



## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου και Μητρικού Θηλασμού**  
Μελέτη Μητέρας–Παιδιού Κρήτης (Μελέτη Ρέα)

**ΦΟΥΡΝΑΡΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ**  
Κοινωνική Λειτουργός

- Επιβλέποντες:
1. **ΧΑΤΖΗ ΛΗΔΑ**, Λέκτορας  
Επιδημιολογίας της διατροφής, Τμήμα  
Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης.
  2. **ΒΑΣΙΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ**, Ιατρός PhD  
Επιδημιολογίας.
  3. **ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**, MA, PhD,  
Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα  
Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης.

*Ηράκλειο, [Δεκέμβριος 2011]*



## **Ευχαριστίες**

Φτάνοντας στο τέλος της εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους επιβλέποντες κα. Χατζή Λήδα, κα. Βασιλάκη Μαρία και κ. Κριτσωτάκη Γιώργο για την αμέριστη συμπαράσταση, την τακτική παρακολούθηση, την επιστημονική καθοδήγηση και την ένθερμη ενδυνάμωση που μου προσέφεραν καθ' όλη την διάρκεια της ερευνητικής αυτής προσπάθειας. Οπωσδήποτε θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Γεωργίου Βαγγέλη, συνεργάτη της Μελέτης Ρέα, για την πολύτιμη βοήθεια που μου προσέφερε για μια επιτυχή ολοκλήρωση της στατιστικής ανάλυσης.

Θα ήθελα ακόμη να ευχαριστήσω την οικογένεια και τους φίλους μου για την πολύπλευρη στήριξη τους, την ενθάρρυνση και την κατανόηση που έδειξαν το χρονικό διάστημα της εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη μεταπτυχιακής εργασίας .....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	8
Ανασκόπηση βιβλιογραφίας.....	10
Μητρικός θηλασμός.....	10
Κοινωνικό κεφάλαιο.....	19
Μητρικός θηλασμός και κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες.....	21
Κοινωνικό κεφάλαιο και μητρικός θηλασμός .....	21
Μεθοδολογία.....	23
Πληθυσμός μελέτης ΡΕΑ.....	24
Συλλογή δεδομένων-υλικό.....	24
Πληθυσμός παρούσας μελέτης .....	25
Ερωτηματολόγιο μέτρησης κοινωνικού κεφαλαίου.....	25
Θηλασμός.....	26
Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες.....	27
Στατιστική ανάλυση .....	27
Αποτελέσματα.....	30
Μελέτη αξιοπιστίας .....	30
Περιγραφική ανάλυση.....	30
Συζήτηση- Συμπεράσματα .....	61
Βιβλιογραφία.....	66

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

**Τίτλος εργασίας:** Κοινωνικό κεφάλαιο και μητρικός θηλασμός. Μελέτη μητέρας – παιδιού Κρήτης, Μελέτη Ρέα.

Της: Φούρναρη Χαρίκλειας.

Υπό την επίβλεψη των:

1. Χατζή Λήδας
2. Βασιλάκη Μαρίας
3. Κριτσωτάκη Γεώργιο

Ημερομηνία: Δεκέμβριος 2011

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικό κεφάλαιο, μητρικός θηλασμός, διάρκεια μητρικού θηλασμού, πρωτοβουλία μητρικού θηλασμού, αποκλειστικός μητρικός θηλασμός.

**Εισαγωγή:** Ο μητρικός θηλασμός αποτελεί σημαντικό παράγοντα διαφύλαξης της υγείας των παιδιών και των μητέρων τους. Το κοινωνικό κεφάλαιο ενός ατόμου θεωρείται ότι σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα σε πληθώρα υγειονομικών παραμέτρων και μεταβλητών. Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία οι μελέτες συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας με την πρακτική του θηλασμού, είναι περιορισμένες.

**Μεθοδολογία:** Η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια της προοπτικής μελέτης Μητέρας Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ). Για τη πραγματοποίησή της χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για N=493 μητέρες, που συλλέχθηκαν με τα ερωτηματολόγια της 12ης και 30ης εβδομάδας κύησης, καθώς και του 6<sup>ου</sup> και 18<sup>ου</sup> μήνα μετά τον τοκετό, ενώ η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων έγινε με το ερωτηματολόγιο του Κοινωνικού Κεφαλαίου (SCQ-G) στη 24η εβδομάδα κύησης περίπου. Έγινε πολλαπλή λογιστική και γραμμική παλινδρόμηση για να εκτιμηθεί η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων με τη πρακτική του θηλασμού μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

**Αποτελέσματα:** Μητέρες στο μεσαίο επίπεδο συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου ήταν εκείνες που έδειξαν αυξημένη πιθανότητα να έχουν θηλάσει το βρέφος τους (OR=2.43, 95% CI=1.13,5.23), μετά τον έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες. Οι μητέρες που ανήκουν στο υψηλό επίπεδο του

παράγοντα Ανοχή στη διαφορετικότητα, έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν θηλάσει το παιδί τους (OR=4.00, 95% CI= 1.31,12.20), μετά την στάθμιση για τους συγχυτικούς παράγοντες, αν και η εκτίμηση αυτή δεν έγινε με μεγάλη ακρίβεια.

**Συμπεράσματα:** Υπάρχουν ενδείξεις ότι το κοινωνικό κεφάλαιο επιδρά θετικά στον μητρικό θηλασμό. Παρόλα αυτά κρίνεται αναγκαία περαιτέρω διερεύνηση και επιστημονική μελέτη του εν λόγω ζητήματος.

## Abstract

**Title:** Social capital and maternal breastfeeding. Rhea birth Cohort, Crete.

**By:** Fournari Charikleia

**Supervisors:** 1. Chatzi Leda

2. Vasilaki Maria

3. Kritsotakis Georgios

**Date:** December 2011

**Keywords:** social capital, breastfeeding, breastfeeding duration, breastfeeding initiation, exclusive breastfeeding.

**Introduction:** Breastfeeding is considered to confer many benefits to infants' and mothers' health. Social capital is suggested to have a close connection with a variety of health outcomes. There is little evidence in the existing literature whether maternal social capital might be associated with breastfeeding initiation.

**Methods:** The present study was conducted within the prospective Mother-child study in Crete (Rhea study). 493 mothers were included in the analyses. Data were collected through the 12th and 30th weeks of gestation questionnaires, as well as, the 6<sup>th</sup> and 18<sup>th</sup> month postpartum questionnaires. Women self-completed the *Social Capital Questionnaire* at about the 24<sup>th</sup> week of gestation. Linear and Logistic regression models were performed to estimate the association of maternal social capital with breast-feeding practice after controlling for potential confounders.

**Results:** Mothers in the medium social capital group had higher odds in having breastfed their child (OR=2.43, 95% CI=1.13, 5.23), after adjustment for potential confounders. Mothers who rated at the higher level in the factor Tolerance to Diversity, had 4 times higher odds in having breastfed their child (OR=4.00, 95% CI= 1.31,12.20).

**Conclusions:** Results are highly suggestive that social capital may affect breastfeeding initiation. Nevertheless, further investigation is necessary so as to additionally explore the association between maternal social capital and breastfeeding practices.

*Abbreviations: OR, Odds Ratio. CI, Confidence Interval*

## **Εισαγωγή**

Ο τρόπος διατροφής των νεογνών και βρεφών συγκαταλέγεται μεταξύ των θεμάτων δημόσιας υγείας με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, στο βαθμό και στην έκταση που πολλές από τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας συνδέονται με τις πρακτικές διατροφής. Η διεθνής έρευνα και βιβλιογραφία αναφερόμενη στον θηλασμό, παρέχει σημαντικές πληροφορίες ως προς τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία, τόσο των νεογνών και βρεφών όσο και των μητέρων (Howie, 2002). Διάφοροι διεθνείς οργανισμοί, όπως για παράδειγμα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Unicef έχουν προβεί σε συστάσεις και πρακτικές, οι οποίες αναδεικνύουν την σημαντικότητα του θηλασμού (FAO/WHO, 1992).

Τα οφέλη αυτά αφορούν τόσο την ατομική υγεία παιδιών και των μητέρων τους, όσο και ευρύτερα τη δημόσια υγεία. Με βάση σχετικές μελέτες, φαίνεται ότι η απόφαση των γυναικών να θηλάσουν συνδέεται και εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες. Επί παραδείγματι, συγκεκριμένοι κοινωνικό-οικονομικοί και πολιτιστικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν καθοριστικό ρόλο, όπως είναι το επίπεδο σπουδών, η ηλικία, το θρήσκευμα, η εθνικότητα, η εργασία της μητέρας, η ψυχική της υγεία κ.ά. (Heck, 2006; Forste, 2001).

Τα τελευταία χρόνια, η νέα μεθοδολογική τάση που φαίνεται να προωθείται στον χώρο της υγείας για την ερμηνεία και την αιτιολόγηση διαφόρων αποτελεσμάτων και μεταβλητών, είναι η συνεκτίμηση τόσο ατομικών χαρακτηριστικών όσο και κοινωνικών παραγόντων (π.χ. χαρακτηριστικά περιοχής διαμονής, συμμετοχή σε κοινωνικά δρώμενα, πρόσβαση σε δίκτυα ενημέρωσης κ.ά.) (Kritsotakis και συν., 2009). Στο σημείο αυτό, η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου και η σύνδεση της με πληθώρα παραγόντων φαίνεται να αποτελεί ενδιαφέρουσα οπτική για την ερμηνεία διαφόρων κοινωνικών δεικτών που επηρεάζουν την υγεία.



Το κοινωνικό κεφάλαιο έχει συσχετιστεί με θετική επίδραση στη διαμόρφωση υγιεινών προτύπων συμπεριφοράς τόσο σε ατομικό όσο και κοινωνικό επίπεδο (Poortinga, 2006). Σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας και την διαμόρφωση υγιεινών προτύπων συμπεριφοράς, *όπως είναι και ο θηλασμός*, έχει σημειωθεί ότι γυναίκες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν περισσότερες πιθανότητες να θηλάσουν το παιδί τους (Anderson, 2004; De Silva, 2007). Οι Anderson και συν. (2004) αναφέρουν χαρακτηριστικά, *μετά από ατομική μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου σε μητέρες με παιδιά μικρότερα των 6 ετών*, ότι γυναίκες-μητέρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, ήταν πιο πιθανό να έχουν θηλάσει το παιδί τους στο παρελθόν, υποδεικνύοντας ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας σχετίζεται άμεσα με την πρακτική του θηλασμού.

Οι Stafford και συν. (2005) αναφέρουν ότι οι γυναίκες (σε σχέση με τους άνδρες) επηρεάζονται περισσότερο από χαρακτηριστικά της γειτονιάς και άλλους παράγοντες που συνιστούν το κοινωνικό κεφάλαιο, σχετικά με την αυτοεκτίμηση της υγείας τους (Stafford, 2005). Εδώ το φύλο φαίνεται να είναι αιτιολογικός παράγοντας για την συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με υγειονομικές μεταβλητές. Δημιουργείται συνεπώς το ερώτημα εάν ο μητρικός θηλασμός επηρεάζεται με την σειρά του από παρόμοιους κοινωνικούς παράγοντες. Οι Heck και συν. (2006) σημειώνουν ότι το μορφωτικό επίπεδο μιας μητέρας καθώς και η εθνικότητα της επηρεάζει την πρακτική του θηλασμού (Heck, 2006).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, και με το γεγονός ότι το πιθανό υψηλό ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο ενός ατόμου σχετίζεται με θετικές υγειονομικές συμπεριφορές, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας ίσως να επηρεάσει την πρακτική του θηλασμού.

**Στόχος** της μελέτης είναι να περιγραφεί και να εκτιμηθεί η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σε σχέση με τον θηλασμό του βρέφους.

Η **ερευνητική υπόθεση** είναι ότι το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας επηρεάζει θετικά την πρακτική του θηλασμού, το αν η μητέρα θηλάσει ή όχι το βρέφος της και την χρονική διάρκεια του θηλασμού.

## **Ανασκόπηση βιβλιογραφίας**

### ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Η διατροφή κατά τη βρεφική ηλικία είναι σημαντική για τη ανάπτυξη στις μετέπειτα ηλικίες. Για τον λόγο αυτό, η σωστή διατροφή αποτελεί αντικείμενο συνεχούς δράσης διεθνών οργανισμών και πολυάριθμων άλλων κυβερνητικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει το μητρικό γάλα ως την ιδανική τροφή, με μεγάλη βιολογική αξία, το οποίο παρέχει όλα τα θρεπτικά συστατικά για μια υγιή ανάπτυξη. Το μητρικό γάλα προστατεύει το βρέφος από μολύνσεις και ιογενείς λοιμώξεις, είναι αποστειρωμένο, στη σωστή θερμοκρασία, και παρέχει εξοικονόμηση χρόνου παρασκευής και οικονομικών εξόδων για τους γονείς (WHO, 2011).

Ο μητρικός θηλασμός φαίνεται να συμβάλει στην προστασία του γαστρεντερικού και αναπνευστικού συστήματος του νεογνού από λοιμώξεις, εξαιτίας των πολλών αντισωμάτων που περιέχει (Howie, 2002; WHO, 2011; Mobak, 1994). Σε μια προοπτική μελέτη κοορτής 1.677 νεογνών που είχαν γεννηθεί στο Μπαγκλαντές, οι ερευνητές Arifeen και συν. (2001) επιβεβαίωσαν την σημαντικότητα του μητρικού θηλασμού σχετικά με την επιβίωση των νεογνών από θανάτους προκαλούμενους από διάρροια και οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις (Arifeen, 2001). Οι Edmond και συν. (2006) υποστηρίζουν ότι το 16% των θανάτων σε νεογνά θα μπορούσε να είχε αποφευχθεί αν όλα τα νεογνά είχαν θηλάσει από την πρώτη μέρα γέννησης τους και το 22% αν ο θηλασμός ξεκινούσε την πρώτη ώρα μετά την γέννηση τους (Edmond, 2006). Οι παραπάνω έρευνες αφορούσαν αναπτυσσόμενες χώρες, όμως οι Kramer και Kakuna (2001) υποστηρίζουν ότι το ίδιο ισχύει και στις ανεπτυγμένες χώρες (Kramer, 2001).

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

Σημαντική μοιάζει επίσης η συμβολή του στην προστασία του νεογνού από αλλεργίες και αλλεργικές εκδηλώσεις (Oddy, 2011). Σε μελέτη που έγινε στη Σουηδία, βρέθηκε ότι ο αποκλειστικός θηλασμός για τουλάχιστον 4 μήνες, μειώνει τον κίνδυνο ατοπικής δερματίτιδας στη ηλικία των 4 ετών (Kull, 2005).

Το μητρικό γάλα φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων παθήσεων στην παιδική ηλικία και θεωρείται ότι έχει μακροπρόθεσμα πλεονεκτήματα αναφορικά με την καρδιοαγγειακή υγεία του ατόμου (WHO, 2007).

