκε αρνητικά με την έναρξη οποιουδήποτε είδους θηλασμού. Οι περισσότερες μελέτες συμφωνούν πράγματι ότι η καισαρική τομή δεν έχει ευνοϊκή επίδραση στο θηλασμό. (Tavoulari, et al., 2015)

Προηγούμενες μελέτες στην Ελλάδα έχουν επίσης παρατηρήσει, έναν αριθμό σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την έναρξη είτε του αποκλειστικού είτε του μεικτού θηλασμού. Μεταξύ αυτών των παραγόντων, η καισαρική τομή τείνει να σχετίζεται αρνητικά με τον αποκλειστικό θηλασμό. Η έναρξη οποιουδήποτε είδους θηλασμού, από την άλλη πλευρά, φαίνεται να κερδίζει έδαφος από το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας και από την εκπαίδευσή της από επαγγελματίες υγείας στο κομμάτι του θηλασμού, αλλά επηρεάζεται αρνητικά από την καισαρική τομή. (Scott et al., 2001, Theofilogiannakou et al., 2006, Prior et al., 2012).

Επιπρόσθετα, σε έρευνα των Vassilaki et al., το 2014 οι γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να ξεκινήσουν το θηλασμό εάν είχαν γεννήσει με καισαρική τομή, λαμβάνοντας υπόψη ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν το θηλασμό εάν είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ή είχαν γεννήσει σε ιδιωτική κλινική. Η καισαρική τομή και το κάπνισμα είναι δύο συνηθισμένα στοιχεία στην Ελλάδα και αποτελούν ισχυρούς αρνητικούς

παράγοντες για την έναρξη ή και τη διάρκεια του θηλασμού, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να είναι ήδη αντίθετες από την προγεννητική περίοδο, κάτι που αποδεικνύει ότι είναι σημαντική η ύπαρξη και αύξηση των πρακτικών θηλασμού σε μελλοντικές μητέρες. Εκείνες που γέννησαν με καισαρική ή ήταν πρώην καπνίστριες ή καπνίστριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, είχαν στατιστικά σημαντική μικρότερη διάρκεια θηλασμού, ενώ όσες είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση και τους παρέχονταν άδεια από την εργασία τους, συνδέονταν με μεγαλύτερα ποσοστά και στη διάρκεια θηλασμού.

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Μεθοδολογία έρευνας

4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή του είδους τοκετού και η σχέση του με τον μητρικό θηλασμό στο νομό Πιερίας. Μέσα από αυτή τη μελέτη στόχος είναι να δοθεί έμφαση στην ενημέρωση όλο και περισσότερων γυναικών σχετικά με τα πλεονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού και τα οφέλη του μητρικού θηλασμού. Επιπλέον, στόχος είναι να σχεδιαστούν μέθοδοι μέσω των οποίων οι επαγγελματίες υγείας θα καθοδηγούν τις γυναίκες όχι μόνο για την διενέργεια φυσιολογικού τοκετού, αλλά ταυτόχρονα θα τις υποστηρίζουν τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο για την επίτευξη του αποκλειστικού μητρικού θηλασμού.

4.2 Υλικό- Μέθοδος-Δειγματοληψία

Πραγματοποιήθηκε προοπτική συγχρονική μελέτη, σε γυναίκες που έχουν γεννήσει με οποιοδήποτε είδος τοκετού. Ο πληθυσμός αφορά γυναίκες διαφόρων ηλικιών, από διάφορους επαγγελματικούς τομείς. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από το Δεκέμβριο του 2020 έως το Φεβρουάριο του 2021 (3 μήνες). Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν ήταν σε έντυπη μορφή (διανομή χέρι-χέρι) και σε ηλεκτρονική μορφή (μέσω ειδικής ηλεκτρονικής φόρμας google forms). Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκε ήταν 252, το οποίο προκύπτει από το σύνολο των τέκνων των 182 γυναικών. Ο αριθμός των ατόμων που ερωτήθηκαν ήταν 200, το οποίο καθιστά ποσοστό ανταπόκρισης 91% (182/200).

Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς το οποίο ήταν αυτοσχέδιο μετά από μελέτη κάποιων ερευνών βιβλιογραφικά, περιλαμβάνοντας τρεις ενότητες, κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι διαθέσιμο στο παράρτημα 1 της Διπλωματικής Εργασίας.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου, όπως είναι η ηλικία, ο αριθμός παιδιών, η οικογενειακή

κατάσταση, η εκπαίδευση, η εθνικότητα, η ηλικία των συμμετεχουσών όταν γέννησαν το κάθε παιδί.

Στην δεύτερη ενότητα οι ερωτήσεις σχετίζονται με τις προτιμήσεις των συμμετεχουσών σχετικά με το φυσιολογικό τοκετό και την καισαρική τομή. Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από ερωτήσεις όπως, αν παρακολουθούνται από συγκεκριμένο γυναικολόγο και με ποια συχνότητα τον επισκέπτονται, το έτος που γεννήθηκε το κάθε παιδί. Τι είδους τοκετός επιλέχθηκε, όπου αν η απάντηση που δίνεται είναι καισαρική ακολουθούν ερωτήσεις με το πότε αποφασίστηκε και αν η επιθυμία ήταν του ιατρού ή της ίδιας της ερωτώμενης. Αν η απάντηση αφορά τον ιατρό ακολουθεί ερώτηση σχετική με την αιτία που οδήγησε στην καισαρική τομή. Στη συνέχεια, οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε μερικές ερωτήσεις τύπου κλίμακας Likert. Σε αυτήν την ερώτηση, η οποία αποτελείται από επτά απαντήσεις αριθμημένες από το 1 έως το 5, οι συμμετέχουσες κλήθηκαν να απαντήσουν για ποιους λόγους επέλεξαν την καισαρική τομή. Ανάλογα τον αριθμό που θα επιλέξουν περιγράφεται το πώς αισθάνονται. Με τον αριθμό 1 περιγράφεται ότι διαφωνούν έντονα και με τον αριθμό 5 ότι συμφωνούν απόλυτα. Το ίδιο και με την ερώτηση που αφορά το πόσο ικανοποιημένη είναι με την καισαρική τομή, με την κλίμακα από το 1 έως 5. Ομοίως απαντούν και στην ερώτηση που αφορά την ικανοποίηση που νοιώθουν από τον φυσιολογικό τοκετό. Τα αποτελέσματα αυτών των ερωτήσεων τύπου Likert προκύπτουν από τα αθροίσματα ικανοποίησης των ερωτώμενων και διενεργείται στατιστική ανάλυση αυτών των αποτελεσμάτων με ποσοτικές μεταβλητές. (Sprooren et al. 2007, Γαλάνης, 2012).

Τέλος, στην τρίτη ενότητα οι ερωτήσεις αφορούν τον αποκλειστικό και τον μεικτό θηλασμό. Σε αυτήν την ενότητα χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις δυαδικού χαρακτήρα αλλά και ερωτήσεις σύμφωνα με την κλίμακα Likert.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου "SPSS", με τις μεθόδους της περιγραφικής και της επαγωγικής στατιστικής. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση περιλαμβάνει την διερεύνηση των ανεξάρτητων μεταβλητών που μπορεί να συσχετίζονται. Με την περιγραφική ανάλυση εξετάστηκαν και οι τρεις ενότητες Η επαγωγική στατιστική ανάλυση μελετά την πιθανότητα συσχετίσεων των εξαρτημένων μεταβλητών. Για την διερεύνηση πιθανόν συσχετίσεων στην επαγωγική ανάλυση μελετήθηκαν έξι παράμετροι που θα μπορούσαν να έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Η επαγωγική ανάλυση για τις

ανεξάρτητες μεταβλητές περιελάμβανε τον έλεγχο $t - test$, το στατιστικό έλεγχο Chi-square χ^2 και τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson r .

4.3 Δεοντολογικά ζητήματα

Πριν τη διανομή και συμπλήρωση των έντυπων και ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων, οι συμμετέχουσες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τους στόχους αυτής της έρευνας και ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική. Στα έντυπα ερωτηματολόγια ενημερώθηκαν προφορικά, ενώ στα ηλεκτρονικά πριν την έναρξη των απαντήσεων δόθηκαν οι απαραίτητες πληροφορίες γραπτά. Τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας, οι οποίοι αφορούν την ανωνυμία και το απόρρητο των προσωπικών στοιχείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Αποτελέσματα έρευνας

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, που συγκεντρώθηκαν από τα έντυπα ερωτηματολόγια. Αρχικά, παρουσιάζονται οι περιγραφικές αναλύσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών της έρευνας, που σκιαγραφούν το κοινωνικό - δημογραφικό προφίλ του δείγματος (ηλικία, αριθμός παιδιών, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εθνικότητα, ηλικία των συμμετεχουσών όταν γέννησαν το κάθε παιδί).

Στη συνέχεια, ακολουθεί η περιγραφική ανάλυση των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας αναφορικά με τις προτιμήσεις των γυναικών της έρευνας σχετικά με το είδος του τοκετού και το είδος του θηλασμού.

Τέλος, παρατίθενται οι επαγωγικές αναλύσεις των μεταβλητών και οι συσχετιστικοί έλεγχοι μεταξύ τους.

5.1 Περιγραφική Ανάλυση.

5.1.1 Κοινωνικο-Δημογραφικά στοιχεία.

Στον Πίνακα 5.1 (και στα Σχήματα 1-4) παρουσιάζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του δείγματος, το οποίο αποτελείται από 182 γυναίκες. Ο αριθμός των γεννήσεων/τέκνων των