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

Σε μελέτη κοορτής (14621 βρέφη) στην Ταϊβάν των Chui και συν. (2011) εξετάστηκε η σχέση που έχει η διάρκεια του μητρικού θηλασμού με την αναπτυξιακή καθυστέρηση των παιδιών. Η συγκεκριμένη έρευνα αφορούσε βρέφη ηλικίας 0 έως 18 μηνών. Βρέθηκε ότι τα βρέφη που έχουν θηλάσει για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών έχουν μικρότερο κίνδυνο για αναπτυξιακή καθυστέρηση σε σχέση με βρέφη που δεν θήλασαν. Κατέληξαν ακόμη στο συμπέρασμα ότι η διάρκεια του μητρικού θηλασμού έχει θετική συσχέτιση με την νευροανάπτυξη των παιδιών (Chiu, 2011).

Οι Fergusson και συν. (1999) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά που έχουν θηλάσει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, φαίνεται να έχουν ισχυρότερες οικογενειακές σχέσεις, σε σχέση με τα παιδιά που έχουν θηλάσει μικρό χρονικό διάστημα ή δεν έχουν θηλάσει καθόλου. Επίσης αναφέρουν ότι με τον θηλασμό, διαμέσου της οπτικής και δερματικής επαφής, αναπτύσσεται ένα συναισθηματικό δέσιμο ανάμεσα στην μάνα και το παιδί, γεγονός τεράστιας σημασίας, μιας και η συναισθηματική ανάπτυξη και ψυχική υγεία του ατόμου φαίνεται να εξαρτάται από το δέσιμο αυτό (Fergusson, 1999). Σχετικά με το συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσεται στην μητέρα και το βρέφος, μια άλλη παλαιότερη μελέτη, επιβεβαιώνει την παραπάνω διαπίστωση, συμπληρώνοντας ότι ο δεσμός είναι ισχυρότερος αν ο θηλασμός ξεκινήσει τις πρώτες ώρες μετά την γέννηση του βρέφους (Klaus, 1998).

Οι Oddy και συν. υποστηρίζουν ότι ο θηλασμός του βρέφους για 6 και παραπάνω μήνες σχετίζεται θετικά με την ψυχική υγεία του παιδιού καθώς και με την ψυχική υγεία στην ενήλικη του ζωή (Oddy, 2010; Oddy, 2011).

Σε μελέτη των Richards και συν (2001), διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της διάρκειας του μητρικού θηλασμού με εκπαιδευτικά επιτεύγματα στην ενήλικη ζωή (Richards, 2001). Οι Horwood και συν (1998) αντίστοιχα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει θετική συσχέτιση του μητρικού θηλασμού, μικρή αλλά ανιχνεύσιμη συσχέτιση όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται, με εκπαιδευτικά επιτεύγματα (Horwood, 1998).

Σημαντικά φαίνεται να είναι και τα πλεονεκτήματα που αφορούν την υγεία μιας μητέρας που θηλάζει (Labbok, 2001). Η μήτρα επανέρχεται γρηγορότερα στην αρχική της κατάσταση και οι ορμόνες επανέρχονται στο κανονικό τους επίπεδο με τον θηλασμό. Στα αναφερόμενα οφέλη για την μητέρα περιλαμβάνεται η ταχύτερη και μεγαλύτερη απώλεια βάρους (Dewey, 1993). Επίσης, με τον αποκλειστικό θηλασμό η επαναφορά της γονιμότητας της μητέρας φαίνεται να καθυστερεί γεγονός επιθυμητό για τις περισσότερες μητέρες (WHO, 1999; Kennedy, 1996). Ακόμη, η πρακτική του θηλασμού, ειδικότερα όταν διαρκεί αρκετό χρονικό διάστημα, φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου μαστού στις γυναίκες, όπως χαρακτηριστικά

καταλήγουν ερευνητές οι οποίοι συγκέντρωσαν και αξιολόγησαν δεδομένα από 47 επιδημιολογικές μελέτες, 30 χωρών (Collaborative group on hormonal factors in breast cancer, 2002). Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, από την άλλη, οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι η σχέση του μητρικού θηλασμού με την εμφάνιση καρκίνου μαστού στις γυναίκες απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση. Υποστηρίζεται από τους ίδιους, ότι αδιαμφισβήτητα ο μητρικός θηλασμός συνδέεται άμεσα με καλή υγεία για το παιδί, αλλά αναφορικά με τον προστατευτικό ρόλο του θηλασμού απέναντι στον καρκίνο του μαστού δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά τεκμήρια (Lipworth, 2000).

Μεταξύ των ζητημάτων ιδιαίτερου ενδιαφέροντος δημόσιας υγείας συγκαταλέγεται η διατροφή των νεογνών και βρεφών, καθώς πολλές από τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας οφείλονται σε πρακτικές διατροφής. Συμφώνα με την Unicef, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001) και την μη κυβερνητική οργάνωση WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) κάθε χρόνο εκατομμύρια παιδιά πεθαίνουν από αιτίες που μπορεί να προληφθούν όπως η διάρροια, η πνευμονία, η ιλαρά και η ελονοσία. Μερικές από αυτές τις αιτίες παιδικής θνησιμότητας σχετίζονται με την διατροφή και ειδικότερα με ζητήματα ποιότητας νερού. Αν κάθε βρέφος τρεφόταν με αποκλειστικά με μητρικό θηλασμό πολλοί θάνατοι παιδιών θα είχαν αποφευχθεί.

Τα χαμηλά ποσοστά και η πρόωρη διακοπή του μητρικού θηλασμού έχουν σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία και την κοινωνική ευημερία των μητέρων και των παιδιών τους. Οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις επεκτείνονται σε όλη την κοινωνία και το περιβάλλον, οδηγούν σε υπερβολικά έξοδα στον τομέα της πρόληψης στη δημόσια υγεία και σε αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία (Leon-Cava, 2002; Breastfeeding and the use of human, 2005).

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

Παγκόσμια Στρατηγική για την Διατροφή του Βρέφους και του Μικρού Παιδιού έχει οικοδομηθεί πάνω στις αρχές του Διεθνούς Κώδικα Εμπορίας Υποκατάστατων του Μητρικού Γάλακτος (World Health Assembly, 1981) και στις επόμενες σχετικές αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας, της Διακήρυξης του Innocenti για την Προστασία, Προαγωγή και Υποστήριξη του Μητρικού Θηλασμού (WHO/Innocenti Declaration, 1990) και της Παγκόσμιας Διακήρυξης του FAO/WHO για το Σχέδιο Δράσης για την Διατροφή (FAO, 1992). Ο μητρικός θηλασμός μπορεί και πρέπει να προστατεύεται.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2010) συνιστά τους παρακάτω ορισμούς για τον μητρικό θηλασμό:

Αποκλειστικός θηλασμός (Exclusive breastfeeding): το βρέφος σιτίζεται μόνο με μητρικό γάλα από τη μητέρα του, ή άλλη τροφή, ή μητρικό γάλα το οποίο συγκεντρώθηκε με έκθλιψη. Δεν παίρνει άλλα υγρά ή στερεά, με εξαίρεση σταγόνες ή σιρόπια που περιέχουν βιταμίνες, μέταλλα ή φαρμακευτικές ουσίες.

Κυρίως μητρικός θηλασμός (Predominant breastfeeding): η κύρια τροφή για το βρέφος είναι το μητρικό γάλα, αλλά παίρνει νερό και άλλα υγρά βασισμένα στο νερό, ηλεκτρολυτικά διαλύματα, βιταμίνες, μέταλλα ή φάρμακα με μορφή σταγόνων ή σιροπιών και παραδοσιακά υγρά (σε περιορισμένες ποσότητες). Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, με την εξαίρεση των φρουτοχυμών και του ζαχαρόνευρου, δεν επιτρέπεται η χορήγηση άλλου υγρού που προέρχεται από κάποιο τρόφιμο.

Συμπληρωματική διατροφή (Complimentary breastfeeding): το βρέφος σιτίζεται με μητρικό γάλα και στερεές ή ημι-στερεές τροφές.

Υπάρχει τέλος ο ορισμός της τεχνητής διατροφής όπου το βρέφος δεν λαμβάνει καθόλου μητρικό γάλα.

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου φαίνεται να έχει κυριαρχήσει τα τελευταία χρόνια στην επιστημονική βιβλιογραφία, γεγονός καθόλου τυχαίο, καθώς η πολυμορφία των εκφάνσεων του αντανακλάται άμεσα στις ζωές και την καθημερινότητα των ανθρώπων.

Αναφερόμενοι γενικά στο κοινωνικό κεφάλαιο, εννοείται η ύπαρξη δικτύων στην κοινότητα, η συμμετοχή των πολιτών στα κοινά, η πρόσβαση σε άτυπα ή θεσμικά δίκτυα πληροφόρησης και ενημέρωσης, η ανταποδοτικότητα και η εμπιστοσύνη μεταξύ των ατόμων (Kritsotakis, 2009).

Πιο συγκεκριμένα, ο ορισμός της έννοιας του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως συμβαίνει συχνά στις κοινωνικές επιστήμες, είναι ένα ζήτημα περίπλοκο. Πάρα το γεγονός ότι οι σύγχρονοι ερευνητές δεν έχουν καταφέρει, έως τώρα, να αναπτύξουν μια επαρκή θεωρία σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο, οι περισσότεροι το ορίζουν ως τις κοινωνικές επιδράσεις, τις κοινωνικές δομές και τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής οργάνωσης που διευκολύνουν την συνεργασία και την συλλογική δράση αποβλέποντας στο συλλογικό και στο ατομικό συμφέρον (Kritsotakis & Gamarnikow, 2004; Kritsotakis, 2008; Kritsotakis, 2010). Συνηγορούν στο ότι το κοινωνικό κεφάλαιο διαχωρίζεται σε δομικό (structural) και γνωστικό (cognitive) κοινωνικό κεφάλαιο (De Silva, 2006; Harpham, 2002). Το πρώτο αφορά στα δίκτυα, τις σχέσεις και τις δομές, ενώ το δεύτερο συνίσταται στις αξίες, τις νόρμες, την εμπιστοσύνη.

Ο Coleman (1988), ο Bourdieu (1997) και ο Putman (2000), κύριοι θεωρητικοί του κοινωνικού κεφαλαίου, αναφέρονται στο κοινωνικό κεφάλαιο ο καθένας με διαφορετική προσέγγιση. Στην θεωρητική αντίληψη του Putman το κοινωνικό κεφάλαιο είναι ένα συλλογικό χαρακτηριστικό που έχουν οι κοινωνίες και όχι τα άτομα. Ο Bourdieu από την άλλη επιχειρηματολογεί αναφερόμενος στο κοινωνικό κεφάλαιο με την έννοια του ατομικού χαρακτηριστικού. Ο Coleman αναγνωρίζει ότι το κοινωνικό κεφάλαιο δεν αποτελεί μονοδιάστατο χαρακτηριστικό των ατόμων, αλλά ούτε και συλλογικό, δημιουργείται από το αίσθημα της τοπικής ταυτότητας από την μία αλλά χρησιμοποιείται προς

όφελος τους και όχι απαραίτητα προς όφελος της ευρύτερης ομάδας στην οποία ανήκουν (Kritsotakis, 2009).

Μια επιπλέον διάκριση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι μεταξύ του δεσμευτικού (bonding) και του συνδετικού (bridging) κοινωνικού κεφαλαίου. Το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στους στενούς δεσμούς ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκονται σε παρόμοιες δομές και είναι προσανατολισμένο προς το εσωτερικό μιας κοινωνικής ομάδας. Το συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζει ανθρώπους που βρίσκονται σε μεγαλύτερη απόσταση, οι οποίοι βιώνουν ανόμοιες συνθήκες και ανήκουν σε διαφορετικές κοινωνικές ομάδες και έχει συλλογικό και περιεκτικό προσανατολισμό (Svendsen, 2006; Harpham, 2002).

Οι Macinko και Starfield (2001) αναφέρουν ότι διαμέσου της συμμετοχής τα άτομα γίνονται καθημερινά μέλη διαφορετικών ομάδων, γεγονός το οποίο βοηθάει στην διαμόρφωση του χαρακτήρα, αξιών και πεπτοιθήσεων.

Ταυτόχρονα, ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να έχει άμεση σχέση με θετικά αποτελέσματα στην υγεία του ατόμου και κατ' επέκταση με την υγεία του γενικού πληθυσμού (Macinko, 2001; Hawe, 2000; Kawachi, 1999). Έχει συσχετιστεί με θετική επίδραση σε πληθώρα υγειονομικών παραμέτρων όπως είναι η διαμόρφωση υγιεινών συμπεριφορών (Poortinga, 2006; Kawachi, 1999) και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Folland, 2007). Ο Poortinga (2006) συμπέρανε ότι *«τα άτομα που αναφέρουν ότι εμπιστεύονται τους συνανθρώπους τους και συμμετέχουν σε συλλογικές διαδικασίες αναφέρουν καλό ή πολύ καλό επίπεδο υγείας σε χώρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, κάτι που είναι λιγότερο πιθανό να κάνουν σε χώρες όπου το κοινωνικό κεφάλαιο είναι χαμηλό»*.

Οι Kawachi και συν. (1999) κατέληξαν στο ότι άτομα που ζουν σε περιοχές με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση της υγείας, μετά από στάθμιση για ατομικούς παράγοντες κινδύνου π.χ. χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, κάπνισμα, παχυσαρκία. Υποστηρίζουν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο ως προσδιοριστής υγείας μπορεί να επηρεάσει την υγεία του



ατόμου στα πλαίσια μιας κοινότητας ή γειτονιάς. Βασισμένοι στην θεωρία του Rogers Everett (1983) η οποία αναφέρει ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές, κυρίως οι πρωτοπόμενες συμπεριφορές, διαχύνονται πολύ πιο γρήγορα στις κοινωνίες που χαρακτηρίζονται από συνοχή και αμοιβαία εμπιστοσύνη, οι συγγραφείς καταλήγουν ότι το ίδιο μπορεί να ισχύει και για τις υγιείς συμπεριφορές. Ακόμη υποστηρίζουν ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο των μελών μιας κοινωνίας συνδέεται με ενδεχόμενη εξασφάλιση κατάλληλων κοινωνικών υπηρεσιών (π.χ. κέντρα υγείας, κέντρα αναψυχής) που επηρεάζουν άμεσα την υγεία του ατόμου (Kawachi, 1999).

Σε μελέτη των Lindstrom και συν. (2000) βρέθηκε ότι κοινωνικό-οικονομικές διαφορές μεταξύ ατόμων παίζουν ρόλο στην διακοπή του καπνίσματος και στο αν θα ξεκινήσει ξανά ή όχι η καπνιστική συνήθεια.

Έρευνα η οποία είχε σκοπό την διερεύνηση της σχέσης του κοινωνικού κεφαλαίου και ατομικού κινδύνου κατάχρησης αλκοόλ με ακόλουθη αποκλίνουσα συμπεριφορά, σε άτομα που φοιτούν σε κολλέγιο από 18 έως 24 ετών, έδειξε ότι οι φοιτητές με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχουν μειωμένο κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ και αποκλίνουσας συμπεριφοράς που οφείλεται στην κατάχρηση αλκοόλ (Weitzman, 2005).

Οι Martin και συν. (2004) εξέτασαν αν το κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την σίτιση σε ένα νοικοκυριό. Πιο συγκεκριμένα, διερευνήθηκε το αν ένα νοικοκυριό μπορεί να καλύπτει τις βασικές διατροφικές του ανάγκες σχετίζεται με το κοινωνικό κεφάλαιο. Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι η σίτιση στα πλαίσια ενός νοικοκυριού σχετίζεται με το κοινωνικό κεφάλαιο. Ένα νοικοκυριό με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο έχει λιγότερες πιθανότητες να «πεινάσει» (OR=0.87, 95% CI: 0.76,0.99, p=0.03). Ακόμη, το ίδιο ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε στα πλαίσια μιας κοινότητας, όπου βρέθηκε ότι νοικοκυριά που βρίσκονται σε κοινότητες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, έχουν λιγότερες πιθανότητες ανεπαρκούς σίτισης σε σχέση με νοικοκυριά που βρίσκονται σε κοινότητες με χαμηλό κοινωνικό κεφάλαιο (OR= 0.48, 95% CI: 0.28,0.81, p<0.01) (Martin, 2004).

Υπάρχουν πάραυτα και αρνητικά ερευνητικά αποτελέσματα. Στενές σχέσεις μεταξύ ατόμων σε κοινωνικές ομάδες που χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα και εμπιστοσύνη, οι οποίες φαίνεται να έχουν υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο, έχουν ισχυρή αρνητική συσχέτιση με βίαιες συμπεριφορές (Sampson, 1997). Έχει εντοπιστεί αρνητική συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου με δείκτες θνησιμότητας σε έρευνα των Mohan και συν. (2005), οι οποίοι προσθέτουν χαρακτηριστικά ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικού κεφαλαίου δεν παράγουν πάντα πλεονεκτήματα για την υγεία.

Όμως, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Macinko και Starfield (2001) από τη στιγμή που δεν υπάρχει γενική ομοφωνία ανάμεσα στους ερευνητές για ένα συγκεκριμένο ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου, υπάρχει σαφώς λιγότερη σαφήνεια για το πώς ακριβώς μπορεί να συνδέεται με υγειονομικούς παραμέτρους.

Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και σε ο, τι αφορά την ψυχική υγεία και το κοινωνικό κεφάλαιο. Σύμφωνα με τους Kritsotakis και συν. (2009), η ερευνητική δουλειά που έχει συντελεστεί στον τομέα της ψυχικής υγείας και της σχέσης του με το κοινωνικό κεφάλαιο, είναι προς το παρόν περιστασιακή, χωρίς ενιαία μέθοδο, χωρίς ενιαίο ορισμό του κοινωνικού κεφαλαίου και χωρίς ενιαίο τρόπο αξιολόγησης των ψυχιατρικών εκβάσεων, καθιστώντας, συνεπώς, δύσκολη την σύγκριση και αξιοποίηση της. Με την διαπίστωση αυτή συνηγορούν οι Harpham και συν. (2002) οι οποίοι αναφέρουν ότι οι συσχετίσεις του κοινωνικού κεφαλαίου με την ψυχική υγεία δεν είναι εμπειρικά τεκμηριωμένες. Με την μεθοδολογική αυτή ετερότητα που διατρέχει τη σχετική βιβλιογραφία συμφωνούν και οι De Silva και συν., οι οποίοι θέτουν το ερώτημα της ύπαρξης πολλών διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου με διαφορετική επίδραση στην ψυχική υγεία (2005).

Η απουσία οριστικών συμπερασμάτων για το κοινωνικό κεφάλαιο, τον ορισμό και τις διαστάσεις του, όπως καταλήγουν οι Kritsotakis και συν. (2009), δεν αναιρεί την επιταγή προς τους επαγγελματίες υγείας να γνωρίζουν και να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη αυτά που στη σύγχρονη κοινωνική θεωρία συνιστούν το κοινωνικό κεφάλαιο.

Με στόχο την καλύτερη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας του κοινωνικού κεφαλαίου, έχουν αναπτυχθεί διάφοροι τρόποι μέτρησής του σε διαφορετικά πλαίσια (Kritsotakis, 2009; Harpham, 2002). Για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα έχει χρησιμοποιηθεί ένα ερωτηματολόγιο ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου (Social Capital Questionnaire) σταθμισμένο στα ελληνικά το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά στην Αυστραλία (Onyx, 2000), για το οποίο θα ακολουθήσει εκτενέστερη περιγραφή στην ενότητα της Μεθοδολογίας στην παρούσα εργασία.

### ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Σε μελέτη που είχε στόχο να προσδιοριστούν κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με υγιεινά πρότυπα συμπεριφοράς σε σχέση με την πρακτική του μητρικού θηλασμού, έδωσε ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση μιας μητέρας σχετίζονται άμεσα με την πρακτική του θηλασμού. Αυτό που προκαλεί μεγαλύτερο ενδιαφέρον είναι το εύρημα το οποίο αναφέρεται στην σχέση του καπνίσματος και της πρακτικής του θηλασμού. Ελέγχοντας για διάφορους συγχυτικούς παράγοντες (εκπαιδευτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, ασφαλιστικό ταμείο κ.ά. ) οι μητέρες που ήταν καπνίστριες είχαν λιγότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν πρακτικές θηλασμού (adjusted OR=2.00, C.I.= 1.58,2.53). Ακόμη, φάνηκε ότι οι μητέρες που κάπνιζαν περισσότερο (τσιγάρα ανά ημέρα και χρόνια καπνίσματος), είχαν λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν το παιδί τους σε σχέση με τις μητέρες που κάπνιζαν λιγότερο (Bailey, 2010).

Επεξεργαζόμενοι δημογραφικά δεδομένα και στοιχεία από Υγειονομικές μελέτες το χρονικό διάστημα 2002 έως 2005 χωρών της Ανατολικής και Νοτιοανατολικής Ασίας, οι ερευνητές είχαν ως στόχο να εξετάσουν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με τον μη- αποκλειστικό θηλασμό βρεφών έως 6 μηνών. Από την μελέτη αυτή φάνηκε ότι η πρωτοτοκία, η εργασιακή κατάσταση της μητέρας και η μεγάλη ηλικία της μητέρας, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με το αν το βρέφος θηλάσει αποκλειστικά. Ακόμη, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται να είναι καθοριστικός παράγοντας για το αν μια μητέρα έχει αποκλειστικά θηλάσει στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού (Senarath, 2010).

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

Σε παλαιότερη έρευνα με στόχο τη διερεύνηση της σχέσης που έχει η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική επιρροή, η εθνικότητα και η απόφαση μιας μητέρας να θηλάσει, βρέθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση, η εθνικότητα, η προηγούμενες εγκυμοσύνες και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας

σχετίζονται στατιστικώς σημαντικά με την πρόθεση της μητέρας να θηλάσει. Η κοινωνική υποστήριξη και επιρροή των συντρόφων και φίλων της μητέρας φαίνεται να επηρεάζουν την απόφαση της για το αν θα θηλάσει ή όχι το παιδί της (Baranowski, 1983).

Μια από τις μεγαλύτερες μελέτες που έχουν γίνει στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, με δείγμα 33.121 παιδιών έως 6 ετών και 12 διαφορετικών εθνικοτήτων, εξετάσει την επιρροή που έχει η εθνικότητα, η εντοπιότητα και διάφοροι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες (εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων, οικογενειακό εισόδημα, κάπνισμα, ψυχοσωματική υγεία της μητέρας, αίσθημα ασφάλειας στην γειτονία κ.ά.) στην πρακτική του μητρικού θηλασμού. Η εντοπιότητα των παιδιών και των γονιών τους κατηγοριοποιήθηκε σε: παιδιά γεννημένα σε άλλη χώρα με μετανάστες γονείς, παιδιά γεννημένα στις ΗΠΑ με μετανάστες γονείς, παιδιά που έχουν γεννηθεί στις ΗΠΑ με ένα γονέα μετανάστη και σε παιδιά που έχουν γεννηθεί στις ΗΠΑ με γηγενείς γονείς. Η εθνικότητα κατηγοριοποιήθηκε σε 5 κατηγορίες: όχι Ισπανικής καταγωγής-λευκοί, όχι Ισπανικής καταγωγής-μαύροι, Ισπανικής καταγωγής, όχι Ισπανικής καταγωγής -διαφορετικών εθνικοτήτων και άλλοι (Ινδιάνοι, Ασιάτες, Χαβανέζοι). Βρέθηκε ότι το επίπεδο εισοδήματος είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την πρακτική του μητρικού θηλασμού, το υψηλό εισόδημα ανάμεσα στις ντόπιες μητέρες σχετίζεται με καλύτερες πρακτικές θηλασμού σε αντίθεση με τις μετανάστριες μητέρες όπου το υψηλό εισόδημα σχετίζεται με αρνητική επίδραση στην πρακτική του μητρικού θηλασμού. Επιπροσθέτως, σημειώθηκε ότι μεγαλύτερη πιθανότητα θηλασμού σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Οι ερευνητές κατέληξαν στο ότι γυναίκες μετανάστριες, ανεξαρτήτως εθνικότητας είχαν θηλάσει πολύ περισσότερο τα παιδιά τους σε σχέση με τις γηγενείς γυναίκες, ελέγχοντας για κοινωνικό-οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες (Singh, 2007).

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΜΗΤΡΙΚΟΣ ΘΗΛΑΣΜΟΣ

Μια από τις πρώτες μελέτες που συνέδεσαν το κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων με την παιδική διατροφή (αναφερόμενοι και στον μητρικό θηλασμό) ήταν η μελέτη των De Silva και Harpham (2007). Στη μελέτη αυτή

χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από μια μεγαλύτερη μελέτη (Young Live study) 7.242 παιδιών ενός έτους από αναπτυσσόμενες χώρες (Περού, Αιθιοπία, Βιετνάμ και της πολιτείας Andhra Pradesh). Στόχοι της μελέτης ήταν να διαφανούν ενδεχόμενες διαφορές στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων και να αναλυθούν ενδεχόμενες σχέσεις μεταξύ κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας και την διατροφική κατάσταση των παιδιών σε αυτές τις τέσσερις χώρες. Βρέθηκε ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των χώρων στα επίπεδα του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων, ειδικότερα στα επίπεδα του δομικού κοινωνικού κεφαλαίου τους. Οι διατροφική κατάσταση και στις 4 χώρες είναι αρκετά φτωχή, με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας να σχετίζεται με την διατροφή των παιδιών στις 3 από τις 4 χώρες (δεν βρέθηκε συσχέτιση για την χώρα Περού). Το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας σχετίζεται με καλύτερη διατροφική κατάσταση των παιδιών, καταλήγουν οι ερευνητές.

Σε άλλη μελέτη των ίδιων ερευνητών διερευνήθηκε το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας σε σχέση με την υγεία των παιδιών σε επαρχίες του Βιετνάμ. Τα δεδομένα και σε αυτή την μελέτη προέρχονται από την μελέτη Young Lives Study, όπου χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία 2000 παιδιών ενός έτους και στοιχεία 1000 παιδιών οκτώ ετών. Σημειώθηκε ότι το υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων έχει θετικά συσχέτιση με την σωματική υγεία των παιδιών ενός έτους και με την ψυχική υγεία των παιδιών οκτώ ετών. Ειδικότερα το γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι εκείνο που παρουσιάζει μεγαλύτερη συσχέτιση με την υγεία των παιδιών. Τέλος, βρέθηκε ότι μια θετική συσχέτιση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης των παιδιών σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται οι μητέρες από άτυπα κοινωνικά δίκτυα (Hargham, 2006).

Δεν φαίνεται να υπάρχει πληθώρα μελετών που να συνδέουν το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας απευθείας με την πρακτική του μητρικού θηλασμού. Σε μελέτη των Anderson και συν. (2004) έγινε μια προσπάθεια συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου Πουερτορικανών μητέρων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής με την πρακτική του μητρικού θηλασμού. Στην μελέτη αυτή συμμετείχαν 161 μητέρες με παιδιά ηλικίας έως 6 ετών, οι οποίες απάντησαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη σχετικά με το αν

είχαν θηλάσει ή όχι το παιδί τους, πόσο χρονικό διάστημα, τους λόγους για τους οποίους δεν θήλασαν και τους λόγους για τους οποίους διεκόπει ο θηλασμός. Για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που έχει δημιουργηθεί από τους Samson και συν. (1997) με το οποίο ερωτήθηκαν οι μητέρες με πιο μέλος της οικογένειας ή φίλο είναι «δεμένοι» στις ΗΠΑ, αν δανείζουν ή δανείζονται χρήματα και αγαθά, αν «ανταλλάσσουν» υπηρεσίες με φίλους ή συγγενείς. Επίσης, συλλέχθηκαν πληροφορίες για κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά σχετικά με ηλικία, την γλώσσα συνέντευξης, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το αν η μητέρα είναι πρωτοτόκος, την οικογενειακή και εργασιακή κατάσταση και τον τόπο γέννησης του βρέφους, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση. Βρέθηκε ότι οι μητέρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν θηλάσει το παιδί τους (OR=2.25, 95% CI: 1.02,4.95). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι προγνωστικός παράγοντας για την πρακτική του θηλασμού στη συγκεκριμένη κοινότητα (Anderson, 2004).

## **Μεθοδολογία**

Η παρούσα εργασία συντελείτε στα πλαίσια της προοπτικής μελέτης Μητέρας- Παιδιού Κρήτης (Μελέτη Ρέα). Σκοπός της Μελέτης Ρέα είναι η παρακολούθηση των μητέρων του νομού Ηρακλείου και των παιδιών τους από την περίοδο της κύησης μέχρι την ηλικία των 4 ετών (και αργότερα εάν αυτό είναι εφικτό) με ευρύτερο στόχο τη διερεύνηση και πρόληψη παραγόντων (περιβαλλοντικών, διατροφικών, κοινωνικό-δημογραφικών, κ.ά.), προστατευτικών ή επιβλαβών, που σχετίζονται με την εμβρυική, βρεφική και παιδική υγεία και ανάπτυξη. Η Μελέτη Ρέα έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Βενιζέλειου Πανάνειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Όλες οι μητέρες που συμμετείχαν στη μελέτη υπέγραψαν το σχετικό έντυπο συγκατάθεσης

### Πληθυσμός Μελέτης Ρέα.

Η μελέτη Μητέρας – Παιδιού Κρήτης (Μελέτη Ρέα) μελετάει προοπτικά τις γυναίκες που έμειναν έγκυες (Ελληνίδες και αλλοδαπές) κατά την περίοδο

ενός έτους (Φεβρουάριος 2007-Μάρτιος 2008) στο νομό Ηρακλείου Κρήτης. Πιο συγκεκριμένα, στην εν λόγω μελέτη προσεγγίστηκαν 1.765 γυναίκες, από τις οποίες 1.610 (91%) συμφώνησαν να συμμετέχουν και σε 1.317 (82%) γυναίκες υπήρξε δυνατότητα παρακολούθησης μέχρι τον τοκετό (Chatzi, 2009).