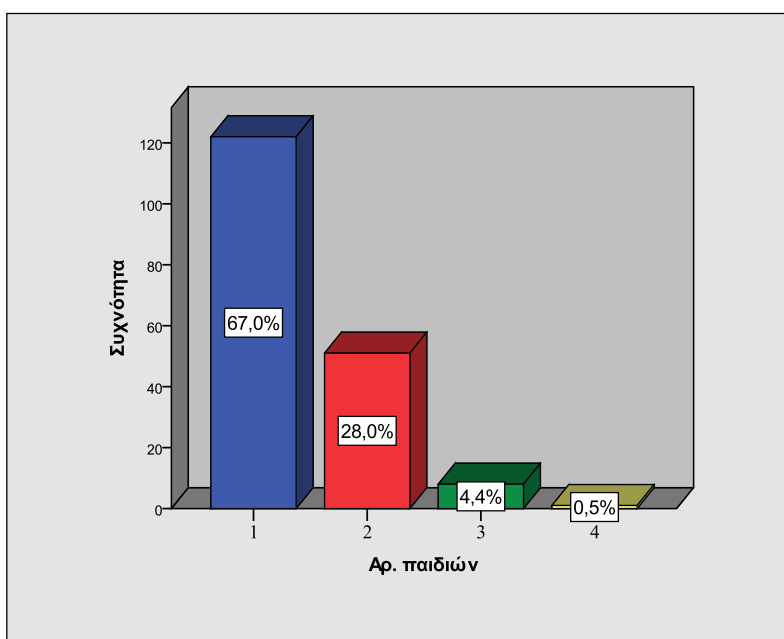
γυναικών του δείγματος είναι 252. Οι περισσότερες (67%, N=122) δήλωσαν ότι έχουν ένα παιδί, ενώ 28% (N=51) δήλωσαν ότι έχουν 2 παιδιά. 8 γυναίκες (4,4%) δήλωσαν ότι έχουν 3 παιδιά ενώ μόλις 1 (0,5%) έχει 4 παιδιά. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η πλειονότητα (95,6%, N=174) δήλωσε ότι ήταν παντρεμένες/σύμφωνο συμβίωσης. Διαζευγμένες ήταν μόλις 5 (2,7%) ενώ ακόμη λιγότερες (1,6%, N=3) δήλωσαν άγαμες. Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι περισσότερες (81,3%, N=148) δήλωσαν τριτοβάθμια εκπαίδευση (ΑΕΙ/ΤΕΙ), ενώ περίπου μία στις πέντε (18,7%, N=34) δήλωσε δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Γυμνάσιο/ Λύκειο). Σχεδόν όλες (98,4%, N=179) δήλωσαν ελληνική εθνικότητα, ενώ 3 (1,6%) δήλωσαν άλλη εθνικότητα (2 Κυπριακή και 1 Ρωσική). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν περίπου 35,5 έτη (Μ.Τ.=35,65, Τ.Α.=5,92). Η μέση ηλικία των γυναικών όταν γέννησαν το 1^ο τους παιδί ήταν περίπου 31 έτη (Μ.Τ.=31,19, Τ.Α.=4,84), ενώ όσες γέννησαν το 2^ο τους παιδί ήταν περίπου 33 ετών (Μ.Τ.=32,93, Τ.Α.=4,83). Όσες γέννησαν το 3^ο τους παιδί ήταν κατά μέσο όρο περίπου 33 και μισό (Μ.Τ.=33,67, Τ.Α.=4,87) ενώ η μία γυναίκα της έρευνας με 4^ο παιδί ήταν 37 ετών όταν εκείνο γεννήθηκε.

Πίνακας 5.1: Περιγραφή του δείγματος

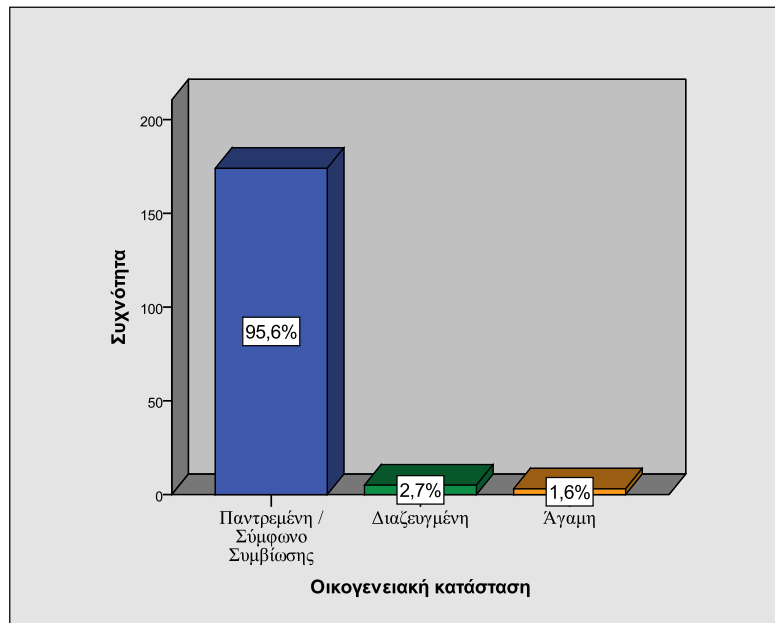
<i>Χαρακτηριστικό</i>	<i>Κατηγορίες</i>	<i>N=182</i>	<i>f %</i>
Αριθμός παιδιών	1 παιδί	122	67,0
	2 παιδιά	51	28,0
	3 παιδιά	8	4,4
	4 παιδιά	1	0,5
Οικογενειακή κατάσταση	Παντρεμένη/Σύμφωνο Συμβίωσης	174	95,6
	Διαζευγμένη	5	2,7
	Άγαμη	3	1,6
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια	34	18,7

	(Γυμνάσιο/Λύκειο)		
	Τριτοβάθμια (ΑΕΙ/ΤΕΙ)	148	81,3
Εθνικότητα	Ελληνική	179	98,4
	Άλλη	3	1,6
	M.T.	T.A.	
Ηλικία μητέρας		35,65	5,92
Ηλικία μητέρας κατά τη γέννηση κάθε παιδιού	1 ^ο παιδί	31,19	4,84
	2 ^ο παιδί	32,93	4,83
	3 ^ο παιδί	33,67	4,87
	4 ^ο παιδί	37	-

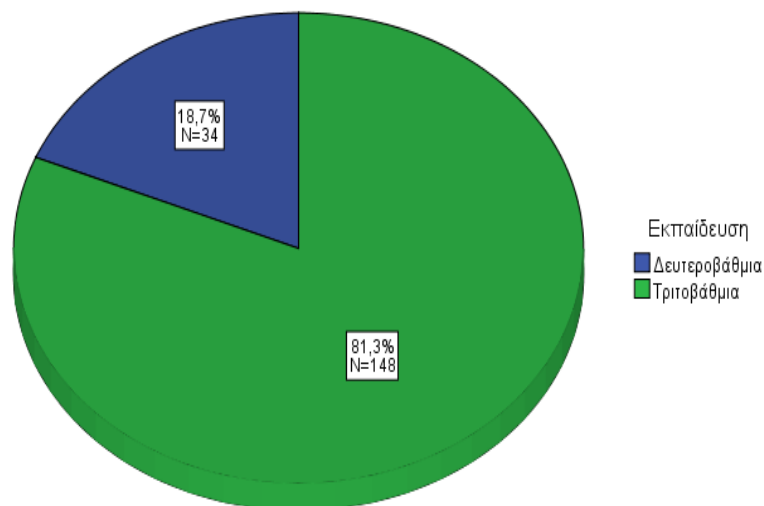
N: Συχνότητα, f%: Σχετική συχνότητα %



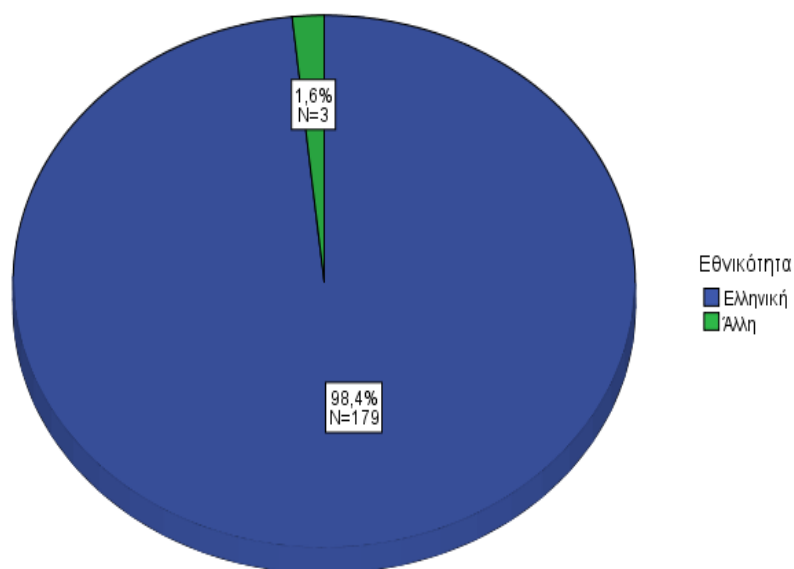
Γράφημα 1: Κατανομή συχνοτήτων για τον αριθμό παιδιών



Γράφημα 2: Κατανομή συχνοτήτων για την οικογενειακή κατάσταση



Γράφημα 3: Κατανομή συχνοτήτων για την εκπαίδευση



Γράφημα 4: Κατανομή συχνοτήτων για την εθνικότητα

5.1.2 Προτιμήσεις τοκετού.

Οι συμμετέχουσες στην έρευνα δήλωσαν ότι παρακολουθούνται από συγκεκριμένο γυναικολόγο σε ποσοστό 91,2% (N=166). Η πλειονότητα των γυναικών επισκέπτεται τον γυναικολόγο μία φορά τον χρόνο (72%, N=131), ενώ δύο φορές το χρόνο πηγαίνουν στον γυναικολόγο 22 γυναίκες (12,1%). Τα ποσοστά αναφορικά με το είδος του τοκετού είναι μοιρασμένα, καθώς 127 (50,4%) γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό ενώ 125 (49,6%) με καισαρική τομή. Το μέσο έτος γεννήσεων ήταν 2015 (Μ.Τ.=2015,18, Τ.Α.=7,15, min=1987, max=2020).

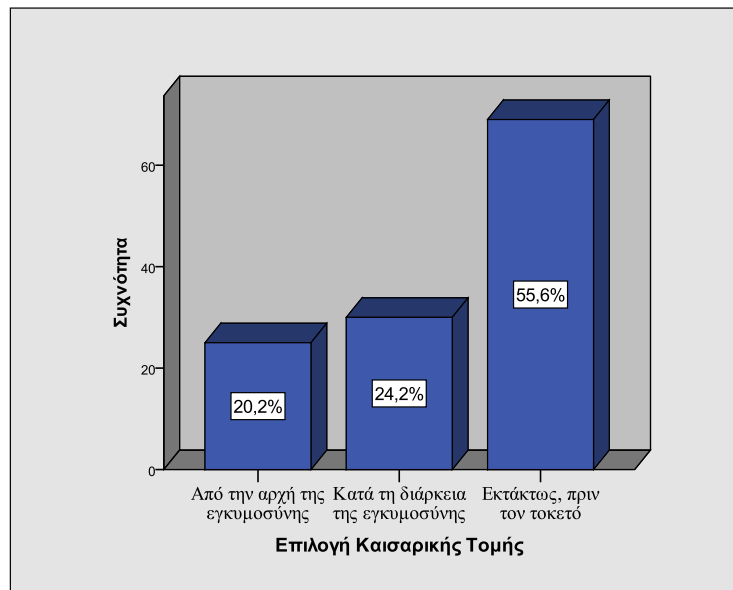
Πίνακας 5.2: Πίνακας συχνοτήτων για τις προτιμήσεις τοκετού

Χαρακτηριστικό	Κατηγορίες	N=182	f %
Παρακολούθηση από συγκεκριμένο γυναικολόγο	Ναι	166	91,2
	Όχι	16	8,8

Συχνότητα επίσκεψης στον γυναικολόγο	Μία φορά το χρόνο	131	72,0
	Δύο φορές το χρόνο	22	12,1
	Συχνότερα	2	1,1
	Περιστασιακά/Όποτε προκύψει κάποιον γυναικολογικό πρόβλημα υγείας	18	9,9
	Κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης	9	4,9
Είδος τοκετού	Φυσιολογικός τοκετός	127	50,4
	Καισαρική τομή	125	49,6

N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %

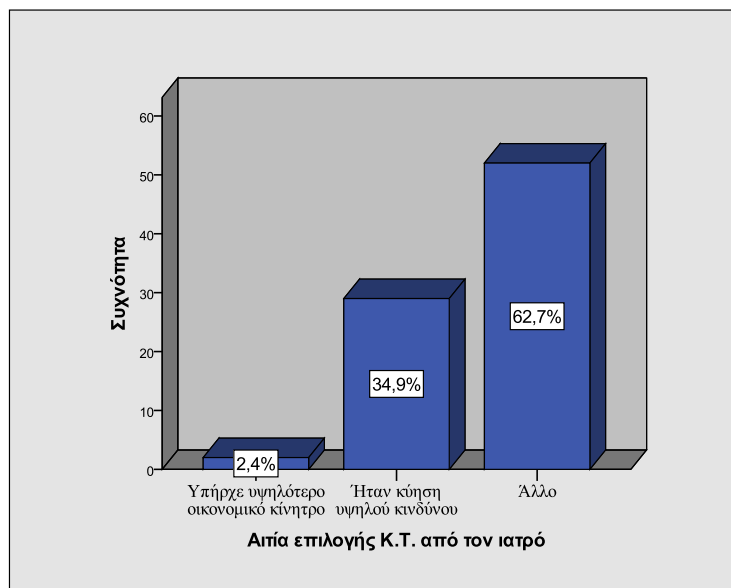
Περισσότερες από τις μισές γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή (55,6%, N=69) δήλωσαν ότι η καισαρική τομή αποφασίστηκε εκτάκτως, πριν τον τοκετό. 30 γυναίκες (24,2%) δήλωσαν ότι αποφασίστηκε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενώ 25 (20,2%) δήλωσαν ότι η απόφαση ελήφθη από την αρχή της εγκυμοσύνης (Σχήμα 5).



Γράφημα 5: Κατανομή συχνοτήτων σχετικά με το χρόνο επιλογής της καισαρικής τομής

Από τις γυναίκες που απάντησαν από την αρχή της εγκυμοσύνης, οι περισσότερες δήλωσαν ότι ήταν επιθυμία του ιατρού (65,2%, N=15) και λιγότερες ότι ήταν δική τους επιθυμία (34,8%, N=8).

Στο ερώτημα για τους λόγους για τους οποίους επέλεξε ο ιατρός την καισαρική τομή, μόλις 2 συμμετέχουσες (2,4%) απάντησαν ότι υπήρχε υψηλότερο οικονομικό κίνητρο, ενώ 29 (34,9%) απάντησαν ότι ήταν κύηση υψηλού κινδύνου. Οι περισσότερες (62,7%, N=52) απάντησαν για άλλους λόγους (προηγούμενη καισαρική τομή N=13, επιπλοκές N=8, ισχιακή προβολή N=6, δεν υπήρχε εξέλιξη N=6, κύηση άνω των 40 εβδομάδων N=3, λόγω ταξιδιού του ιατρού/διακοπές N=3, λόγω IVF – εξωσωματικής γονιμοποίησης N=2, λόγω κεχρωσμένου αμνιακού υγρού N=2, γρηγορότερη/ευκολότερη διαδικασία N=2, πρόωρος τοκετός, ένδειξη για καισαρική, χολόσταση, πρόβλημα υγείας δικό μου, επείγουσα καισαρική τομή, επεμβατικός τοκετός που κατέληξε σε καισαρική, σοβαρό πρόβλημα όρασης/πιθανή ρήξη με τις εξωθήσεις). (Σχήμα 6)



Γράφημα 6: Κατανομή συχνοτήτων για την αιτία επιλογής Καισαρικής Τομής από τον ιατρό

Οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχουσες επέλεξαν την καισαρική τομή αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.3. Αναλυτικότερα, κατά μέσο όρο διαφωνούν περισσότερο, σχεδόν σε έντονο βαθμό, με τη δήλωση «Το νοσοκομείο δεν προσφέρει επισκληρίδιο αναισθησία για τον κολπικό τοκετό ή πονάει λιγότερο» (Μ.Τ.=1,37, Τ.Α.=0,97). Παρόμοιες είναι οι απαντήσεις τους, ανάμεσα από έντονη διαφωνία και διαφωνία, με τη δήλωση «Φοβάμαι τον πόνο» (Μ.Τ.=1,49, 1,13) και με τη δήλωση «Μετά από καισαρική τομή είναι πιο εύκολο να επιστρέψω στη συζυγική μου ζωή» (Μ.Τ.=1,51, Τ.Α.=1,01). Ανάμεσα από το να διαφωνούν έντονα και να διαφωνούν, με τάση προς το να διαφωνούν κατά μέσο όρο, είναι οι απαντήσεις τους για τις δηλώσεις «Με την καισαρική τομή, μπορώ να σχεδιάσω πότε θα γεννήσω» (Μ.Τ.=1,66, Τ.Α.=1,22), «Με την καισαρική τομή, το μωρό θα υποφέρει λιγότερο» (Μ.Τ.=1,70, Τ.Α.=1,28), και «Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την υγεία μου» (Μ.Τ.=1,74, Τ.Α.=1,27). Τέλος, η άποψή τους σχετικά με τη δήλωση «Έχω ήδη κάνει καισαρική τομή» είναι ανάμεσα από διαφωνία και ουδέτερη στάση, με τάση προς διαφωνία (Μ.Τ.=2,21, Τ.Α.=1,74).

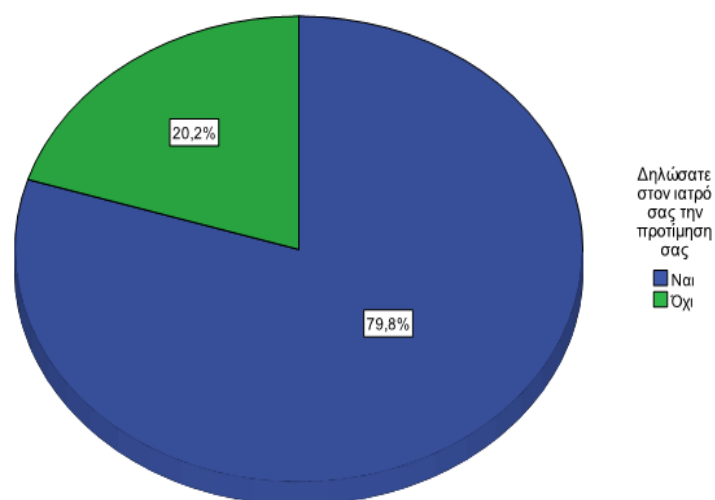
Πίνακας 5.3: Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς για τους λόγους επιλογής της καισαρικής τομής (1=Διαφωνώ έντονα, 5=Συμφωνώ απόλυτα)

Δήλωση	N	Min	Max	M.T.	T.A.
Φοβάμαι τον πόνο	115	1	5	1,49	1,13

πόσο αυτό επηρεάζει την εδραίωση του μητρικού θηλασμού: Η περίπτωση του Νομού Πιερίας»

Με την καισαρική τομή, μπορώ να σχεδιάσω πότε θα γεννήσω	115	1	5	1,66	1,22
Με την καισαρική τομή, το μωρό θα υποφέρει λιγότερο	115	1	5	1,70	1,28
Το νοσοκομείο δεν προσφέρει επισκληρίδιο αναισθησία για τον κοιλικό τοκετό ή πονάει λιγότερο	115	1	5	1,37	0,97
Έχω ήδη κάνει καισαρική τομή	112	1	5	2,21	1,74
Μετά από καισαρική τομή είναι πιο εύκολο να επιστρέψω στη συζυγική μου ζωή	116	1	5	1,51	1,01
Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την υγεία μου	116	1	5	1,74	1,27

Σχετικά με το εάν είχαν δηλώσει στο ιατρό την προτίμησή τους, η πλειονότητα των συμμετεχουσών απάντησε θετικά (79,8%, N=103). Αρνητικά απάντησε το 20,2% (N=26) (Σχήμα 7).



Γράφημα 7: Κατανομή συχνοτήτων για το εάν δήλωσαν στον ιατρό την προτίμησή τους

Ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχουσών ανάλογα με το είδος του τοκετού αποτυπώνεται στον Πίνακα 5.4. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή κατά μέσο όρο δηλώνουν μέτριο προς ελαφρώς θετικό βαθμό ικανοποίησης (Μ.Τ.=3,28, Τ.Α.=1,49), ενώ όσες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό κατά μέσο όρο δηλώνουν θετικό προς εξαιρετικό βαθμό ικανοποίησης (Μ.Τ.=4,48, Τ.Α.=0,94).

Πίνακας 5.4: Περιγραφικοί δείκτες, δείκτης κεντρικής τάσης και διασποράς για τον βαθμό ικανοποίησης σχετικά με το είδος του τοκετού (1=Καθόλου, 5=Εξαιρετικά)

Δήλωση	N	Min	Max	M.T.	T.A.
Πόσο ικανοποιημένη είστε με την καισαρική τομή	125	1	5	3,28	1,49
Πόσο ικανοποιημένη είστε με τον φυσιολογικό τοκετό	114	1	5	4,48	0,94

Η πλειονότητα των γυναικών της έρευνας δήλωσαν μετά από κάθε γέννα ότι θα προτιμούσαν, εάν έκαναν επόμενο παιδί, να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό (83,5%, N=198) έναντι της καισαρικής τομής (16,5%, N=39).

Αναλυτικότερα (Πίνακας 5.5), όσες γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, δήλωσαν σχεδόν όλες ότι η επόμενη γέννα επιθυμούν να γίνει και αυτή με φυσιολογικό τοκετό (99,1%, N=114). Μόλις 1 γυναίκα που γέννησε με φυσιολογικό τοκετό επιθυμεί η επόμενη γέννα να είναι με καισαρική τομή (0,9%, N=1). Από τις γυναίκες που γέννησαν με καισαρική τομή, οι περισσότερες (68,9%, N=84) επιθυμούν το επόμενο τους παιδί να γεννηθεί με φυσιολογικό τοκετό ενώ 31,1% εξ αυτών (N=38) επιθυμούν η επόμενη γέννα να είναι και αυτή με καισαρική τομή.

Πίνακας 5.5: Κατανομή συχνοτήτων επιθυμητού επόμενου τοκετού ανά είδος προηγούμενου τοκετού

<i>Είδος τοκετού</i>	<i>Επιθυμητός επόμενος τοκετός</i>	<i>N=182</i>	<i>f %</i>
Φυσιολογικός τοκετός	Φυσιολογικός τοκετός	114	99,1
	Καισαρική Τομή	1	0,9
Καισαρική Τομή	Φυσιολογικός τοκετός	84	68,9
	Καισαρική Τομή	38	31,1

N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %

5.1.3 Θηλασμός.