Τα κριτήρια εισαγωγής/ αποκλεισμού ήταν τα παρακάτω:

1. Τόπος διαμονής ο νομός Ηρακλείου.
2. Ηλικία μεγαλύτερη από 16 έτη.
3. Να είχαν πραγματοποιήσει την πρώτη επίσκεψή τους στο γυναικολόγο μετά την διαπίστωση της εγκυμοσύνης (κύηση 9-13 εβδομάδων) σε ένα από τα δύο δημόσια νοσοκομεία (ΠΑΓΝΗ, ΒΓΝΗ) ή σε μία από τις δύο ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές (Μητέρα Κρήτης, Ασκληπιείο) που εδρεύουν στην πόλη του Ηρακλείου.
4. Να γνωρίζουν την ελληνική γλώσσα και να μπορούν να επικοινωνήσουν σε αυτή.

#### Συλλογή δεδομένων-υλικό.

Πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές επαφές με τις μητέρες (3 κατά την εγκυμοσύνη, μία στις 8-10 εβδομάδες μετά τον τοκετό, στους 6-9 μήνες μετά τον τοκετό καθώς και στους 18 μήνες μετά τον τοκετό) στις οποίες συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια κυρίως με την μέθοδο της προσωπικής ή τηλεφωνικής συνέντευξης από εξειδικευμένους συνεντευκτές/ συνεντεύκτριες. Σε όλες τις γυναίκες δόθηκε μοναδικός κωδικός αριθμός και όλα τα στοιχεία τους συνοδεύονταν από αυτόν με ταυτόχρονη τήρηση απορρήτου προσωπικών δεδομένων.

Τα ερωτηματολόγια αφορούσαν ερωτήσεις σχετικά με την διατροφή κατά την εγκυμοσύνη, τον θηλασμό του βρέφους, τις επαγγελματικές και περιβαλλοντικές εκθέσεις, τον τρόπο ζωής, διατροφή της μητέρας και του παιδιού, κοινωνικοοικονομικές επιδράσεις κ.ά. Επιπροσθέτως, έχει γίνει λήψη βιολογικών δειγμάτων από την μητέρα και το παιδί, έχουν συγκεντρωθεί δεδομένα από υπερηχογραφήματα κύησης και στοιχεία από τα αρχεία των νοσοκομείων-κλινικών.



Το ερωτηματολόγιο του κοινωνικού κεφαλαίου συμφώνησαν να συμπληρώσουν 1486 γυναίκες στην 24<sup>η</sup> εβδομάδα κύησης από τις οποίες 610 γυναίκες το επέστρεψαν πίσω ταχυδρομικώς. Από εκείνες, οι 550 γυναίκες αποτελούν το τελικό δείγμα γυναικών με πλήρη πληροφορία για το κοινωνικό κεφάλαιο καθώς ορισμένες εξαιρέθηκαν για διάφορους λόγους (δεν απάντησαν παραπάνω από μια ερώτηση στο ερωτηματολόγιο, απέβαλαν, μετακόμισαν ή γέννησαν το βρέφος σε άλλο μέρος) (Kritsotakis και συν., 2011).

#### Πληθυσμός παρούσας μελέτης.

Όπως προαναφέρθηκε, για 550 μητέρες έχουμε πλήρη δεδομένα που προκύπτουν από το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου το οποίο έχει συμπληρωθεί από τις ίδιες στα πλαίσια της προοπτικής μελέτης Μητέρας – Παιδιού, μελέτη PEA. Από το αρχικό δείγμα των 550 μητέρων αφαιρέθηκαν οι 14 μητέρες με δίδυμες κυήσεις και 43 ακόμη οι οποίες δεν είχαν πλήρη πληροφορία για τις μεταβλητές του μητρικού θηλασμού. Επομένως, το τελικό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στις παρακάτω αναλύσεις για τις οποίες υπάρχει πλήρης πληροφορία τόσο για στο κοινωνικό κεφάλαιο όσο και στην πληροφορία για την πρακτική του θηλασμού είναι N=493 γυναίκες.

#### Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Κοινωνικού Κεφαλαίου.

Δεδομένα έχουν συλλεχθεί με την βοήθεια ενός ερωτηματολογίου ποσοτικής εκτίμησης του κοινωνικού κεφαλαίου (Social capital questionnaire) σταθμισμένο στα ελληνικά το οποίο αναπτύχθηκε αρχικά στην Αυστραλία. Το ερωτηματολόγιο προέκυψε από πυρήνα 68 αρχικών ερωτήσεων που υποβλήθηκαν σε διάφορες ψυχομετρικές δοκιμασίες. Η τελική μορφή του αρχικού ερωτηματολογίου αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες σχηματίζουν 8 παράγοντες (*συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, ανάπτυξη στο κοινωνικό πλαίσιο, αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, σχέσεις με τους γείτονες, σχέσεις με συγγενείς και φίλους, ανοχή στην διαφορετικότητα, εκτίμηση της ζωής και σχέσεις στην εργασία*) που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του όρου. Στην ελληνική έκδοση, οι 36 ερωτήσεις σχηματίζουν 6 παράγοντες. Οι παράγοντες που σχηματίζουν την ελληνική έκδοση είναι:

Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, κοινωνική ανάπτυξη και εκτίμηση της ζωής, αισθήματα ασφάλειας, σχέσεις με συγγενείς και φίλους, ανοχή στη διαφορετικότητα και σχέσεις στην εργασία. Σχετικά με την βαθμολόγηση, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν με βάση μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Σε όλες τις ερωτήσεις μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα αποτελεί ένδειξη υψηλότερου κοινωνικού κεφαλαίου, η βαθμολόγηση γίνεται είτε για το σύνολο της κλίμακας είτε για τους επιμέρους παράγοντες που την αποτελούν (Kritsotakis, 2008).

Για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα, έχει γίνει ψυχομετρική στάθμιση και η αποτελεσματικότητα και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου ως εργαλείο μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου έχει εκτιμηθεί θετικά σε ενήλικο ελληνικό πληθυσμό της Ελλάδας. Το συγκεκριμένο εργαλείο φαίνεται να αποτελεί ένα πρακτικό, έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο για την καταγραφή του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο, σε ελληνικό αστικό πληθυσμό (Kritsotakis, 2008; Kritsotakis 2010).

Οι συνεχείς μεταβλητές του κοινωνικού κεφαλαίου που θα συσχετιστούν με τον μητρικό θηλασμό είναι το σύνολο του κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και των επιμέρους παραγόντων του: Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Αισθήματα ασφάλειας, Ανοχή στη διαφορετικότητα και Αξία της ζωής.

### Θηλασμός

Οι μητέρες ερωτήθηκαν σχετικά με την διάρκεια και την ποιότητα του μητρικού θηλασμού. Ορισμένες από τις ερωτήσεις του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι: *Πότε θήλασε το μωρό για πρώτη φορά, αν συνεχίζει να θηλάζει, εάν αντιμετωπίστηκαν προβλήματα κατά την διάρκεια της πρακτικής του θηλασμού κ.ά.* Οι μεταβλητές του μητρικού θηλασμού που χρησιμοποιούνται και θα συσχετιστούν με το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας αφορούν την διάρκεια του θηλασμού σε μήνες (συνεχής μεταβλητή) και αν το βρέφος έχει έστω και μία φορά θηλάσει ή όχι (κατηγορική μεταβλητή). Ακόμη, θα χρησιμοποιηθεί μια μεταβλητή η οποία αφορά τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό τους πρώτους 4 μήνες ζωής του βρέφους και εξετάζει αν η μητέρα έχει θηλάσει

αποκλειστικά ή καθόλου το βρέφος το χρονικό διάστημα αυτό (κατηγορική μεταβλητή).

#### Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες

Ως πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες ορίστηκαν οι μεταβλητές που σχετίζονται τόσο με την έκθεση (κοινωνικό κεφάλαιο και οι επιμέρους παράγοντες του) όσο και με το αποτέλεσμα (θηλασμός) σε επίπεδο  $\alpha=10\%$ . Η ηλικία της μητέρας (έτη), η οικογενειακή κατάσταση της μητέρας (έγγαμη/αρραβωνιασμένη-άλλο), το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας (χαμηλό, μεσαίο, υψηλό), η φυσική άσκηση πριν την εγκυμοσύνη (ναι-όχι), αν η μητέρα ήταν καπνίστρια (ναι-όχι), η εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη, το αν η μητέρα ήταν πρωτοτόκος, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η περιοχή και το υψόμετρο κατοικίας αποτέλεσαν τους συγχυτικούς παράγοντες στα πολυπαραγοντικά μοντέλα. Η ηλικία της μητέρας και το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας συμπεριλήφθηκαν ως a priori συγχυτικοί παράγοντες στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

#### Στατιστική ανάλυση.

Έλαβε χώρα περιγραφική ανάλυση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των μεταβλητών που αφορούν τον μητρικό θηλασμό και το κοινωνικό κεφάλαιο. Για να ελεγχθούν πιθανές διαφορές στις κατανομές των συχνοτήτων των κατηγορικών μεταβλητών, εφαρμόστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (Pearson's chi-square test). Για τον έλεγχο διαφορών στις μέσες τιμές των συνεχών μεταβλητών με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία t-test για ανεξάρτητα δείγματα (Independent samples t-test). Ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (One Way ANOVA) χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστούν συσχετίσεις κατηγορικών μεταβλητών με ποσοτικές μεταβλητές με κανονική κατανομή. Μη-παραμετρικές μέθοδοι αντίστοιχα χρησιμοποιήθηκαν για μεταβλητές με μη κανονική κατανομή (Mann-Whitney και Kruskal-Wallis). Για την εξέταση της σχέσης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Pearson ή ο μη παραμετρικός rho του Spearman. Εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για τις μεταβλητές

του θηλασμού και του κοινωνικού κεφαλαίου. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τους μονοπαραγοντικούς ελέγχους ορίστηκε στο  $\alpha = 5\%$ .

Μετά τον έλεγχο κανονικότητας Kolomogorov-Smirnof σημειώθηκε ότι οι μεταβλητές του θηλασμού και οι μεταβλητές των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, εκτός από τη μεταβλητή του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας και την μεταβλητή που αφορά τον παράγοντα Αξία της ζωής.

Κατ' επέκταση, εφαρμόστηκαν στατιστικά μοντέλα παλινδρόμησης (Linear Regression, Logistic Regression) για να εκτιμήσουν την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του στην εξαρτημένη μεταβλητή του μητρικού θηλασμού, ελέγχοντας ταυτόχρονα για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες.

Στο σύνολο των μεταβλητών που αφορούν το Κοινωνικό Κεφάλαιο και τους επιμέρους παράγοντες του, πραγματοποιήθηκε ανάλυση αξιοπιστίας με την χρήση του συντελεστή Cronbach's Alpha (Reliability Analysis), για να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στην κλίμακα μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο παράγοντας *σχέσεις στην εργασία* δεν χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου στην παρούσα εργασία διότι παραπάνω από τις μισές μητέρες δεν εργαζόταν την χρονική στιγμή που συμπληρώθηκε το ερωτηματολόγιο του κοινωνικού κεφαλαίου. Συνολικά 31 ερωτήσεις που περιγράφουν το κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την ανάλυση. Αναλυτικά, οι μεταβλητές που αφορούν το κοινωνικό κεφάλαιο είναι συνεχής, αναφέρονται στους παράγοντες και είναι οι εξής: Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Αισθήματα ασφάλειας, Ανοχή στη διαφορετικότητα, Αξία της ζωής και το Συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας. Επιπροσθέτως, τα σκορ της καθεμίας από τις παραπάνω μεταβλητές κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με το 10<sup>ο</sup> και το 90<sup>ο</sup> εκατοστημόριο, χαμηλό (<10% των παρατηρήσεων), μεσαίο, υψηλό(>90% των παρατηρήσεων).

Πίνακας κατηγοριοποίησης σε επίπεδα του σκορ των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου.

	<b>Κοινωνικό κεφάλαιο μητέρας (συνολικό)</b>	<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	<b>Αισθήματα ασφαλείας</b>	<b>Ανοχή στην διαφορετικότητα</b>	<b>Αξία της ζωής</b>
Χαμηλό	≤60	≤14	≤3	≤2	≤60
Μεσαίο	61-82	15-23	4-6	3-5	61-82
Υψηλό	≥83	≥24	≥7	≥83	≥83

Η μεταβλητή της ηλικίας κατά τον τοκετό χρησιμοποιήθηκε ως συνεχής αλλά και ως κατηγορική μεταβλητή (<27 ετών, 28-30 ετών, 31+ ετών). Η μεταβλητή της εκπαίδευσης κατηγοριοποιήθηκε ως χαμηλή, μέτρια και υψηλή, όπου στην πρώτη υπάρχουν τα άτομα που έχουν πάρει απολυτήριο δημοτικού, στην δεύτερη τα άτομα που ολοκλήρωσαν το λύκειο ή ανωτέρα σχολή και στην τρίτη όσοι αποφοίτησαν από ΑΕΙ/ΑΤΕΙ. Η μεταβλητή οικογενειακή κατάσταση αρχικά είχε πολλές επιλογές: έγγαμη, άγαμη, αρραβωνιασμένη, διαζευγμένη, χήρα, άλλο αποφασίστηκε να συγχωνευτεί σε έγγαμη/αρραβωνιασμένη και άλλο. Η μεταβλητή που αναφέρεται στην εργασιακή κατάσταση της μητέρας είχε αρχικές κατηγορίες: εργαζόμενη, εργαζόμενη σε εκπαιδευτική άδεια, εργαζόμενη σε άδεια εγκυμοσύνης, άνεργη, οικιακά, πρόωρη σύνταξη, άνεργη λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, άλλο, τελικά κατηγοριοποιήθηκε σε εργαζόμενη, εργαζόμενη σε άδεια και μη εργαζόμενη. Οι μεταβλητές που αναφέρονται στο υψόμετρο (πεδινό, ημιορεινό, ορεινό) και στην περιοχή κατοικίας (αστική, αγροτική) έχουν αναλυθεί σύμφωνα με τους ορισμούς της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος. Οι υπόλοιπες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα ανάλυση είναι η ηλικία του πατέρα (συνεχής μεταβλητή), ο Δείκτης Μάζας Σώματος πριν την εγκυμοσύνη (συνεχής μεταβλητή), η καταγωγή της μητέρας και του πατέρα (ελληνική-άλλη), πρωτοτόκος (ναι-όχι), μονή κύηση (ναι-όχι), τρόπος γέννησης (φυσιολογικός τοκετός-καισαρική τομή), πρόωρο βρέφος, <37 εβδομάδες κύησης (ναι-όχι), παραμονή βρέφους σε και εκτός ΜΕΘ, έως 6 μηνών (ναι-όχι), και μητέρα καπνίστρια (ποτέ-πρώην καπνίστρια κατά την εγκυμοσύνη - καπνίστρια κατά την εγκυμοσύνη).