Ο Πίνακας 5.6 περιλαμβάνει την κατανομή των συχνοτήτων των απαντήσεων των ερωτώμενων σχετικά με τον θηλασμό για κάθε παιδί τους. Η πλειονότητα των συμμετεχουσών δήλωσε ότι θήλασαν από την αρχή σε κάθε γέννα (91,3%, N=230), ενώ σε 22 περιπτώσεις (8,7%) δήλωσαν ότι δεν θήλασαν από την αρχή της γέννησης των παιδιών τους. Αναφορικά με το είδος του θηλασμού, 176 ερωτώμενες (72,1%) δήλωσαν αποκλειστικό θηλασμό (μόνο μητρικό γάλα), ενώ 68 (27,9%) δήλωσαν μεικτό θηλασμό (μητρικό γάλα σε συνδυασμό με ξένο γάλα). Το χρονικό διάστημα για όσες πραγματοποίησαν αποκλειστικό θηλασμό ποικίλλει, με τις περισσότερες γυναίκες (27,4%, N=69) να δηλώνουν διάστημα μεγαλύτερο από 12 μήνες. 35 γυναίκες (19,8%) θήλασαν αποκλειστικά με μητρικό γάλα για

7-9 μήνες, ενώ σε 32 περιπτώσεις η περίοδος που θήλασαν αποκλειστικά οι γυναίκες ήταν 10-12 μήνες (18,1%).

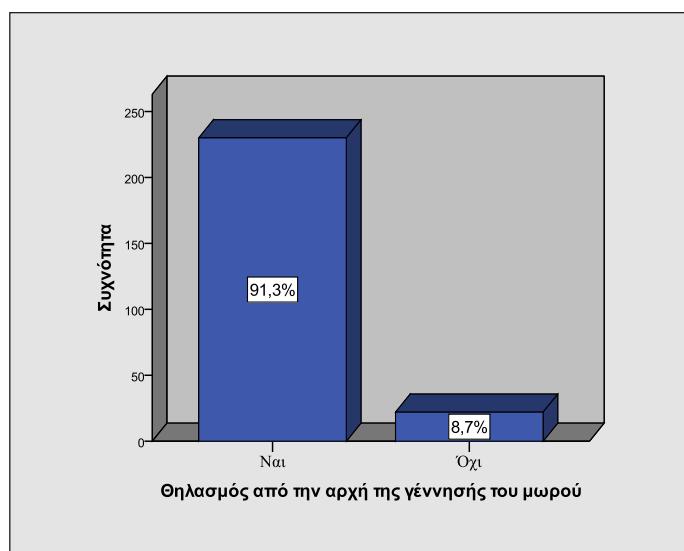
Όσον αφορά στην ημερήσια συχνότητα παροχής μητρικού γάλακτος για όσες επέλεξαν μεικτό θηλασμό, τουλάχιστον οι μισές ερωτώμενες (52,9%, N=36) έδιναν μητρικό γάλα 5 φορές ημερησίως ή και περισσότερες. 21 γυναίκες (30,9%) έδιναν μητρικό γάλα 1-2 φορές την ημέρα και 11 (16,2%) έδιναν 3-4 φορές την ημέρα. Κατά την περίοδο του μεικτού θηλασμού, 32,4% των ερωτώμενων γυναικών (N=22) δήλωσαν ότι έδιναν μητρικό γάλα μέχρι 40 ημέρες. 1 στις 4 (25%, N=17) δήλωσε 2-3 μήνες. Οι περισσότερες γυναίκες (58%, N=145) δήλωσαν ότι δεν έχουν παρακολουθήσει μαθήματα για τα οφέλη και τη σωστή τεχνική του μητρικού θηλασμού σε κάθε γέννα. Επίσης, η πλειονότητα των ερωτώμενων (72,5%, N=182) δήλωσε ότι δεν θεωρεί πως το είδος του τοκετού επηρέασε στην εδραίωση ή μη του θηλασμού.

Πίνακας 5.6: Κατανομή συχνοτήτων σχετικά με τον θηλασμό

<i>Χαρακτηριστικό</i>	<i>Κατηγορίες</i>	<i>N=182</i>	<i>f %</i>
Θηλασμός από την αρχή της γέννησης του μωρού	Ναι	230	91,3
	Όχι	22	8,7
Είδος θηλασμού	Αποκλειστικός θηλασμός	176	72,1
	Μεικτός θηλασμός	68	27,9
Χρονικό διάστημα αποκλειστικού θηλασμού	Μέχρι 40 ημέρες	6	3,4
	2-3 μήνες	16	9,0
	4-6 μήνες	19	10,7
	7-9 μήνες	35	19,8
	10-12 μήνες	32	18,1
	Άλλο	69	27,4
Ημερήσια συχνότητα παροχής μητρικού γάλακτος κατά τον	1-2 φορές την ημέρα	21	30,9
	3-4 φορές την ημέρα	11	16,2

μεικτό θηλασμό	5 και άνω	36	52,9
Χρονικό διάστημα παροχής	Μέχρι 40 ημέρες	22	32,4
μητρικού γάλακτος κατά τον	2-3 μήνες	17	25,0
μεικτό θηλασμό	4-6 μήνες	9	13,2
	7-9 μήνες	6	8,8
	10-12 μήνες	8	11,8
	Άλλο	6	8,8
Μαθήματα για τα οφέλη και τη	Ναι	105	42,0
σωστή τεχνική του μητρικού	Όχι	145	58,0
θηλασμού			
Επίδραση του είδους τοκετού	Ναι	69	27,5
στην εδραίωση του θηλασμού	Όχι	182	72,5

N: Συχνότητα, f%: Σχετική συχνότητα %



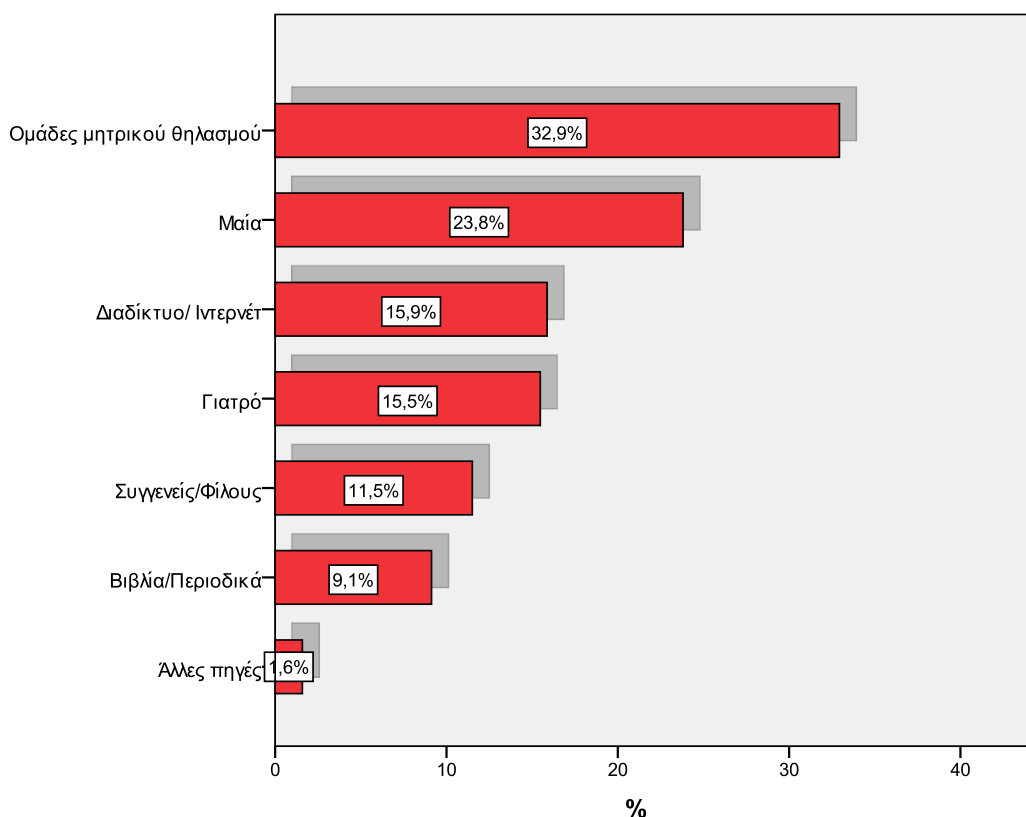
Γράφημα 8: Κατανομή συχνοτήτων για τον αν θήλασαν από την αρχή της γέννησης του κάθε μωρού

Ο Πίνακας 5.7 (και το Σχήμα 9) αποτυπώνει τις απόψεις των γυναικών της έρευνας σχετικά με τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι περισσότερες δήλωσαν ότι είχαν ενημερωθεί για τα οφέλη του θηλασμού από ομάδες μητρικού θηλασμού (32,9%, N=83). Επίσης, σε 60 περιπτώσεις (23,8%) δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από μαία. Στο 15,9% των περιπτώσεων (N=40) από το διαδίκτυο, ενώ από γιατρό το 15,5% (N=39). Το 11,5% (N=29) δήλωσε από συγγενείς/φίλους, ενώ από βιβλία/περιοδικά το 9,1% (N=23). Σε 4 περιπτώσεις (1,6%) δηλώθηκε άλλη πηγή ενημέρωσης (2 από την Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία – ΑμΚΕ Φαιναρέτη, 1 από προηγούμενη εμπειρία και 1 λόγω της εργασίας της – νοσηλεύτρια).

Πίνακας 5.7: Πίνακας συχνότητων αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού

<i>Πηγή ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού</i>	<i>N=182</i>	<i>f %</i>
Γιατρός	39	15,5
Μαία	60	23,8
Ομάδες μητρικού θηλασμού	83	32,9
Διαδίκτυο/ Ιντερνέτ	40	15,9
Συγγενείς/Φίλοι	29	11,5
Βιβλία/Περιοδικά	23	9,1
Άλλες πηγές	4	1,6

N: Συχνότητα, f%: Σχετική συχνότητα %



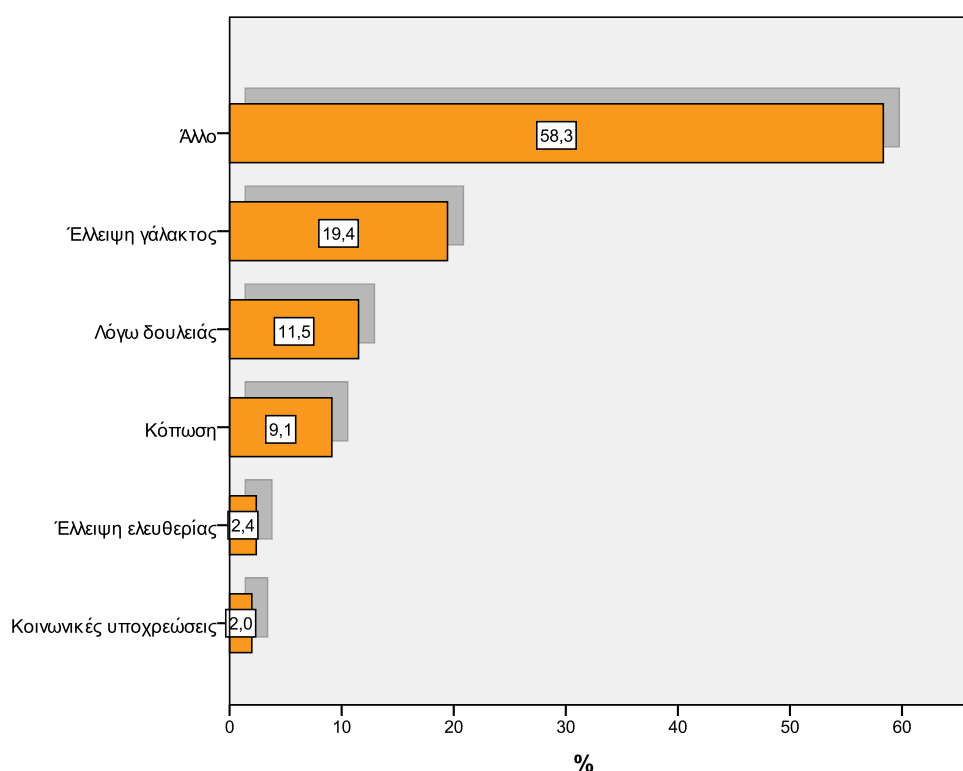
Γράφημα 9: Εκτιμώμενο ποσοστό συμφωνίας αναφορικά με τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού.