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 18.

## **Αποτελέσματα**

### Μελέτη Αξιοπιστίας

Η μελέτη αξιοπιστίας έδειξε ότι οι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου *συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, αισθήματα ασφαλείας, ανοχή στην διαφορετικότητα, αξία της ζωής* έχουν αποδεκτό συντελεστή α του Cronbach, που κυμάνθηκε μεταξύ του 0.67 και 0.73 ανά παράγοντα και 0.84 για το σύνολο των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Σε αντίθεση με τον παράγοντα *σχέσεις με οικογένεια και φίλους* όπου ο συντελεστής αξιοπιστίας ήταν χαμηλός 0.31 και για τον λόγο αυτό δεν χρησιμοποιήθηκε στην αναφορά.

### Περιγραφική ανάλυση.

Οι μητέρες είναι κυρίως ελληνικής καταγωγής σε ποσοστό 93.7%. Ο μέσος όρος ηλικίας των μητέρων είναι τα 30 έτη (TA=5) και το μεγαλύτερο ποσοστό 98.0% δηλώνει ότι βρίσκεται σε κατάσταση γάμου με το 78.6% να κατοικεί σε αστική περιοχή και το 82.5% των κατοικιών να βρίσκονται σε πεδινό υψόμετρο. Το 48.7% των μητέρων είναι μεσαίου εκπαιδευτικού επιπέδου, έχει ολοκληρώσει το Λύκειο ή κάποια Ανωτέρα σχολή (Πίνακας 1).

Από το σύνολο των μητέρων το 56.5% έχει γεννήσει τουλάχιστον μια φορά στο παρελθόν. Με καισαρική γεννήθηκαν το 51.0% των βρεφών, ενώ το 49.0% γεννήθηκε με φυσιολογικό τρόπο. Πρόωρα (<37 εβδομάδων) γεννήθηκαν τα βρέφη σε ποσοστό 88.3%. Τα βρέφη που χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε ΜΕΘ ήταν σε ποσοστό 13.7% και βρέφη που χρειάστηκε να νοσηλευτούν εκτός ΜΕΘ ήταν σε ποσοστό 16.1% (Πίνακας 1).

Οι μητέρες οι οποίες ήταν καπνίστριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ανερχόταν σε ποσοστό 21.4%, πρώην καπνίστριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ήταν σε μικρότερο ποσοστό στο 18.6% ενώ το 60.0% των μητέρων δεν είχε καπνίσει ποτέ. Κατά την διάρκεια αυτής της εγκυμοσύνης το 21.6% ήταν καπνίστριες και το 76.3% των μητέρων πριν την εγκυμοσύνη δεν

είχε κάποια φυσική δραστηριότητα. Μετά την εγκυμοσύνη το 47.9% των μητέρων δεν εργαζόταν (Πίνακας 1).

Σε ότι αφορά τους πατέρες των παιδιών διαπιστώθηκε ότι ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 34 χρόνια (TA=5), από τους οποίους 96.6% είναι ελληνικής καταγωγής. Όπως και στις μητέρες, το μεγαλύτερο ποσοστό 43.7% είναι μεσαίου εκπαιδευτικού επιπέδου (Πίνακας 1).

Σχετικά με το μητρικό θηλασμό πρέπει να σημειωθεί ότι ο μέσος όρος διάρκειας σε μήνες που θήλαζαν οι μητέρες ήταν 4 μήνες (TA=4) και από τις μητέρες που αποτελούν το δείγμα αυτό, το 86.0% έχει θηλάσει το παιδί της. Αποκλειστικά θήλασαν το 12.3% των μητέρων για τους 4 πρώτους μήνες ζωής του βρέφους (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1.** Κατανομή κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
<b>Ηλικία μητέρας (έτη)</b>	29.91	5.03
<b>Ηλικία πατέρα (έτη)</b>	33.80	5.25
<b>ΔΜΣ πριν την εγκυμοσύνη (kg/m<sup>2</sup>)</b>	24.20	5.08
<b>Διάρκεια θηλασμού (μήνες)</b>	3.85	4.08
	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Καταγωγή μητέρας</b>		
Ελληνική	462	93.7
Άλλη	31	6.3
<b>Καταγωγή πατέρα</b>		
Ελληνική	476	96.6
Άλλη	17	3.4
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>		
Χαμηλό (έως Γυμνάσιο)	78	15.8
Μεσαίο (Λύκειο/Ανωτέρα Σχολή)	240	48.7
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	175	35.5
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>		
Χαμηλό(έως Δημοτικό)	156	32.0
Μεσαίο(Λύκειο/Ανωτέρα Σχολή)	213	43.7
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	118	24.2
<b>Εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη</b>		
Εργαζόμενη	161	33.7
Εργαζόμενη σε άδεια	88	18.4
Μη εργαζόμενη	229	47.9
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Έγγαμη/αρραβωνιασμένη	481	98.0
Άλλο	10	2.0
<b>Περιοχή κατοικίας</b>		
Αστική	360	78.6
Αγροτική	98	21.4
<b>Υψόμετρο περιοχής κατοικίας</b>		
Πεδινό	378	82.5
Ημιορεινό	62	13.5
Ορεινό	18	3.9
<b>Φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη</b>		
Ναι	116	23.7
Όχι	373	76.3
<b>Πρωτοτόκος</b>		
Ναι	209	43.5
Όχι	272	56.5
<b>Τρόπος γέννησης</b>		
Φυσιολογικά	240	49.0
Καισαρική	250	51.0
<b>Πρόωρο βρέφος(&lt;37εβδομάδες)</b>		
Ναι	57	88.3



Όχι	431	11.7
<b>Παραμονή βρέφους σε ΜΕΘ (έως 6 μηνών)</b>		
Ναι	65	13.7
Όχι	408	82.8
<b>Νοσηλεία βρέφους (εκτός ΜΕΘ, έως 6 μηνών)</b>		
Ναι	76	16.1
Όχι	397	83.9
<b>Θηλασμός</b>		
Ναι	424	86.0
Όχι	69	14.0
<b>Αποκλειστικός θηλασμός (έως 4 μήνες)</b>		
Ναι	44	12.3
Όχι	314	87.7
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>		
Ναι	106	21.6
Όχι	385	78.4
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>		
Ποτέ	294	60.0
Πρώην καπνίστρια	91	18.6
Καπνίστρια	105	21.4

Η μέση τιμή του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων είναι 70.17 (TA= 9.40). Αναφορικά με τους επιμέρους παράγοντες που αποτελούν την κλίμακα μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου η Συμμετοχή των μητέρων στην τοπική κοινότητα έχει μέσο όρο 18.87 (TA=4.18) και 5.19 μέσο όρο (TA=1.44) φαίνεται να έχει ο παράγοντας που αναφέρεται στα Αισθήματα ασφάλειας. Ο παράγοντας Ανοχή στην διαφορετικότητα έχει μέση τιμή 4.03 (TA=1.29) και σχετικά με τον παράγοντα Αξία της ζωής η μέση τιμή είναι 32.12 (TA=4.09) (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2.** Περιγραφικά στοιχεία για το Κοινωνικό Κεφάλαιο και τους παράγοντές του, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Εύρος
<b>Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο</b>	435	70.17	9.40	69.00	59
<b>Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα</b>	482	18.87	4.18	18.00	26
<b>Αισθήματα ασφάλειας</b>	490	5.19	1.44	5.00	6
<b>Ανοχή στη διαφορετικότητα</b>	484	4.03	1.29	4.00	6
<b>Αξία της ζωής</b>	469	32.12	4.09	32.00	23

Στον πίνακα 3 φαίνεται η σχέση που έχει ο μητρικός θηλασμός με κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την πρακτική του μητρικού θηλασμού, στο αν δηλαδή η μητέρα θήλασε ή όχι το βρέφος της έστω μια φορά, φαίνεται να έχει το εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας και του πατέρα ( $p < 0.001$ ).

Η εργασιακή κατάσταση της μητέρας μετά την γέννηση του βρέφους φαίνεται να σχετίζεται με τον αν εκείνη θήλασε ή όχι ( $p = 0.013$ ). Οι μητέρες που δεν εργαζόταν μετά την εγκυμοσύνη τους θήλασαν περισσότερο το παιδί τους σε ποσοστό 45.6% (μεταξύ των μητέρων που ξεκίνησαν θηλασμό) ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ γυναικών που δεν ξεκίνησαν το θηλασμό ήταν 61.8%.

Ο τρόπος γέννησης του βρέφους, φυσιολογικός τοκετός ή με καισαρική τομή, φαίνεται να σχετίζεται με την πρακτική του θηλασμού ( $p = 0.043$ ), συγκεκριμένα μεταξύ των μητέρων που δεν ξεκίνησαν θηλασμό το 62.3% γέννησαν με καισαρική τομή ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μεταξύ μητέρων που ξεκίνησαν θηλασμό ήταν 49.2%.

Παρατηρούμε ότι από τις γυναίκες οι οποίες ξεκίνησαν το θηλασμό του βρέφους τους σε ποσοστό 80.6% δεν κάπνιζαν κατά τη διάρκεια της

εγκυμοσύνης ενώ το αντίστοιχο ποσοστό μη-καπνιστριών μεταξύ των μητέρων που δεν ξεκίνησαν θηλασμό ήταν 65.2% ( $p=0.004$ ). Επιπροσθέτως, παρατηρούμε ότι από τις γυναίκες οι οποίες ξεκίνησαν το θηλασμό του βρέφους τους σε ποσοστό το 20.4% ήταν πρώην καπνίστριες ενώ το αντίστοιχο ποσοστό πρώην-καπνιστριών μεταξύ των μητέρων που δεν ξεκίνησαν θηλασμό ήταν 7.2% ( $p=0.002$ ) (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3.** Σχέση<sup>†</sup> μητρικού θηλασμού με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	<b>Μητρικός θηλασμός</b>		<b>p- value</b>
	<b>Ναι</b> (N=424)	<b>Όχι</b> (N=69)	
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	
<b>Καταγωγή μητέρας</b>			0.856
Ελληνική	397 (93.6)	65 (94.2)	
Άλλη	27 (6.4)	4 (5.8)	
<b>Καταγωγή πατέρα</b>			0.489
Ελληνική	408 (96.2)	68 (98.6)	
Άλλη	16 (3.8)	1 (1.4)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>			<0.001*
Χαμηλό (έως και Δημοτικό)	57 (13.4)	21 (30.4)	
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	205 (48.3)	35 (50.7)	
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	162 (38.2)	13 (18.8)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>			<0.001*
Χαμηλό (έως και Δημοτικό)	121 (28.9)	35 (51.5)	
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	185 (44.2)	28 (41.2)	
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	113 (27.0)	5 (7.4)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			0.154
Έγγαμη/ αρραβωνιασμένη	415 (98.3)	7 (95.7)	
Άλλο	66 (1.7)	3 (4.3)	
<b>Εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη</b>			0.013*
Εργαζόμενη	140 (34.1)	21 (30.9)	
Εργαζόμενη σε άδεια	83 (20.2)	5 (7.4)	
Μη εργαζόμενη	187 (45.6)	42 (61.8)	
<b>Πρωτοτόκος</b>			0.254
Ναι	185 (44.5)	24 (36.9)	
Όχι	231 (55.5)	41 (63.1)	
<b>Τρόπος γέννησης</b>			0.043*
Φυσιολογικά	214 (50.8)	26 (37.7)	
Καισαρική	207 (49.2)	43 (62.3)	

<b>Περιοχή κατοικίας</b>			0.667
Αστική	306 (78.3)	54 (80.6)	
Αγροτική	85 (21.7)	13 (19.4)	
<b>Υψόμετρο περιοχής κατοικίας</b>			0.612
Πεδινό	232 (82.6)	55 (82.1)	
Ημιορεινό	54 (13.8)	8 (11.9)	
Ορεινό	14 (3.6)	4 (6.0)	
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>			0.004*
Ναι	82 (19.4)	24 (34.8)	
Όχι	340 (80.6)	45 (65.2)	
<b>Μητέρα καπνίστρια</b>			0.002*
Ποτέ	254 (60.3)	40 (58.0)	
Πρώην καπνίστρια	86 (20.4)	5 (7.2)	
Καπνίστρια	81 (19.2)	24 (34.8)	
<b>Φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη</b>			0.182
Ναι	104 (24.8)	12 (17.4)	
Όχι	316 (75.2)	57 (82.6)	
	<b>Μέσος όρος (ΤΑ)</b>	<b>Μέσος όρος (ΤΑ)</b>	<b>p- value</b>
<b>Ηλικία μητέρας (έτη)</b>	29.81 (4.88)	30.57 (5.87)	0.637
<b>Ηλικία πατέρα (έτη)</b>	33.73 (4.98)	34.22 (6.71)	0.755
<b>ΔΜΣ πριν την εγκυμοσύνη (kg/m<sup>2</sup>)</b>	23.94 (4.68)	25.83 (6.88)	0.086

\*†Pearson's  $\chi^2$  κριτήριο και Mann-Whitney U κριτήριο για δύο ανεξάρτητα δείγματα.

Η μεταβλητή που περιγράφει την διάρκεια του μητρικού θηλασμού σε μήνες φαίνεται να έχει θετική συσχέτιση με την ηλικία της μητέρας ( $\rho=0.123$ ,  $p=0.006$ ) και του πατέρα ( $\rho=0.053$ ,  $p=0.238$ ). Ακόμη, ο ΔΜΣ της μητέρας πριν την εγκυμοσύνη παρουσιάζει μια αρνητική συσχέτιση με την διάρκεια θηλασμού σε μήνες ( $\rho=-0.089$ ,  $p=0.049$ ).

Η καταγωγή της μητέρας φαίνεται να σχετίζεται με την διάρκεια του θηλασμού, ο μέσος όρος που θήλασε το βρέφος μια μητέρα ελληνικής καταγωγής στο δείγμα είναι περίπου 4 μήνες (Μέσος όρος=3.76, ΤΑ=4.05) ενώ μια μητέρα άλλης καταγωγής θήλασε το βρέφος κατά μέσο όρο περίπου στους 5 μήνες (Μέσος όρος=5.20, ΤΑ=4.23) ( $p=0.041$ ).

Οι μητέρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν υψηλότερο μέσο όρο διάρκειας θηλασμού από ότι οι μητέρες που ανήκουν στο μεσαίο ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ( $p<0.001$ ). Παρόμοια συσχέτιση παρατηρείται και μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου του πατέρα και της διάρκειας θηλασμού ( $p<0.001$ ).

Οι μητέρες που βρισκόταν σε άδεια από την εργασία (Μέσος όρος=5.99, ΤΑ=4.94) τους θήλασαν το παιδί τους περισσότερους μήνες σε σχέση με τις μητέρες που εργαζόταν (Μέσος όρος =3.46, ΤΑ=3.39) και που δεν εργαζόταν (Μέσος όρος =3.30, ΤΑ=3.94) με διαφορά στους μέσους όρους περίπου 2.5 μήνες, ( $p<0.001$ ).

Η περιοχή κατοικίας φαίνεται να σχετίζεται με το χρονικό διάστημα σε μήνες θηλασμού του βρέφους, οι μητέρες που κατοικούν σε αστική περιοχή (Μέσος όρος =4.03, ΤΑ= 4.14) φαίνεται να θήλασαν το παιδί τους περίπου στον 1 μήνα παραπάνω από εκείνες που κατοικούν σε αγροτική περιοχή (Μέσος όρος =3.15, ΤΑ=3.98), ( $p=0.038$ ).

Ακόμη, οι μητέρες που κάπνιζαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης θηλάζουν κατά μέσο όρο λιγότερο το παιδί τους (Μέσος όρος =2.27, ΤΑ=3.11) σε σχέση με τις μη καπνίστριες μητέρες (Μέσος όρος=4.30, ΤΑ=4.21), ( $p<0.001$ ). Οι μητέρες που δεν κάπνισαν ποτέ θήλασαν το παιδί περισσότερους μήνες κατά μέσο όρο (Μέσος όρος=4.59, ΤΑ=4.47),

ακολουθούν οι πρώην καπνίστριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Μέσος όρος =3.36, TA=3.05) και τέλος οι καπνίστριες με μέσο όρο διάρκειας θηλασμού 2 μήνες (Μέσος όρος =2.27, TA=3.13), ( $p<0.001$ ) (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4.** Σχέση<sup>†</sup> διάρκειας θηλασμού σε μήνες με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	Διάρκεια θηλασμού (μήνες)			
	N	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση	
<b>Ηλικία μητέρας (έτη)</b>	491		rho=0.123	0.006*
<b>Ηλικία πατέρα (έτη)</b>	491		rho=0.053	0.238*
<b>ΔΜΣ πριν την εγκυμοσύνη (kg/m<sup>2</sup>)</b>	493		rho=-0.089	0.049*
<b>Καταγωγή μητέρας</b>				0.041*
Ελληνική	462	3.76	4.05	
Άλλη	31	5.20	4.23	
<b>Καταγωγή πατέρα</b>				0.418
Ελληνική	476	3.83	4.09	
Άλλη	17	4.28	3.74	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>				<0.001*
Χαμηλό (έως και Δημοτικό)	78	2.86	4.09	
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	240	3.03	3.37	
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	175	5.41	4.50	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>				<0.001*
Χαμηλό (έως και Δημοτικό)	156	2.45	3.21	
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	213	3.86	3.95	
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	118	5.84	4.57	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>				0.078
Έγγαμη/ αρραβωνιασμένη	481	3.89	4.10	
Άλλο	10	1.67	1.78	
<b>Εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη</b>				<0.001*
Εργαζόμενη	161	3.46	3.39	
Εργαζόμενη σε άδεια	88	5.99	4.94	
Μη εργαζόμενη	229	3.30	3.94	
<b>Πρωτοτόκος</b>				0.655
Ναι	209	4.07	4.51	
Όχι	272	3.76	3.76	
<b>Τρόπος γέννησης</b>				0.052



Φυσιολογικά	240	4.16	4.27	
Καισαρική	250	3.52	3.86	
<b>Περιοχή κατοικίας</b>				0.038*
Αστική	360	4.03	4.14	
Αγροτική	98	3.15	3.98	
<b>Υψόμετρο περιοχής κατοικίας</b>				0.090
Πεδινό	378	3.99	4.13	
Ημιορεινό	62	3.46	4.36	
Ορεινό	18	2.15	2.15	
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>				<0.001*
Ναι	106	2.27	3.11	
Όχι	385	4.30	4.21	
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>				<0.001*
Ποτέ	294	4.59	4.47	
Πρώην καπνίστρια	31	3.36	3.06	
Καπνίστρια	105	2.27	3.13	
<b>Φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη</b>				0.061
Ναι	116	4.66	4.83	
Όχι	373	3.59	3.79	

<sup>†</sup>Spearman's συντελεστής συσχέτισης, Mann-Whithney U κριτήριο για δύο ανεξάρτητα δείγματα και Kruskal-Wallis κριτήριο για τουλάχιστον δυο δείγματα.

Από την συσχέτιση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των μητέρων, φαίνεται ότι η ηλικία του πατέρα σχετίζεται με το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο ( $\rho=0.095$ ,  $p=0.048$ ) και με τον παράγοντα Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα ( $\rho=0.122$ ,  $p=0.008$ ). Οι μητέρες ελληνικής καταγωγής έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στο σκορ (Μέσος όρος=32.23, TA=4.12) στον παράγοντα Αξία της ζωής από εκείνες άλλης καταγωγής (Μέσος όρος =30.47, TA=30.41,  $p=0.021$ ). Μητέρες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζουν μεγαλύτερη μέση τιμή στο σκορ στον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα (Μέσος όρος =4.31, TA=1.33), ομοίως και οι πατέρες (Μέσος όρος =4.39, TA=1.33), σε σχέση με το χαμηλό και το μεσαίο εκπαιδευτικό επίπεδο των μητέρων, ( $p<0.001$ ) και των πατέρων ( $p=0.003$ ). Οι παντρεμένες/ αρραβωνιασμένες μητέρες έχουν μέσο όρο μεγαλύτερο σκορ του συνολικού κοινωνικού τους κεφαλαίου (Μέσος όρος=70.30, TA=9.41) από τις μη παντρεμένες/ αρραβωνιασμένες μητέρες (Μέσος όρος =63.38, TA=6.84), ( $p=0.039$ ). Ακόμη, οι παντρεμένες/ αρραβωνιασμένες μητέρες (Μέσος όρος =4.05, TA=1.29) παρουσιάζουν μεγαλύτερο μέσο όρο στα σκορ στον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα σε σχέση με τις άγαμες (Μέσος όρος =3.20, TA=0.79), ( $p=0.031$ ). Σχετικά με την εργασιακή κατάσταση των μητέρων, οι εργαζόμενες που βρίσκονται σε άδεια φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στα σκορ (Μέσος όρος=4.35, TA=1.33) από τις εργαζόμενες και τις μη εργαζόμενες στον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα ( $p=0.026$ ). Στις μητέρες οι οποίες γέννησαν πρώτη φορά παρατηρείται μεγαλύτερος μέσος όρος στα σκορ (Μέσος όρος = 32.58, TA=3.80) σε σχέση με τις μητέρες που έχουν τεκνοποιήσει ξανά (Μέσος όρος =31.70, TA=4.33), ( $p=0.024$ ). Το ορεινό υψόμετρο περιοχής κατοικίας των μητέρων συγκεντρώνει υψηλότερους μέσους όρους στα σκορ στους παράγοντες Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα (Μέσος όρος=21.41,TA=3.52), ( $p<0.001$ ), Αισθήματα ασφάλειας (Μέσος όρος =6.11, TA=1.68), ( $p<0.001$ ) και στο συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο (Μέσος όρος =77.71, TA=8.95), ( $p=0.001$ ) σε σχέση με το πεδινό και ημιορεινό υψόμετρο κατοικίας. Οι μητέρες με φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη εμφανίζουν μεγαλύτερους μέσους όρους στα σκορ σε όλους του παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου από τις μητέρες που δεν είχαν φυσική δραστηριότητα εκτός από τον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα με στατιστικά

σημαντικά αποτελέσματα, συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο (Μέσος όρος=72.82, TA=9.48), ( $p=0.001$ ), Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα (Μέσος όρος =19.87, TA=4.53), ( $p=0.013$ ), Αισθήματα ασφάλειας (Μέσος όρος=5.43, TA=1.37), ( $p=0.041$ ) και Αξία της ζωής (mean=32.89, TA=3.95), ( $p=0.022$ ). Επιπροσθέτως, πιο μικρό μέσο όρο στο σκορ εμφανίζει μια πρώην καπνίστρια μητέρα (Μέσος όρος =4.76, TA=1.38) σε σχέση με μια μητέρα η οποία δεν κάπνισε ποτέ (Μέσος όρος =5.29, TA=1.42) και με μια μητέρα η οποία είναι καπνίστρια (Μέσος όρος =5.32, TA=1.48), ( $p=0.005$ ) αναφορικά με τον παράγοντα Αισθήματα ασφάλειας (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5.** Σχέση<sup>†</sup> του κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο	Συμμετοχή στη κοινότητα	Αισθήματα ασφάλειας	Ανοχή στη διαφορετικότητα	Αξία της ζωής
	M.O (TA)	M.O (TA)	M.O (TA)	M.O (TA)	M.O (TA)
<b>Ηλικία μητέρας (έτη)</b>	rho=0.011	rho=0.022	rho=-0.032	rho=0.045	rho=0.049
<b><i>p-value</i></b>	<i>0.815</i>	<i>0.633</i>	<i>0.476</i>	<i>0.323</i>	<i>0.288</i>
<b>Ηλικία πατέρα (έτη)</b>	rho=0.095	rho=0.122	rho=0.050	rho=0.011	rho=0.074
<b><i>p-value</i></b>	<i>0.048*</i>	<i>0.008*</i>	<i>0.266</i>	<i>0.812</i>	<i>0.108</i>
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m<sup>2</sup>)</b>	rho=0.051	rho=0.078	rho=-0.002	rho=0.002	rho=0.009
<b><i>p-value</i></b>	<i>0.289</i>	<i>0.086</i>	<i>0.968</i>	<i>0.967</i>	<i>0.837</i>
<b>Καταγωγή μητέρας</b>					
Ελληνική	70.28 (9.53)	18.91 (4.24)	5.19 (1.45)	4.02 (1.29)	32.23 (4.12)
Άλλη	68.46 (6.88)	18.24 (3.02)	5.10 (1.37)	4.23 (1.26)	30.41 (3.32)
<b><i>p-value</i></b>	<i>0.340</i>	<i>0.644</i>	<i>0.763</i>	<i>0.277</i>	<i>0.021*</i>
<b>Καταγωγή πατέρα</b>					
Ελληνική	70.27 (9.43)	18.91 (4.20)	5.19 (1.44)	4.25 (1.18)	32.17 (4.10)
Άλλη	67.29 (8.32)	17.65 (3.44)	5.18 (1.51)	4.03 (1.29)	30.69 (3.88)
<b><i>p-value</i></b>	<i>0.244</i>	<i>0.192</i>	<i>0.921</i>	<i>0.390</i>	<i>0.156</i>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>					

Χαμηλό (έως Δημοτικό)	69.59 (9.60)	19.09 (4.32)	5.09 (1.70)	3.53 (1.13)	31.86 (4.70)
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	70.09 (9.89)	18.62 (4.14)	5.22 (1.49)	3.99 (1.25)	32.20 (4.27)
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	70.54 (8.66)	19.10 (4.16)	5.18 (1.26)	4.32 (1.33)	32.12 (3.56)
<b>p-value</b>	<i>0.774</i>	<i>0.407</i>	<i>0.794</i>	<i>&lt;0.001*</i>	<i>0.834</i>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>					
Χαμηλό (έως Δημοτικό)	70.32 (10.65)	19.17 (4.41)	5.31 (1.62)	3.86 (1.26)	31.74 (4.76)
Μεσαίο (Λύκειο- Ανωτέρα Σχολή)	70.10 (8.77)	18.80 (3.95)	5.11 (1.39)	3.97 (1.26)	32.32 (3.82)
Υψηλό (ΑΕΙ/ ΑΤΕΙ)	70.32 (9.00)	18.70 (4.37)	5.14 (1.25)	4.39 (1.33)	32.32 (3.60)
<b>p-value</b>	<i>0.971</i>	<i>0.998</i>	<i>0.409</i>	<i>0.003*</i>	<i>0.364</i>
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					
Έγγαμη / αρραβωνιασμένη	70.30 (9.41)	18.92 (4.19)	5.20 (1.44)	4.05 (1.29)	32.16 (4.10)
Άλλο	63.38 (6.84)	16.89 (2.80)	4.70 (1.57)	3.20 (0.79)	29.56 (3.71)
<b>p-value</b>	<i>0.039*</i>	<i>0.141</i>	<i>0.279</i>	<i>0.031*</i>	<i>0.059</i>
<b>Εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη</b>					
Εργαζόμενη	69.98 (9.07)	18.61 (4.22)	5.09 (1.24)	3.91 (1.28)	32.14 (4.06)
Εργαζόμενη σε άδεια	69.61 (8.62)	18.56 (3.89)	5.19 (1.33)	4.35 (1.33)	31.90 (3.44)
Μη εργαζόμενη	70.45 (9.85)	19.11 (4.21)	5.26 (1.62)	4.02 (1.27)	32.15 (4.34)
<b>p-value</b>	<i>0.774</i>	<i>0.247</i>	<i>0.431</i>	<i>0.026*</i>	<i>0.886</i>

**Πρωτοτόκος**

Ναι	70.60 (8.63)	18.67 (3.73)	5.26 (1.47)	4.04 (1.18)	32.58 (3.80)
Όχι	69.84 (10.15)	19.11 (4.54)	5.11 (1.44)	4.03 (1.38)	31.70 (4.33)

**p-value** 0.410 0.704 0.250 0.758 0.024\*

**Τρόπος γέννησης**

Φυσιολογικά	69.62 (9.14)	18.67 (3.79)	5.16 (1.52)	3.94 (1.17)	32.04 (4.13)
Καισαρική	70.66 (9.66)	19.08 (4.53)	5.21 (1.36)	4.10 (1.37)	32.17 (4.06)

**p-value** 0.252 0.779 0.559 0.290 0.728

**Περιοχή κατοικίας**

Αστική	69.20 (9.12)	18.34 (4.01)	5.04 (1.36)	4.06 (1.35)	31.99 (4.00)
Αγροτική	73.05 (9.34)	20.52 (4.02)	5.60 (1.55)	5.60 (1.55)	32.43 (4.09)

**p-value** 0.001\* <0.001\* 0.001\* 0.638 0.345

**Υψόμετρο περιοχής κατοικίας**

Πεδινό	69.39 (9.07)	18.51 (4.09)	5.04 (1.37)	4.01 (1.31)	31.98 (3.94)
Ημιορεινό	72.00 (9.92)	19.93 (3.96)	5.66 (1.44)	4.05 (1.32)	32.33 (4.55)
Ορεινό	77.71 (8.39)	21.41 (3.52)	6.11 (1.68)	4.41 (1.00)	33.53 (3.62)

**p-value** 0.001\* <0.001\* <0.001\* 0.325 0.263

**Καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης**

Ναι	70.16 (9.10)	19.19 (3.56)	5.32 (1.47)	3.92 (1.22)	31.73 (4.47)
Όχι	70.24 (9.47)	18.79 (4.34)	5.16 (1.43)	4.07 (1.31)	32.25 (3.96)

<b>p-value</b>	0.939	0.084	0.334	0.526	0.247
<b>Μητέρα καπνίστρια κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης</b>					
Ποτέ	70.63 (9.83)	18.97 (4.50)	5.29 (1.42)	4.14 (1.31)	32.22 (4.04)
Πρώην καπνίστρια	68.96 (8.12)	18.24 (3.75)	4.76 (1.38)	3.82 (1.27)	32.38 (3.70)
Καπνίστρια	70.00 (9.02)	19.14 (3.53)	5.32 (1.48)	3.91 (1.23)	31.67 (4.46)
<b>p-value</b>	0.373	0.154	0.005*	0.087	0.427
<b>Φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη</b>					
Ναι	72.82 (9.48)	19.87 (4.53)	5.43 (1.37)	4.21 (1.25)	32.89 (3.95)
Όχι	69.42 (9.26)	18.59 (4.04)	5.13 (1.46)	3.98 (1.30)	31.88 (4.12)
<b>p-value</b>	0.001*	0.013*	0.041*	0.063	0.022*

† Spearman's συντελεστής συσχέτισης, Mann-Whitney U και t-test κριτήρια για δυο ανεξάρτητα δείγματα, Ανάλυση Διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (ANOVA) και Kruskal-Wallis κριτήρια για τουλάχιστον δυο δείγματα.