Ο Πίνακας 5.8 (και το Σχήμα 10) αποτυπώνουν το λόγο για τους οποίους διεκόπη ο θηλασμός. Η έλλειψη γάλακτος συντέλεσε στη διακοπή του θηλασμού σε ποσοστό 19,4% (N=49). Ακόμη, σε 29 περιπτώσεις (11,5%) διεκόπη λόγω δουλειάς, και σε 23 (9,1%) λόγω κόπωσης. Επίσης, με χαμηλότερα ποσοστά ο θηλασμός διεκόπη λόγω κοινωνικών υποχρεώσεων (2%, N=5) και λόγω έλλειψης ελευθερίας (2,4%, N=6). Στο μεγαλύτερο ποσοστό όμως (58,3%, N=147), άλλοι ήταν οι λόγοι για τους οποίους διεκόπη ο θηλασμός (θηλάζω ακόμα N=76, φυσικός αποθηλασμός N=16, νέα εγκυμοσύνη N=15, ηλικία του παιδιού N=10, ιατρικοί λόγοι N=5, προσωπική επιλογή N=3, επιλόχεια κατάθλιψη, λάθος συμβουλές, λόγοι υγείας, αλλεργία, ζήλια του πρώτου παιδιού, λανθασμένη διάγνωση δερματολόγου, πληγή στις θηλές, μαστίτιδα, σύγχυση θηλών, μη υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον).

Πίνακας 5.8: Πίνακας συχνοτήτων αναφορικά με τους λόγους διακοπής του θηλασμού

Λόγος διακοπής θηλασμού	N=182	f %
Λόγω δουλειάς	29	11,5
Κόπωση	23	9,1
Έλλειψη γάλακτος	49	19,4
Κοινωνικές υποχρεώσεις	5	2,0
Έλλειψη ελευθερίας	6	2,4
Άλλο	147	58,3

N: Συχνότητα, f %: Σχετική συχνότητα %



Γράφημα 10: Εκτιμώμενο ποσοστό συμφωνίας αναφορικά με τους λόγους διακοπής του θηλασμού.

Τέλος, στην ερώτηση «Εάν τώρα κάνετε παιδί, θα επιλέγατε να το θηλάσετε;», σχεδόν όλες οι ερωτώμενες απάντησαν θετικά (97,6%, N=146) και μόλις 6 (N=2,4%) απάντησαν αρνητικά.

5.2 Επαγωγική Ανάλυση.

5.2.1 Επίδραση της ηλικίας κατά τη γέννα στο είδος του τοκετού.

Για τη διερεύνηση πιθανής διαφοροποίησης του είδους του τοκετού σε σχέση με την ηλικία των γυναικών κατά τη γέννα πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.9.

Πίνακας 5.9: Έλεγχοι διαφοράς μέσω των τιμών ηλικίας γυναικών σε σχέση με το είδος του τοκετού

	Φυσιολογικός		Καισαρική			
	Τοκετός		Τομή			
	(N=127)		(N=125)			
Μεταβλητές	M..T.	T.A.	M.T.	T.A.	t	p-value
Ηλικία	30,83	4,89	32,62	4,74	-2,947	0,004
(t-test)						

Η ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά στο είδος του τοκετού σε σχέση με την ηλικία των γυναικών κατά την κάθε γέννα [$t(250)=-2,947$, $p=0,004$]. Πιο συγκεκριμένα, όσες γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή έχουν στατιστικά μεγαλύτερη μέση ηλικία από όσες γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό (Καισαρική Τομή: M.T.=32,62, T.A.=4,74 έναντι Φυσιολογικού Τοκετού: M.T.=30,83, T.A.=4,89).

5.2.2 Επίδραση της ηλικίας στον θηλασμό από την αρχή της γέννησης.

Για τη διερεύνηση πιθανής διαφοροποίησης του θηλασμού από την αρχή κάθε γέννας σε σχέση με την ηλικία των γυναικών πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.10.

Πίνακας 5.10: Έλεγχοι διαφοράς μέσων τιμών ηλικίας γυναικών σε σχέση με το εάν θήλασαν από την αρχή κάθε γέννησης

Θηλασμός από την αρχή της γέννας						
Μεταβλητές	Ναι		Όχι		t	p-value
	(N=230)		(N=22)			
	M..T.	T.A.	M.T.	T.A.		
Ηλικία	31,81	4,96	30,68	4,08	1,036	0,301
(t-test)						

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της ηλικίας των γυναικών κατά την κάθε γέννα σε σχέση με το εάν θήλασαν από την αρχή κάθε γέννας [$t(250)=1,036$, $p=0,301$].

5.2.3 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση.

Για να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ του είδους του τοκετού για κάθε γέννα με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων εφαρμόστηκε στατιστικός έλεγχος με το κριτήριο Chi-square (χ^2) για ανεξάρτητα δείγματα (Πίνακας 5.11).

Πίνακας 5.11: Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή	Είδος τοκετού	χ^2	p-value

Κατάσταση	Φυσιολογικός		Καισαρική			
	Τοκετός		Τομή			
	(N=127)		(N=125)			
	N	f%	N	f%		
Παντρεμένη/Σύμφωνο Συμβίωσης	121	95,3	117	93,6	0,476	0,788
Διαζευγμένη	5	3,9	6	4,8		
Άγαμη	1	0,8	2	1,6		
[Chi-square (χ^2)]						

Δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του είδους του τοκετού σε κάθε γέννα και της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων [$\chi^2(2)=0,476$, $p=0,788$].

5.2.4 Διαφοροποίηση του επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού.

Για τη διερεύνηση πιθανής διαφοροποίησης του επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού πραγματοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.12.

Πίνακας 5.12: Έλεγχοι διαφοράς μέσων τιμών επιπέδου ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού

Μεταβλητές	Φυσιολογικός	Καισαρική	t	p-value
	Τοκετός	Τομή		
	(N=114)	(N=125)		

	<i>M..T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>		
Επίπεδο ικανοποίησης	4,48	0,94	3,28	1,49	7,522	<0,001
(t-test)						

Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού [$t(211,978)=7,522$, $p<0,001$]. Πιο συγκεκριμένα, όσες γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό έχουν στατιστικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με όσες γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή (Φυσιολογικός Τοκετός: $M.T.=4,48$, $T.A.=0,94$ έναντι Καισαρικής Τομής: $M.T.=3,28$, $T.A.=1,49$).

5.2.5 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με τον θηλασμό από την αρχή της γέννησης του κάθε τέκνου.

Για να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ του είδους του τοκετού για κάθε γέννα με το εάν θήλασαν οι ερωτώμενες από την αρχή γέννησης του κάθε τέκνου εφαρμόστηκε στατιστικός έλεγχος με το κριτήριο Chi-square (χ^2) για ανεξάρτητα δείγματα (Πίνακας 5.13).

Πίνακας 5.13: Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με τον θηλασμό από την αρχή της γέννησης του κάθε τέκνου

		<i>Είδος τοκετού</i>					
		<i>Φυσιολογικός Τοκετός (N=127)</i>		<i>Καισαρική Τομή (N=125)</i>			
<i>Θηλασμός από την αρχή γέννησης τέκνου</i>		<i>N</i>	<i>f%</i>	<i>N</i>	<i>f%</i>	χ^2	<i>p-value</i>
Ναι		117	92,1	113	90,4	0,236	0,627
Όχι		10	7,9	12	9,6		
[Chi-square (χ^2)]							

Δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του είδους του τοκετού σε κάθε γέννα με την απόφαση να θηλάσουν από την αρχή της γέννησης κάθε τέκνου [$\chi^2(1)=0,236$, $p=0,627$].

5.2.6 Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με το είδος θηλασμού κάθε τέκνου.

Για να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ του είδους του τοκετού με το είδος θηλασμού του κάθε τέκνου εφαρμόστηκε στατιστικός έλεγχος με το κριτήριο Chi-square (χ^2) για ανεξάρτητα δείγματα (Πίνακας 5.14).

Πίνακας 5.14: Διαφοροποίηση του είδους τοκετού με το είδος θηλασμού του κάθε τέκνου

	Είδος τοκετού				χ^2	p-value
	Φυσιολογικός		Καισαρική			
	Τοκετός		Τομή			
	(N=127)		(N=125)			
Είδος θηλασμού	N	f%	N	f%		
Αποκλειστικός θηλασμός	89	73,6	87	70,7	0,242	0,623
Μεικτός θηλασμός	32	26,4	36	29,3		
[Chi-square (χ^2)]						

[Chi-square (χ^2)]

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, δεν διαπιστώθηκε κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ του είδους του τοκετού με το είδος θηλασμού κάθε τέκνου [$\chi^2(1)=0,242$, $p=0,623$].

Στον παρακάτω πίνακα καταγράφονται συνολικά οι τιμές p-values ανά κατηγορία που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση.

Πίνακας 5.15: Τιμές p-values ανά κατηγορία

Κατηγορία	p-value
Ηλικία γυναικών σε σχέση με το είδος	0,004

τοκετού	
Ηλικία γυναικών σε σχέση με το αν θηλάσαν από την αρχή	0,301
Είδος τοκετού σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση	0,788
Επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το είδος τοκετού	0,001
Είδος τοκετού σε σχέση με το θηλασμό από την αρχή της γέννησης	0,627
Είδος τοκετού σε σχέση με το είδος θηλασμού	0,623

Συνολικά με όλα τα παραπάνω προκύπτουν τα εξής: Σχετικά με το πόσο επιδρά η ηλικία κατά την γέννα στο είδος του τοκετού, διαπιστώθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν διαπιστώθηκε κάποια διαφοροποίηση λόγω της ηλικίας της συμμετέχουσας στο κομμάτι του θηλασμού από την αρχή της εγκυμοσύνης, όπως ούτε στο είδος του τοκετού σημειώθηκε κάποια σχέση με την οικογενειακή κατάσταση. Στην ερώτηση που αφορούσε την ικανοποίηση της γυναίκας μετά από φυσιολογικό τοκετό σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση. Σε ό,τι αφορά στο είδος του τοκετού το πόσο επηρεάζει τη γυναίκα να θηλάσει από την αρχή με το που γεννήσει, τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά κάποια διαφοροποίηση. Τέλος, δεν διαπιστώθηκε επίσης καμία στατιστική διαφορά στο είδος του τοκετού σχετικά με το είδος θηλασμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Συζήτηση-Συμπεράσματα

6.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα.