Συνομογραφίες: Μ.Ο., μέσος όρος. ΤΑ, τυπική απόκλιση.

Όπως περιγράφει ο πίνακας 6, η συνεχής μεταβλητή του μητρικού θηλασμού που περιγράφει την διάρκεια του σε μήνες, παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα ( $r_{ho}=0.149$ ,  $p=0.001$ ).

Η δυαδική μεταβλητή του μητρικού θηλασμού έχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον ίδιο παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα, όπου φαίνεται ότι οι μητέρες οι οποίες έχουν θηλάσει το βρέφος τους έχουν μεγαλύτερο μέσο όρο στο σκορ σε σχέση με τις μητέρες που δεν έχουν θηλάσει (Μέσος όρος=4.06,  $SD=1.28$ ), ( $p=0.030$ ).

Σχετικά με την μεταβλητή που περιγράφει τον αποκλειστικό θηλασμό μιας μητέρας τους 4 πρώτους μήνες μετά την γέννηση, ξανά ο παράγοντας Ανοχή στην διαφορετικότητα έχει μία στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p=0.018$ ), με τις μητέρες που έχουν δεν έχουν θηλάσει να έχουν μικρότερο μέσο όρο στο σκορ (Μέσος όρος =3.95,  $TA=1.26$ ) από εκείνες που θηλάσαν αποκλειστικά το βρέφος για τουλάχιστον 4 μήνες (Μέσος όρος = 4.45,  $TA= 1.34$ ).

Τέλος, οι μεταβλητές οι οποίες περιγράφουν τον μητρικό θηλασμό ανά κατηγορίες μηνών, σχετίζονται και εκείνες με την σειρά τους με τον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα με τους μέσους όρους να παρουσιάζουν μια αύξηση όσο μεγαλώνει το διάστημα θηλασμού (π.χ. ανά εξάμηνο,  $p=0.005$ ) (Πίνακας 6).



**Πίνακας 6.** Σχέση<sup>†</sup> κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του με μεταβλητές του μητρικού θηλασμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	Συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο	Συμμετοχή στη τοπική κοινότητα	Αισθήματα ασφάλειας	Ανοχή στη διαφορετικότητα	Αξία της ζωής
	M.O. (TA)	M.O. (TA)	M.O. (TA)	M.O. (TA)	M.O. (TA)
<b>Διάρκεια θηλασμού (μήνες)</b>	rho=0.085	rho=0.038	rho=-0.003	rho=0.149	rho=0.079
<b>p-value</b>	0.077	0.407	0.949	0.001*	0.089
<b>Θηλασμός</b>					
Ναι	70.43 (9.20)	18.96 (4.19)	5.19 (1.43)	4.09 (1.28)	32.25 (4.00)
Όχι	68.52 (10.48)	18.27 (4.09)	5.15 (1.53)	3.70 (1.26)	31.25 (4.60)
<b>p-value</b>	0.146	0.162	0.775	0.030*	0.108
<b>Αποκλειστικός θηλασμός στους 4 μήνες</b>					
Ναι	72.08 (9.65)	19.81 (4.69)	5.34 (1.45)	4.45 (1.34)	32.44 (3.91)
Όχι	69.68 (9.75)	18.81 (4.16)	5.20 (1.47)	3.95 (1.26)	31.87 (4.32)
<b>p-value</b>	0.156	0.200	0.514	0.018*	0.422
<b>Θηλασμός</b>					
Ποτέ	68.52 (10.48)	18.27 (4.09)	5.15 (1.53)	3.70 (1.26)	31.25 (4.59)
1- 3 μήνες	69.98 (9.73)	18.96 (4.21)	5.21 (1.47)	4.00 (1.25)	32.04 (4.28)
4- 6 μήνες	71.30 (8.75)	18.98 (4.36)	5.13 (1.37)	3.95 (1.34)	32.91 (3.44)

7- 9 μήνες	71.08 (7.44)	19.13 (3.67)	5.30 (1.46)	4.42 (1.30)	32.22 (3.54)
> 9 μήνες	70.87 (9.55)	19.06 (4.43)	5.14 (1.40)	4.34 (1.25)	32.35 (3.95)
<b>p-value</b>	<i>0.325</i>	<i>0.611</i>	<i>0.968</i>	<i>0.009*</i>	<i>0.235</i>
<b>Θηλασμός</b>					
Ποτέ	68.52 (10.48)	18.27 (4.09)	5.15 (1.53)	3.70 (1.26)	31.25 (4.59)
1- 6 μήνες	70.32 (9.49)	18.96 (4.24)	5.19 (1.44)	3.98 (1.27)	32.27 (4.09)
7- 12 μήνες	70.66 (7.74)	18.98 (3.66)	5.19 (1.48)	4.35 (1.29)	32.33 (3.58)
> 12 μήνες	71.50 (10.97)	19.05 (5.56)	5.14 (1.22)	4.43 (1.21)	32.14 (4.23)
<b>p-value</b>	<i>0.498</i>	<i>0.464</i>	<i>0.983</i>	<i>0.005*</i>	<i>0.442</i>

† Spearman's συντελεστής συσχέτισης, Mann-Whithney U κριτήριο για δυο ανεξάρτητα δείγματα και Kruskal-Wallis κριτήριο για τουλάχιστον δυο δείγματα.

Συντομογραφίες: M.O., μέσος όρος. ΤΑ, τυπική απόκλιση.

Στον πίνακα 7 απεικονίζεται η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του με τις μεταβλητές που αφορούν την πρακτική του μητρικού θηλασμού ελέγχοντας και για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της αδρής ανάλυσης, η μεταβλητή του μητρικού θηλασμού (ναι/ όχι) η οποία περιγράφει το αν η μητέρα θηλάσσει έστω και μια φορά το βρέφος, εκτιμάται ότι έχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τον παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα OR=1.29 (95% CI=1.04,1.60) και τον παράγοντα Αξία της ζωής OR=1.06 (95% CI=1.00,1.13). Μετά τον έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες, διατηρείται η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τον παράγοντα Αξία της ζωής OR=1.08 (95% CI= 1.02-1.16). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα οριακό στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα OR=1.24 (95% CI=0.98,1.56) μετά τον έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Τέλος, παρατηρείται ότι για κάθε μονάδα αύξησης του παράγοντα Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα έχουμε αύξηση της πιθανότητας του θηλασμού κατά 8%, OR=1.08 (95% CI=1.00,1.16) και ότι για κάθε μονάδα αύξησης του Συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου της μητέρας παρατηρείται αύξηση της πιθανότητας θηλασμού κατά 4% OR=1.04 (95% CI= 1.00,1.07) μετά και τον έλεγχο για τους συγχυτικούς παράγοντες (Πίνακας 7).

Οι μεταβλητές των παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου και του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων δεν φαίνεται να συσχετίζονται με την μεταβλητή του μητρικού θηλασμού σε μήνες (Πίνακας 7).

Η μεταβλητή που εξετάζει αν η μητέρα έχει θηλάσει αποκλειστικά (v.s καθόλου θηλασμό) το βρέφος το χρονικό διάστημα των 4 πρώτων μηνών ζωής του βρέφους, δεν φαίνεται να σχετίζεται με το κοινωνικό κεφάλαιο και με τους 3 άξονες του, Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Αισθήματα ασφάλειας και Αξία της ζωής, ούτε και με το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας. Ο παράγοντας Ανοχή στην διαφορετικότητα πριν τον έλεγχο συγχυτικών παραγόντων, έχει αδρό OR=1.34 (95% CI=1.06,1.70) και μετά τον έλεγχο συγχυτικών παραγόντων η στατιστική σημαντικότητα χάνεται, παρουσιάζοντας σταθμισμένο OR=1.10 (95% CI=0.82,1.50) (Πίνακας 7).

Μοντέλα γραμμικής και λογιστικής παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν και για την διερεύνηση σχέσης μεταξύ των κατηγοριοποιημένων σε επίπεδα (*χαμηλό*: <10% *χαμηλό*, *μεσαίο*, *υψηλό* >90%) παραγόντων του κοινωνικού κεφαλαίου με τις μεταβλητές του μητρικού θηλασμού.

Οι μητέρες οι οποίες ανήκουν στην μεσαία κατηγορία του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου φαίνεται να έχουν περίπου 2.5 φορές  $OR= 2.43$  (95%  $CI=1.13,5.23$ ) μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν θηλάσει το βρέφος τους έστω και μια φορά σε σχέση με όσες ανήκουν στη χαμηλή κατηγορία. Παρόμοια συσχέτιση με τον θηλασμό εκτιμήθηκε και για τις γυναίκες που ανήκουν στην υψηλή κατηγορία του συνολικού κοινωνικού κεφαλαίου αν και δεν φτάνει η συσχέτιση αυτή την στατιστική σημαντικότητα ( $OR=2.46$ , 95%  $CI=0.80, 7.47$ ). Οι μητέρες οι οποίες ανήκουν στο μεσαίο και στο υψηλό επίπεδο του παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα εκτιμάται ότι έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την μεταβλητή του μητρικού θηλασμού (ναι/ όχι) πριν αλλά και μετά τον έλεγχο των συγχυτικών παραγόντων. Οι μητέρες που ανήκουν στο μεσαίο επίπεδο του παράγοντα Ανοχή στην διαφορετικότητα φαίνεται να έχουν 2.5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ξεκινήσει τον μητρικό θηλασμό ( $OR=2.52$ , 95%  $CI=1.23,5.23$ ) και 4 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν ξεκινήσει τον μητρικό θηλασμό στον ίδιο παράγοντα, έχουν οι μητέρες που ανήκουν στο υψηλό επίπεδο σε σχέση με το επίπεδο αναφοράς ( $OR=4.00$ , 95%  $CI=1.31,12.20$ ) αν και η εκτίμηση δεν έγινε με πολλή μεγάλη ακρίβεια όπως φαίνεται στο αντίστοιχο διάστημα εμπιστοσύνης (Πίνακας 8).

Οι κατηγοριοποιημένοι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου σε επίπεδα δεν εκτιμήθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μεταβλητή του μητρικού θηλασμού η οποία αναφέρεται στον αποκλειστικό θηλασμό του βρέφους για τουλάχιστον τους 4 πρώτους μήνες ζωής του (Πίνακας 9).

Τέλος, δεν εκτιμάται στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αποτελέσματα είτε πριν είτε μετά την στάθμιση για συγχυτικούς παράγοντες για τα επιμέρους επίπεδα των παραγόντων του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την μεταβλητή του

μητρικού θηλασμού η οποία αναφέρεται στην διάρκεια του σε μήνες (Πίνακας 10).

**Πίνακας 7.** Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του με τον μητρικό θηλασμό, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού Κρήτης (Μελέτη ΡΕΑ), 2007-2011.

	Μητρικός θηλασμός (ναι /όχι)				Διάρκεια μητρικού θηλασμού (μήνες)			
	N	Αδρό OR (95% CI)	N	OR <sup>1</sup> (95% CI)	N	Αδρός β-coeff. (95% CI)	N	β-coeff. <sup>2</sup> (95% CI)
Κοινωνικό κεφάλαιο (συνολικό)	435	1.02 (0.99,1.05)	404	<b>1.04</b> <b>(1.00,1.07)</b>	435	0.03 (-0.02,0.07)	382	0.03 (-0.02,0.07)
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα	482	1.04 (0.98,1.12)	449	<b>1.08</b> <b>(1.00,1.16)</b>	482	0.02 (-0.07,0.10)	431	0.04 (-0.05,0.13)
Αισθήματα ασφάλειας	490	1.02 (0.85,1.22)	457	1.10 (0.91,1.34)	490	-0.02 (-0.27,0.24)	434	-0.03 (-0.30,0.23)
Ανοχή στην διαφορετικότητα	484	1.29 (1.04,1.60)	451	1.24 (0.98,1.56)	484	0.43 (0.15,0.72)	428	0.02 (-0.01,0.08)
Αξία της ζωής	469	1.06 (1.00,1.13)	436	<b>1.08</b> <b>(1.02,1.16)</b>	469	0.05 (-0.04,0.14)	414	0.05 (-0.04,0.15)

Συντομογραφίες: OR, Λόγος πιθανοτήτων. CI, Διάστημα εμπιστοσύνης. N, αριθμός παρατηρήσεων.

OR και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

Beta-coefficient και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης.

<sup>1</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, πρωτοτοκία, τρόπος γέννησης, μητέρα καπνίστρια, εργασιακή κατάσταση μετά την εγκυμοσύνη.

<sup>2</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, περιοχή και υψόμετρο κατοικίας, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) πριν την εγκυμοσύνη, εργασιακή κατάσταση μητέρας μετά την εγκυμοσύνη, οικογενειακή κατάσταση και φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη.