Σκοπός της εν λόγω Διπλωματικής Εργασίας ήταν να καταγραφεί ποιο είδος τοκετού προτιμάται από τις Ελληνίδες και πόσο επηρεάζει τελικά (αν επηρεάζει) η διενέργεια του φυσιολογικού τοκετού ή της καισαρικής τομής, στην απόφαση της γυναίκας να ξεκινήσει τον αποκλειστικό ή μεικτό θηλασμό. Επιπλέον, θέλαμε να αποσαφηνιστεί και πόσο εύκολο είναι, ανάλογα με το είδος του τοκετού, να διατηρηθεί ο θηλασμός για όσο μεγαλύτερο διάστημα είναι εφικτό σύμφωνα και με τις συστάσεις του ΠΟΥ.

Με βάσει την βιβλιογραφική ανασκόπηση παγκόσμιου επιπέδου, οι απόψεις σε ελάχιστες μελέτες δείχνουν να διίστανται. Σε κάποιες μελέτες φαίνεται να μην επηρεάζεται ιδιαίτερα τόσο το είδος του τοκετού που θα επιλέξει μία γυναίκα, όσο και το πόσο θα είναι σε θέση να ξεκινήσει το θηλασμό (είτε τον αποκλειστικό είτε τον μεικτό), μέχρι το πόση διάρκεια θα έχει ο θηλασμός. Από την άλλη πλευρά, στην πλειοψηφία των μελετών που καταγράφηκαν στην παραπάνω έρευνα, με δεδομένα παγκόσμιας κλίμακας αλλά και με τα ελληνικά δεδομένα, καταγράφηκε ένα μεγάλο ποσοστό των γεννήσεων που περατώνονται χειρουργικά, να αποτελεί αρνητικό παράγοντα για την έναρξη του θηλασμού μέχρι και την εδραίωσή και διατήρησή του.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά στην έναρξη και διατήρησή του θηλασμού, πέρα από την καισαρική τομή, όπως είναι η κούραση, το μη υποστηρικτικό περιβάλλον (επαγγελματίες υγείας- οικογένεια), η μη εκπαίδευση και προετοιμασία για το στάδιο του θηλασμού, οι επαγγελματικές υποχρεώσεις, η χαμηλή αυτοπεποίθηση, προβλήματα υγείας είτε της μητέρας είτε του νεογνού. Παρόλα αυτά, σε πολλές μελέτες υπογραμμίζεται πως τα υψηλά ποσοστά καισαρικής σε πολλές χώρες, όπως και στην Ελλάδα, συμβάλλουν αρνητικά στην έναρξη, εδραίωση και διατήρησή του θηλασμού.

Τα αποτελέσματα της δικής μας μελέτης, έδειξαν πως οι γυναίκες προτιμούν το φυσιολογικό τοκετό. Οι 127 (50,4%) γεννήσεις περατώθηκαν φυσιολογικά, ενώ οι 125 (49,6%) γεννήσεις με καισαρική τομή. Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των γεννήσεων με καισαρική (55,6%), (N=69) αποφασίστηκε εκτάκτως, πριν τον τοκετό. Σε ό,τι αφορά τη συσχέτιση του είδους του τοκετού με την επιθυμία της γυναίκας να θηλάσει ή όχι

σχεδόν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος απάντησε πως δεν επηρεάστηκε η απόφασή της από τον τρόπο με τον οποίο γέννησε.

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί το κομμάτι που αφορά το επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με το είδος του τοκετού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της δικής μας έρευνας, θα πρέπει να τονίσουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είχε στατιστικά μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης σχετικά με τον φυσιολογικό τοκετό, σε αντίθεση με όσες γέννησαν με καισαρική τομή.

Όσον αφορά, τα μαθήματα για τα οφέλη και τη σωστή τεχνική του μητρικού θηλασμού, το 58% του δείγματος απάντησε πως δεν παρακολούθησε κανένα μάθημα. Άξιο προσοχής είναι πως η πλειοψηφία των συμμετεχουσών σε ό,τι αφορά τις πηγές ενημέρωσης για τα οφέλη του θηλασμού ένα ποσοστό της τάξεως 32,9% δήλωσε πως ενημερώθηκε από ομάδες μητρικού θηλασμού, ενώ το 23,8% δήλωσε ότι ενημερώθηκε από μαίες. Το 15,9% από το διαδίκτυο, ενώ το 15,5% από ιατρούς.

6.2 Προτάσεις.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παρούσα εργασία, είναι εμφανές το κενό ενημέρωσης που έχουν οι νέες μητέρες τόσο για το είδος τοκετού όσο και για το μητρικό θηλασμό. Είναι επιτακτική ανάγκη να εφαρμοστούν στρατηγικές ενημέρωσης, καθοδήγησης, ενθάρρυνσης από επαγγελματίες υγείας. Οι ιατροί οφείλουν να πληροφορούν και να κατευθύνουν τις γυναίκες προς τη διενέργεια φυσιολογικού τοκετού. Πέρα από τα οφέλη που μπορεί να προσφέρει ο φυσιολογικός τοκετός στη γυναίκα και στο παιδί, προσφέρει πολλά τόσο στο υγειονομικό σύστημα, όσο και στο κοινωνικό περιβάλλον, στον εργασιακό χώρο καθώς και στην οικογένεια που αποκτά νέο μέλος μετά από φυσιολογικό τοκετό.

Όσον αφορά τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό, οι γυναίκες θα πρέπει να ενημερώνονται από νωρίς, τόσο μέσα από μαθήματα προετοιμασίας για νέους γονείς, για ανώδυνο τοκετό, για τεχνικές μητρικού θηλασμού, όσο και από παιδιάτρους, μαιευτήρες-γυναικολόγους και μαίες. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι δίπλα σε κάθε γυναίκα και να την

ενημερώνουν, ανεξάρτητα από εμπορικά συμφέροντα και απαλλαγμένοι από συγκρούσεις συμφερόντων.

Σε κάποιες χώρες Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα, περίπου ένα στα πέντε αγόρια είναι παχύσαρκα, ενώ οι σκανδιναβικές και οι χώρες της Βαλτικής είναι μεταξύ των χωρών με τα χαμηλότερα ποσοστά. Η παχυσαρκία σε μικρά παιδιά σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά έναρξης του θηλασμού μαζί με την πρόωρη διακοπή του. Αυτό επηρεάζει αρνητικά τη μακροχρόνια υγεία και αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας στις επόμενες γενιές. Συνολικά, υπάρχει μικρότερη έναρξη του θηλασμού και μικρότερη διάρκεια του από μητέρες με χαμηλή επίπεδο εκπαίδευσης. (Sarki, et al., 2019).

Απαιτούνται ισχυρές πολιτικές, να υπάρχει καλύτερη άδεια μητρότητας και προστασία έναντι του μάρκετινγκ όχι μόνο για την επίτευξη του παγκόσμιου στόχου τουλάχιστον 50% αποκλειστικός θηλασμός για τους πρώτους 6 μήνες έως το 2025, αλλά και για την επίτευξη του στόχου του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης να σταματήσει η αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας, η οποία συνδέεται στενά με τις κακές πρακτικές διατροφής. Τα χαμηλά επίπεδα θηλασμού έχουν αποδοθεί στην έλλειψη γνώσεων σχετικά με το θηλασμό και εσφαλμένες συμβουλές για τη βρεφική διατροφή από επαγγελματίες υγείας.

Το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης συνιστά να υπάρξει πιο σωστή νομοθεσία για την προστασία της μητρότητας που να επιτρέπει σε όλες τις εργαζόμενες μητέρες να θηλάζουν αποκλειστικά τα βρέφη τους για 6 μήνες, επίσης να καθοριστούν πρότυπα για βέλτιστες πρακτικές σε δημόσιους χώρους καθώς και σε όλες τις υπηρεσίες μητρότητας και παιδικής μέριμνας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνόγλωσση

Αντσακλής Α. (2008) Μαιευτική και Γυναικολογία. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα.

Βούρτση Ι. (2019) Αποτύπωση και μελέτη των στάσεων και απόψεων των Ελληνίδων αναφορικά με την διενέργεια καισαρικής τομής έναντι φυσιολογικού τοκετού. Πτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Πατρών. Σχολή Επιστημών Αποκατάσταση Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Διαθέσιμο διαδικτυακά:

<http://repository.library.teimes.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/8191/%CE%A0%CE%A4%CE%A5%CE%A7%CE%99%CE%91%CE%9A%CE%97%20%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91%202019-%CE%92%CE%9F%CE%A5%CE%A1%CE%A4%CE%A3%CE%97%20%CE%99%CE%A9%CE%91%CE%9D%CE%9D%CE%91.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Γαλάνης Π. (2012) Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες. Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 29 (6): 744-755.

Δάγλα Μ. (2007) Μητρικός Θηλασμός: Παράγοντες που επηρεάζουν την έναρξη και τη διάρκειά του στην Ελλάδα- Ελεύθω.

Ζαφράκας Μ. (2008) Διδακτικές Σημειώσεις Μαιευτικής, Τοκετού και Λοχείας. ΣΕΥΠ-Τμήμα Μαιευτικής, Θεσσαλονίκη.

Ιατράκης Γ.Μ. (2004) Βιβλίο Μαιευτικής. Εκδόσεις Δεσμός, Αθήνα.

Καρπάθιος Σ.Ε. (2001) Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ. (2009) Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. Αθήνα.

Κρεατσάς Γ. (1997) Σύγχρονη Γυναικολογία και Μαιευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

Κρεατσάς Γ. (1998) Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική. Α' τόμος. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.

Lowdermilk D., Perry S. (2003) Νοσηλευτική Μητρότητας, Τόμος Ι, Τόμος ΙΙ, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός, Αθήνα.

Μπουλούτζα Π. (2017) Με καισαρική γεννούν οι Ελληνίδες Τρίτη, Παρασκευή και Σάββατο. Πόρισμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τις καισαρικές τομές στην Ελλάδα.
<https://www.kathimerini.gr/society/900601/me-kaisariki-gennovn-oi-ellinides-triti-paraskevi-kai-savvato/>

Μωραΐτου Μ. (2004) Το Βίωμα της Μητρότητας. Βήτα Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.

Μωραΐτου Μ. (2007) Ψυχοσωματική ετοιμασία για τη μητρότητα. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.

Ντινς Α., Καλογερόπουλος Α., Ζαχαριάδης Α. (2015) Η Νέα Βίβλος της Εγκυμοσύνης. Εκδόσεις Ψυχογιός. Αθήνα.

Stoppard M. (2009) Σύλληψη, Εγκυμοσύνη, Τοκετός. Εκδόσεις Μίνωας. Αθήνα.

Ταουσάνη Λ. (2008) Διδακτικό Υλικό, Βασική Μαιευτική Φροντίδα, Θεσσαλονίκη.

Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος Α., Τσαλίκης Τ., Σταματόπουλος Χ. (2008) Καισαρική τομή: Νεότερα δεδομένα. Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία. 20(2):139-145.

Τραγέα Ρ. (1999) Μαιευτική Φροντίδα. Εκδόσεις Γιαννακόπουλος. Αθήνα.

Theau A. (2009) Τα Πάντα για την Εγκυμοσύνη. Εκδόσεις Πεδίο. Αθήνα.

Ξενόγλωση

Acharya P., Khanal V. (2015) The effect of mother's educational status on early initiation of breastfeeding: further analysis of three consecutive Nepal Demographic and Health Surveys. BMC Public Health.

Agea-Cano I., Linares-Abad M., Ceballos-Fuentes A., Calero-García M. (2020) Breastfeeding at 1, 3 and 6 Months after Birth according to the Mode of Birth: A Correlation Study. Environmental Research and Public Health. 17(18): 6828.

Akobeng A., Ramanan A., Buchan I., Heller R. (2006) Effect of breast feeding on risk of coeliac disease: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Archives of Disease in Childhood. 91(1): 39–43.

Alemayehu T., Haidar J., Habte D. (2009) Determinants of exclusive breastfeeding practices in Ethiopia. Ethiopian Journal of Health Development. Vol:23, I:1 , 44832.

American Academy of Pediatrics. (2012) Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. 129 (3) e827-e841.

American Academy of Pediatrics Work Group on Breastfeeding (1997) Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics. P: 1035-1039.

American College of Nurse-Midwives (2012) Supporting Healthy and Normal Physiologic Childbirth: A Consensus Statement by the American College of Nurse-Midwives, Midwives Alliance of North America, and the National Association of Certified Professional Midwives. Midwifery & Women's Health. V 57, Issue5, Pages 529-532.

Antoniou E., Orovou E., Sarella A., Iliadou M., Palaska E., Sarantaki A., Iatrakis G., Dagla M. (2020) Is Primary Cesarean Section a Cause of Increasing Cesarean Section Rates in Greece? Mater Sociomed, V:32, 287-293.

Balogun O., O'Sullivan E., McFadden A., Ota E., Gavine A., Garner C., Renfrew M., MacGillivray S. (2016) Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Library. 11.

Barclay A., Russell R., Wilson M., Gilmour W., Satsangi J., Wilson D. (2009) Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *Pediatr.* 55(3):421-6.

Behrman R., Kliegman R., Arvin . (1996) Nelson's textbook of pediatrics. Philadelphia: WB Saunders.

Bertini G., Perugi S., Dani C., Pezzati M., Tronchin M., Rubaltelli F. (2003) Maternal education and the incidence and duration of breast feeding: a prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 37(4):447-52.

Boskovic A., Kitic I., Stankovic I., Dragan P. (2013) Is Cesarean Section a Barrier to Early Initiation of Breastfeeding? Department of Gastroenterology and Hepatology, Mother and Child Health Care Institute, Medical University of Belgrade, Serbia. 50 (11) 1062-3.

Boudry G., Charton E., Huerou-Luron I., Ferret-Bernard S., Gall S., Even S., Blat S. (2021) The Relationship Between Breast Milk Components and the Infant Gut Microbiota. *Frontiers in Nutrition.* V:8.

Brown A., Jordan S. (2013) Impact of birth complications on breastfeeding duration: An internet survey. *J. Adv. Nurs.* 69:828–839.

Calcaterra V. (2021) Human Milk Microbiota and Oligosaccharides: A Glimpse into Benefits, Diversity, and Correlations. *Nutrients.* 13 (4), 1123.

Carlander A., Edman G., Christensson K., Andolf E., Wiklund I. (2010) Contact between mother, child and partner and attitudes towards breastfeeding in relation to mode of delivery. *Sex. Reprod. Healthc.* 1:27–34.

Carrie L., O'Sullivan GM., Seegobin R. (1981) Epidural fentanyl in labour. *Anaesthesia*. V: 36. P:965-969.

Cegolon L., Mastrangelo G., Maso G., Dal Pozzo G., Heymann W. C., Ronfani L., Barbone F. (2020) Determinants of length of stay after cesarean sections in the Friuli Venezia Giulia Region (North-Eastern Italy), *Surgical Case Reports*, 2005–2015.

Cohen S., Dominik A., Krebs N., Young B., Cabana M., Erdmann P., Hays N., Bezold C., Sparenberg E., Turini M., Saavedra J. (2018) Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics*, pp 190-196.

Darby M., Loughhead J. (1996) Neonatal nutritional composition and formula composition: A review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse*, 25(2), 209-217.

Der G., Batty G., Deary I. (2006) Effect of breast feeding on intelligence in children: prospective study, sibling pairs analysis, and meta-analysis. *BMJ*. 333:945.

Duijts L., Jaddoe V., Hofman A., Moll H. (2010) Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*. 126(1):e18-25.

Fernandez-Cañadas A., Duran M., Hernandez A.B., Muriel C., Pérez P., Salcedo A., Royuela A., Casillas M.L., Marín M.A. (2019) Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study. *Women Birth*. V 32, p:43–48.

Fernández-Cañadas M., Durán Duque M., Hernández López A., Muriel Miguel C., Martínez Rodríguez B., Oscoz Prim A., Pérez Riveiro P., Salcedo Mariña A., Royuela Vicente A., Casillas Santana M., Marín Gabriel M. (2017) A comparison of factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 3 and 6 months. *Breastfeed Med*. 12:430–435.

Gibbons L., Belizan J. M., Lauer J. A., Betran A. P., Merialdi M., Althabe F. (2010) The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage. *World Health Report, Background Paper*, No 30.

Greer F., Scherer S., Burks A., American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition, (2008) American Academy of Pediatrics Section on Allergy and Immunology Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. *Pediatrics*. 121(1):183-91.

Haschke F., Haiden N., Thakkar S. (2016) Nutritive and bioactive proteins in breastmilk. *Ann Nutr Metab*. 69(Suppl. 2):17–26.

Henderson J., Evans S., Straton J., Priest S., Hagan R. (2003) Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*, 30 (3):175-80.

Hobbs A., Mannion C., McDonald S., Brockway M., Tough S. (2016) The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

Hongyan C., Dingliang T. (2019) Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Frontiers in Psychology*, V:10, p:351.

Hoxha I., Syrogiannouli L., Luta X., Tal K., Goodman D., Costa B., Juni P. (2017) Caesarean sections and for-profit status of hospitals: systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 7.

Iliodromiti Z., Zografaki I., Papamichail D., Stavrou T., Gaki E., Ekizoglou C., Nteka E., Mavrika P., Zidropoulos S., Panagiotopoulos T., Antoniadou I. (2020) Increase of breastfeeding in the past decade in Greece, but still low uptake: cross-sectional studies in 2007 and 2017. *Public Health Nutrition*. Volume 23, Issue 6. pp 961-970.

Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T., Lau J. (2007) Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Reports/Technology Assessments*. (153): 1-186.

Ip S., Chung M., Raman G., Chew P., Magula N., DeVine D., Trikalinos T., Lau J. (2009) A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med*. 4 Suppl 1:S17-30.

Koletzko B., Rodriguez-Palmero M., Demmelmair H., Fidler N., Jensen R., Sauerwald T. (2001) Physiological aspects of human milk lipids. *Early Hum Dev.* 65:S3–18.

Kunz C., Rudloff S., Baier W., Klein N., Strobel S. (2000) Oligosaccharides in human milk: structural, functional, and metabolic aspects. *Annu Rev Nutr.* 20:699–722.

Kwan M., Buffler P., Abrams B., Kiley V. (2004) Breastfeeding and the risk of childhood leukemia: a meta-analysis. *Public Health Rep.* 119(6):521-35.

Lönnerdal B. Human milk proteins. In: Pickering L., Morrow A., Ruiz-Palacios G., Schanler R. (2004) *Protecting Infants Through Human Milk Advances in Experimental Medicine Biology*. Boston, MA: Springer; p. 11–25.

Martinez-Galiano J.M. (2010) Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *Metas Enfermería.* 13:61–67.

Melese A., Bizatu M., Merga D., Asmamaw D. (2020) Magnitude of Cesarean Section Delivery and Its Associated Factors Among Mothers Who Gave Birth at Public Hospitals in Northern Ethiopia: Institution-Based Cross-Sectional Study. *Multidisciplinary Healthcare*, v:13, 1563–1571.

Mihrshahi S., Kabir I., Roy SK., Agho K., Senarath U., Dibley M. (2010) Determinants of infant and young child feeding practices in Bangladesh: secondary data analysis of demographic and health survey 2004. *Food Nutr Bull.* 31(2):295-313.

Moir D. D., Thorburn J. (1986) *Obstetric Anaesthesia and Analgesia*. Εκδότης Baillière Tindall. London. 164.

Mylonas I., Friese K. (2015) Indications for and Risks of Elective Cesarean Section. *Deutsches Arzteblatt International*, 112 (29-30), 489-495.

Nishimura T., Suzue J., Kaji H. (2009) Breastfeeding reduces the severity of respiratory syncytial virus infection among young infants: a multi-center prospective study. *Pediatr Int.* 51(6):812-6.

Owen C., Martin R., Whincup P., Smith G., Cook D. (2005) Effect of infant feeding on the risk of obesity across the life course: a quantitative review of published evidence. *Pediatrics*. 115(5):1367-77.

Prior E., Santhakumaran S., Gale C., Philipps L.H., Modi N., Hyde M.J. (2012) Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, V: 95, I: 5, pp. 1113-1135.

Rabiepoor S., Hamidiazar P., Sadeghi E. (2017) The relationship between type of delivery and successful breastfeeding. *Int. J. Pediatr*. 5:4899–4907.

Read M.D., Hunt L.P., Anderton J.M, Lieberman B.A. (2009) Epidural block and the progress and outcome of the labour. *Obstetrics Gynaecology*. Volume 4. P: 35-39.

Regan J., Thompson A., DeFranco E. (2013) The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: A population-based study. *Breastfeed Med*. 8:181–186.

Renfrew M., McCormick F., Wade A., Quinn B., Dowswell T. (2012) Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 5.

Rios N., Valencia G., Ortiz A. (2008) Cesarean Delivery as a Barrier for Breastfeeding Initiation: The Puerto Rican Experience. *HHS Public Access*. 24, P: 293-302.

Rollins N., Bhandari N., Hajeebhoy N., Horton S., Lutter C., Martines J., et al. (2016) Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*, 387:491-504.

Roostae F., Tabatabaei S., Zabolli M., Keykhaie R., Sharifi-Rad J., Shahrak P., Soroush F. (2015) Breast-feeding Continuation in South-Eastern of Iran: the Associated Factors. *Medical Archieves*. 69 (2): 98–102.

Rosenbauer J., Herzig P., Giani G. (2008) Early infant feeding and risk of type 1 diabetes mellitus—a nationwide population-based case-control study in pre-school children. *Diabetes Metab Res Rev*. 24(3):211-22.

Rudant J., Orsi L., Menegaux F., Petit A., Baruchel A., Bertrand Y., Lambilliotte A., Alain R., Gérard M., Margueritte G., Tandonnet J., Mechinaud F., Bordigoni P., Hémon D., Clavel J. (2010) Childhood acute leukemia, early common infections, and allergy: The ESCALE Study. *Am J Epidemiol.* Volume 172, Issue 9, Pages 1015–1027.

Sacristán A.M., Lozano J.E., Gil M., Vega A.T. (2011) Situación actual y factores que condicionan la lactancia materna en Castilla y León. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* 13:33–46.

Santacruz-Salas E., Aranda-Reneo I., Segura-Fragoso A., Cobo-Cuenca A.I., Laredo-Aguilera J.A., Carmona-Torres J.M. (2019) Mothers' Expectations and Factors Influencing Exclusive Breastfeeding during the First 6 Months. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* P: 17:77.

Sarki M., Parlesak A., Robertson A. (2019) Comparison of national cross-sectional breast-feeding surveys by maternal education in Europe (2006–2016). *Public Health Nutrition* 22(5): 848–861.

Scott J.A., Landers M.C., Hughes R.M., Binns C.W. (2001) Factors associated with breastfeeding at discharge and duration of breastfeeding. *J. Paediatrics and Child Health*, V 37, I 3, pp. 254-261.

Sharifi F., Nouraei S., Sharifi N. (2017) Factors affecting the choice of type of delivery with breast feeding in Iranian mothers. *Electron. Physician.* 9:5265–5269.

Sharma S., Dhakal I. (2018) Cesarean vs Vaginal Delivery: An Institutional Experience. *J Nepal Med Assoc.* 56(209):535-539.

Smilowitz J., Lebrilla C., Mills D., German J., Freeman S. (2014) O Breast milk oligosaccharides: structure-function relationships in the neonate. *Annu Rev Nutr.* 34 : 143–69.

Spooren P., Mortelmans D., Denekens J. (2007) Student evaluation of teaching quality in higher education: development of an instrument based on 10 Likert-scales. *Assessment & Evaluation in Higher Education.* V:32, I:6, P: 667-679.

Taha Z., Hassan A., Scott L., Papandreou D. (2019) Prevalence and Associated Factors of Caesarean Section and its Impact on Early Initiation of Breastfeeding in Abu Dhabi, United Arab Emirates. *Nutrients*. 11(11): 2723.

Tang K., Wang H., Tan S., Xin T., Qu X., Tang T., Wang Y., Liu Y., Gaoshan J. (2019) Association between maternal education and breast feeding practices in China: a population-based cross-sectional study. *BMJ Open*. 9(8):e028485.

Taveras E., Capra A., Braveman P., Jensvold N., Escobar G., Lieu T. (2003) Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics*, 112 (1), 108-115.

Tavoulari E.F., Benetou V., Vlastarakos P., Andriopoulou E., Kreatsas G., Linos A. (2015) Factors affecting breast-feeding initiation in Greece: What is important? *Midwifery*. V: 31, I: 2, P:323-331.

Theofilogiannakou M., Skouroliahou M., Gounaris A., Panagiotakos D., Markantonis S. (2006) Breast-feeding in Athens, Greece, Factors Associated With Its Initiation and Duration. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Hypatology*. Volume 43, Issue 3, pp 379-384.

Unicef (2020) There is much work to be done to improve breastfeeding practices worldwide, World Breastfeeding Week 2020.

Vassilaki M., Chatzi L., Bagkeris E., Papadopoulou E., Karachaliou M., Koutis A., Philalithis A., Kogevinas M. (2014) Smoking and caesarean deliveries: major negative predictors for breastfeeding in the mother-child cohort in Crete, Greece (Rhea study). *Maternal and Child Nutrition*. 10(3): 335-346.

Vohr B., Poindexter B., Dusick A., McKinley L., Wright L., Langer J., Poole K. (2006) Beneficial Effects of Breast Milk in the Neonatal Intensive Care Unit on the Developmental Outcome of Extremely Low Birth Weight Infants at 18 Months of Age. *Pediatrics*. 118(1):115-23.

Watt S., Sword W., Sheehan D., Foster G., Thabane L., Krueger P., Landy C.K. (2012) The effect of delivery method on breastfeeding initiation from the the Ontario Mother and Infant Study (TOMIS) III. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs*. 41:728-737.

World Health Organization. (2016) Greece commits to addressing excessive reliance on caesarean sections, Europe.

Παράρτημα 1

Ερωτηματολόγιο Έρευνας

Αρ. Μητέρας:

A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

1. Ποια είναι η ηλικία σας;

Ηλικία:

2. Αριθμός παιδιών:

Παιδιά:

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- ☐ Παντρεμένη/ Σύμφωνο συμβίωσης
- ☐ Διαζευγμένη
- ☐ Άγαμη

4. Εκπαίδευση:

- ☐ Πρωτοβάθμια (Δημοτικό)
- ☐ Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο/Λύκειο)
- ☐ Τριτοβάθμια (ΑΕΙ/ΤΕΙ)
- ☐ Αναλφάβητη

5.Εθνικότητα:

- ☐ Ελληνική
- ☐ Άλλη.....

6.Ηλικία που γεννήσατε το κάθε παιδί;

1^ο παιδί σε ηλικία:

2^ο παιδί σε ηλικία:

3^ο παιδί σε ηλικία:

4^ο παιδί σε ηλικία:

B. ΠΡΟΤΙΜΗΣΕΙΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ Η΄ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

7. Σας παρακολουθεί συγκεκριμένος γυναικολόγος;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

8. Πόσο συχνά επισκέπτεστε τον γυναικολόγο σας;

- ☐ Μία φορά το χρόνο
- ☐ Δύο φορές το χρόνο
- ☐ Συχνότερα
- ☐ Περιστασιακά/Όποτε προκύψει κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα υγείας

- ☐ Κατά τη διάρκεια μιας εγκυμοσύνης

9. Πότε γεννήσατε το παιδί σας;

Έτος:

10. Είδος τοκετού;

- ☐ Φυσιολογικός Τοκετός
- ☐ Καισαρική Τομή

(Στο είδος τοκετού αν απαντήσετε με καισαρική τομή, τότε συνεχίζετε με τις ακόλουθες ερωτήσεις)

11. Η Καισαρική Τομή, πότε αποφασίστηκε;

- ☐ Από την αρχή της εγκυμοσύνης
- ☐ Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης
- ☐ Εκτάκτως, πριν τον τοκετό

12. Αν αποφασίστηκε στην αρχή της εγκυμοσύνης ήταν δική σας επιθυμία ή του γιατρού σας;

- ☐ Δική μου
- ☐ Του ιατρού

13. Αν την επέλεξε ο γιατρός σας

- ☐ Υπήρχε υψηλότερο οικονομικό κίνητρο;
- ☐ Ήταν κύηση υψηλού κινδύνου;
- ☐ Ήταν δίδυμη κύηση;
- ☐ Άλλο.....

(Μετά επιλέξτε έναν αριθμό (από 1 έως 5), ο οποίος περιγράφει καλύτερα αυτό που αισθάνεστε. Ο αριθμός 1 σημαίνει ότι διαφωνείτε έντονα με τη δήλωση, ο αριθμός 5 σημαίνει ότι συμφωνείτε απόλυτα με τη δήλωση)

14. Γιατί επιλέξατε καισαρική τομή;

- ☐ Διότι φοβάμαι τον πόνο 1 2 3 4 5
- ☐ Με την καισαρική τομή, μπορώ να σχεδιάσω πότε θα γεννήσω 1 2 3 4 5
- ☐ Με την καισαρική τομή, το μωρό θα υποφέρει λιγότερο 1 2 3 4 5
- ☐ Το νοσοκομείο δεν προσφέρει επισκληρίδιο αναισθησία για τον κοιλικό τοκετό ή πονάει λιγότερο 1 2 3 4 5
- ☐ Έχω ήδη κάνει καισαρική τομή 1 2 3 4 5
- ☐ Μετά από καισαρική τομή είναι πιο εύκολο να επιστρέψω στη συζυγική μου ζωή 1 2 3 4 5
- ☐ Η καισαρική τομή είναι ασφαλέστερη για την υγεία μου 1 2 3 4 5

15. Δηλώσατε στον ιατρό σας την προτίμηση σας;

- ☐ Ναι

Δεληγιαννίδου Ελένη «Οι απόψεις των Ελληνίδων σχετικά με το είδος του τοκετού και κατά πόσο αυτό επηρεάζει την εδραίωση του μητρικού θηλασμού: Η περίπτωση του Νομού Πιερίας»

☐ Όχι

16. Πόσο ικανοποιημένη είστε με την καισαρική τομή, με μια κλίμακα από 1-5 (1 καθόλου – 5 εξαιρετικά)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

17. Στην περίπτωση που γεννήσατε με φυσιολογικό τοκετό, με μια κλίμακα από 1-5 πόσο ικανοποιημένη είστε με τον ΦΤ. (1 καθόλου – 5 εξαιρετικά)

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ 4

☐ 5

18. Αν κάνατε κι άλλο παιδί πως θα θέλατε να γεννήσετε;

☐ Με Φυσιολογικό Τοκετό

☐ Με Καισαρική Τομή

Γ. ΘΗΛΑΣΜΟΣ

19.Θηλάσατε από την αρχή της γέννησής του μωρού σας;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

20. Αν ναι, τι είδους θηλασμό κάνατε;

- ☐ Αποκλειστικό θηλασμό (μόνο μητρικό γάλα)
- ☐ Μεικτό θηλασμό (μητρικό γάλα σε συνδυασμό με ξένο γάλα)

21. Αν απαντήσατε μόνο αποκλειστικό θηλασμό, για πόσο χρονικό διάστημα θηλάσατε;

- ☐ Μέχρι 40 ημέρες
- ☐ 2-3 μήνες
- ☐ 4-6 μήνες
- ☐ 7-9 μήνες
- ☐ 10-12 μήνες
- ☐ Άλλο...

22. Αν απαντήσατε μεικτό θηλασμό, πόσες φορές την ημέρα δίνετε μητρικό γάλα και για πόσο χρονικό διάστημα;

- ☐ 1-2 φορές την ημέρα
- ☐ 3-4 φορές την ημέρα
- ☐ 5 και άνω

Διάστημα:

- ☐ Μέχρι 40 ημέρες
- ☐ 2-3 μήνες
- ☐ 4-6 μήνες
- ☐ 7-9 μήνες
- ☐ 10-12 μήνες
- ☐ Άλλο...

23. Είχατε παρακολουθήσει μαθήματα για τα οφέλη του μητρικού θηλασμού και για τη σωστή τεχνική θηλασμού;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

24. Θεωρείτε ότι το είδος του τοκετού, σας επηρέασε στην εδραίωση ή μη του θηλασμού;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

25. Από πού είχατε ενημερωθεί για τα οφέλη του θηλασμού;

- ☐ Γιατρό
- ☐ Μαία
- ☐ Ομάδες μητρικού θηλασμού

- ☐ Διαδίκτυο/ Ιντερνέτ
- ☐ Συγγενείς/Φίλους
- ☐ Βιβλία/Περιοδικά
- ☐ Από άλλες πηγές

26. Για ποιο λόγο διακόψατε τον θηλασμό;

- ☐ Λόγω δουλειάς
- ☐ Κόπωσης
- ☐ Έλλειψη γάλακτος
- ☐ Κοινωνικών υποχρεώσεων
- ☐ Έλλειψη ελευθερίας
- ☐ Άλλο...

27. Αν τώρα κάνετε παιδί, θα επιλέγατε να το θηλάσετε;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

Σας ευχαριστούμε

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, και δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.