**Πίνακας 7 (συνέχεια).** Συσχέτιση κοινωνικού κεφαλαίου και των παραγόντων του με τον μητρικό θηλασμό, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού ΡΕΑ, Κρήτη, Ελλάδα, 2007-2011.

	Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός τους 4 πρώτους μήνες (ναι αποκλειστικός θηλασμός/ όχι θηλασμός)			
	N	Αδρό OR (95% CI)	N	OR <sup>1</sup> (95% CI)
<b>Κοινωνικό κεφάλαιο μητέρας συνολικό</b>	316	1.05 (0.99,1.06)	292	1.02 (0.98,1.06)
<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	352	1.05 (0.98,1.13)	327	1.03 (0.95,1.12)
<b>Αισθήματα ασφάλειας</b>	355	1.07 (0.86,1.32)	330	1.06 (0.81,1.38)
<b>Ανοχή στην διαφορετικότητα</b>	352	<b>1.34</b> <b>(1.06,1.70)</b>	327	1.10 (0.82,1.50)
<b>Αξία της ζωής</b>	341	1.03 (0.95,1.12)	316	1.03 (0.94,1.13)

Συνομογραφίες: OR, Λόγος πιθανοτήτων. CI, Διάστημα εμπιστοσύνης. N, αριθμός παρατηρήσεων.

OR και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

<sup>1</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, μητέρα καπνίστρια, εργασιακή κατάσταση μητέρας μετά την εγκυμοσύνη, τρόπος γέννησης και πρωτοτοκία.

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και των επιπέδων των παραγόντων του με τον μητρικό θηλασμό (ναι/ όχι), Μελέτη Μητέρας-Παιδιού ΡΕΑ, Κρήτη, Ελλάδα, 2007-2011.

	Μητρικός θηλασμός (ναι- όχι)			
	N	Αδρό OR (95% CI)	N	OR <sup>1</sup> (95% CI)
<b>Κοινωνικό κεφάλαιο μητέρας συνολικό</b>	435		417	
Χαμηλό (51-60)		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		2.09 (1.04- 4.22)		2.43 (1.13- 5.23)
Υψηλό (83-93)		1.41 (0.53-3.75)		<b>2.46</b> <b>(0.80- 7.47)</b>
<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	482		464	
Χαμηλό (5-14)		1.00		1.00
Μεσαίο (15-23)		1.48 (0.70- 3.14)		1.80 (0.80- 4.04)
Υψηλό (24-34)		1.69 (0.59- 4.80)		2.53 (0.81- 7.92)
<b>Αισθήματα ασφάλειας</b>	490		472	
Χαμηλό (1-3)		1.00		1.00
Μεσαίο (4-6)		1.24		1.07



		(0.55- 2.81)		(0.43- 2.65)
Υψηλό (N 7 )		0.92 (0.36- 2.38)		1.058 (0.37- 2.30)
<b>Ανοχή στη διαφορετικότητα</b>	484		466	
Χαμηλό (N 2 )		1.00		1.00
Μεσαίο (3-5)		2.51 (1.28- 4.89)		<b>2.52</b> <b>(1.23- 5.23)</b>
Υψηλό (N 53 )		4.04 (1.44- 11.28)		<b>4.00</b> <b>(1.31- 12.20)</b>
<b>Αξία της ζωής</b>	469		451	
Χαμηλό (N 60)		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		1.62 (0.78- 3.36)		1.50 (0.67- 3.20)
Υψηλό (N 53 )		1.43 (0.56- 3.67)		1.54 (0.57- 4.18)

Συντομογραφίες: OR, Λόγος πιθανοτήτων. CI, Διάστημα εμπιστοσύνης. N, αριθμός παρατηρήσεων.

OR και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

<sup>1</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, εργασιακή κατάσταση μητέρας μετά την εγκυμοσύνη, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) πριν την εγκυμοσύνη και μητέρα καπνίστρια.

**Πίνακας 9.** Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και των επιπέδων των παραγόντων του με τον αποκλειστικό μητρικό θηλασμό (ναι/ όχι) τους 4 πρώτους μήνες ζωής του βρέφους, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού ΡΕΑ, Κρήτη, Ελλάδα, 2007-2011.

	Αποκλειστικός μητρικός θηλασμός έως 4 μήνες (ναι αποκλειστικός θηλασμός/ όχι θηλασμός)			
	N	Αδρό OR (95% CI)	N	OR <sup>1</sup> (95% CI)
<b>Κοινωνικό κεφάλαιο μητέρας συνολικό</b>	316		292	
Χαμηλό ( $\leq 60$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		1.45 (0.48, 4.35)		1.41 (0.41, 4.88)
Υψηλό ( $\geq 83$ )		1.60 (0.40, 6.45)		1.24 (0.23, 6.60)
<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	352		327	
Χαμηλό ( $\leq 14$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (15-23)		1.07 (0.35, 3.22)		1.32 (0.33, 5.26)
Υψηλό ( $\geq 24$ )		1.78 (0.49, 6.47)		1.58 (0.32, 7.74)
<b>Αισθήματα ασφάλειας</b>	355		330	
Χαμηλό ( $\leq 3$ )		1.00		1.00

Μεσαίο (4-6)		1.16 (0.38, 3.49)		0.55 (0.15, 2.00)
Υψηλό ( $\geq 7$ )		1.10 (0.31, 3.95)		0.81 (0.19, 3.43)
<b>Ανοχή στη διαφορετικότητα</b>	352		327	
Χαμηλό ( $\leq 2$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (3-5)		2.68 (0.62, 11.63)		1.40 (0.30, 6.76)
Υψηλό ( $\geq 6$ )		4.75 (0.96, 23.49)		1.90 (0.31, 11.51)
<b>Αξία της ζωής</b>	341		316	
Χαμηλό ( $\leq 60$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		0.80 (0.33, 1.96)		0.64 (0.23, 1.74)
Υψηλό ( $\geq 83$ )		0.61 (0.18, 2.07)		0.50 (0.12, 2.11)

Συντομογραφίες: OR, Λόγος πιθανοτήτων. CI, Διάστημα εμπιστοσύνης. N, αριθμός παρατηρήσεων.

OR και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης.

<sup>1</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, μητέρα καπνίστρια, εργασιακή κατάσταση μητέρας μετά την εγκυμοσύνη, τρόπος γέννησης και πρωτοτοκία.

**Πίνακας 10.** Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και των επιπέδων των παραγόντων του με την διάρκεια του μητρικού θηλασμού, Μελέτη Μητέρας-Παιδιού ΡΕΑ, Κρήτη, Ελλάδα, 2007-2011.

	Διάρκεια μητρικού θηλασμού (μήνες)			
	N	Αδρός β-coeff. (95% CI)	N	β-coeff. <sup>1</sup> (95% CI)
<b>Κοινωνικό κεφάλαιο μητέρας συνολικό</b>	435		382	
Χαμηλό (56)		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		0.30 (-1.30, 1.89)		0.27 (-1.47, 2.02)
Υψηλό (88)		0.33 (-0.83, 1.50)		-0.18 (-1.40, 1.03)
<b>Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα</b>	482		427	
Χαμηλό (14)		1.00		1.00
Μεσαίο (15-23)		-0.32 (-1.82, 1.19)		-0.40 (-1.96, 1.18)
Υψηλό (24)		-0.93 (-2.09, 0.23)		-1.06 (-2.24, 0.12)
<b>Αισθήματα ασφάλειας</b>	490		434	
Χαμηλό (3)		1.00		1.00

Μεσαίο (4-6)		-0.57 (1.98, 0.84)		-0.87 (-2.37, 0.62)
Υψηλό ( $\geq 7$ )		0.07 (-1.12, 1.26)		-0.80 (-2.04, 0.46)
<b>Ανοχή στη διαφορετικότητα</b>	484		428	
Χαμηλό ( $\leq 2$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (3-5)		2.02 (0.56, 3.48)		1.05 (-0.45, 2.55)
Υψηλό ( $\geq 83$ )		1.01 (-0.16, 2.18)		0.62 (-0.56, 1.82)
<b>Αξία της ζωής</b>	469		414	
Χαμηλό ( $\leq 60$ )		1.00		1.00
Μεσαίο (61-82)		-0.34 (-1.78, 1.11)		-0.17 (-1.68, 1.32)
Υψηλό ( $\geq 88$ )		-0.01 (-1.17, 1.15)		-0.23 (-1.42, 0.95)

Συντομογραφίες: OR, Λόγος πιθανοτήτων. CI, Διάστημα εμπιστοσύνης. N, αριθμός παρατηρήσεων.

Beta-coefficient και 95% CI προκύπτουν από μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης.

<sup>1</sup> Ελέγχοντας για ηλικία μητέρας, εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας, Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) πριν την εγκυμοσύνη, μητέρα καπνίστρια, καταγωγή μητέρας, εργασιακή κατάσταση μητέρας μετά την εγκυμοσύνη, οικογενειακή κατάσταση, περιοχή κατοικίας, υψόμετρο κατοικίας και φυσική δραστηριότητα πριν την εγκυμοσύνη.

## Συζήτηση - Συμπεράσματα

Στην μεταπτυχιακή εργασία αυτή, εξετάστηκε η σχέση του κοινωνικού κεφαλαίου των μητέρων που συμμετέχουν στην προοπτική Μελέτη Ρέα, σε σχέση με την πρακτική του θηλασμού. Συγκεκριμένοι παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου, Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Ανοχή στην διαφορετικότητα, Αισθήματα ασφάλειας, Αξία ζωής και το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας συσχετίστηκαν με τις μεταβλητές του μητρικού θηλασμού αλλά και με τα κατηγοριοποιημένα επίπεδα των παραγόντων αυτών.

Τα ευρήματα της παρούσας εργασίας δείχνουν ότι το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων σχετίζεται με το αν η μητέρα έχει θηλάσει το βρέφος της έστω μια φορά όπως επίσης και με τους παράγοντες Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Ανοχή στην διαφορετικότητα και Αξία της ζωής. Επιπροσθέτως, οι μητέρες με μεσαίο (και πιθανόν υψηλό) συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο και με μεσαίο και υψηλό σκορ στον παράγοντα του κοινωνικού κεφαλαίου Ανοχή στην διαφορετικότητα φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα στο να έχουν θηλάσει το βρέφος τους έστω και μια φορά. Πιο συγκεκριμένα θα λέγαμε ότι το κοινωνικό κεφάλαιο των μητέρων φαίνεται να επιδρά θετικά στην έναρξη του μητρικού θηλασμού.

Στην υπάρχουσα επιστημονική βιβλιογραφία το κοινωνικό κεφάλαιο φαίνεται να συνδέεται με την υγεία ποικιλοτρόπως. Η πρακτική του μητρικού θηλασμού, όπως αποδεδειγμένα θεωρείται, ότι ωφελεί την υγεία, δεν είναι ξεκάθαρο βιβλιογραφικά αν σχετίζεται με το κοινωνικό κεφάλαιο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Baranowski και συν. (1983), η απάντηση στο ερώτημα αν οι διάφοροι παράγοντες και όψεις που περιλαμβάνει η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου συνδέονται με τον μητρικό θηλασμό, είναι «ναι» και «όχι».

Στη μελέτη των Anderson και συν. (2004) τα ευρήματα τους ανέδειξαν ότι μητέρες με υψηλότερο κοινωνικό κεφάλαιο έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να θηλάσουν το βρέφος τους. Σε συμφωνία είναι οι εκτιμήσεις της παρούσας

μελέτης όπου οι μητέρες με μεσαίο και υψηλό συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο ήταν εκείνες που εκτιμήθηκε ότι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν θηλάσει το βρέφος τους, αν και η εκτίμηση για τις μητέρες με υψηλό κοινωνικό κεφάλαιο δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Κοινά ευρήματα της μελέτης των Anderson και συν. και της παρούσας, αφορούν την ηλικία της μητέρας, όπου οι μητέρες μικρότερες σε ηλικία, φαίνεται να θηλάζουν το βρέφος τους περισσότερο και αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση η οποία φαίνεται να επηρεάζει την διάρκεια του θηλασμού.

Η θετική σχέση του παράγοντα Αξία της ζωής με την μεταβλητή του μητρικού θηλασμού η οποία αναφέρεται στο αν έχει ή όχι μια μητέρα θηλάσει το βρέφος της έστω και μια φορά, θα μπορούσε να εξηγηθεί από το ότι η αντίληψη μιας μητέρας για την αξία της ζωής που αφορά το παιδί της αλλά και την ίδια ίσως να συνδέεται με πρακτικές υγιεινής άρα και με την πρακτική του μητρικού θηλασμού.

Ο παράγοντας του κοινωνικού κεφαλαίου Ανοχή στην διαφορετικότητα παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον σχετικά με την σχέση που φαίνεται να έχει με τον μητρικό θηλασμό. Οι μητέρες που ανήκουν στο υψηλό επίπεδο του παράγοντα Ανοχή στη διαφορετικότητα, εκτιμήθηκε ότι έχουν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν θηλάσει το παιδί τους. Θα μπορούσε κανείς να πει, ότι η ανοχή στην διαφορετικότητα συνδέεται άμεσα με ένα μοντέλο ζωής υπέρ της καινοτομίας που αφορά ενέργειες θετικές προς τον άνθρωπο και το ευρύτερο περιβάλλον. Ίσως ο παράγοντας αυτός να συνδέεται με έναν ευρύτερο τρόπο ζωής ο οποίος είναι υπέρ των φυσικών πραγμάτων, της αρμονίας των σχέσεων και με καθετί ρηξικέλευθο.

Με δεδομένη τη σημασία του μητρικού θηλασμού ως ζητήματος δημόσιας υγείας, σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να αναλυθούν οι πτυχές του κοινωνικού κεφαλαίου και η πιθανή μεταξύ τους σχέση. Το συνολικό κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας και οι επιμέρους παράγοντες του, έτσι όπως συστήνεται στην παρούσα μελέτη (Kritsotakis και συν., 2008) και η προσπάθεια συσχετισμού με τις μεταβλητές της πρακτικής του θηλασμού, αποτελεί το πρώτο εγχείρημα, όσο φυσικά γνωρίζουμε, μελέτης του

ζητήματος αυτού. Σχετικά με τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας, μπορεί να ειπωθεί ότι στηρίζουν την αρχική ερευνητική υπόθεση, ότι δηλαδή το κοινωνικό κεφάλαιο της μητέρας επηρεάζει θετικά την πρακτική του θηλασμού (ειδικά όσον αφορά την έναρξη του θηλασμού). Υπάρχουν δηλαδή ενδείξεις που τοποθετούν την έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου σε σημείο άμεσης σύνδεσης με την πρακτική του θηλασμού.

Είναι σημαντικό να τονιστεί η απουσία σύγκρισης των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης με βιβλιογραφικές αναφορές συσχέτισης του κοινωνικού κεφαλαίου και του μητρικού θηλασμού. Ειδικότερα για ότι αφορά τους επιμέρους παράγοντες του κοινωνικού κεφαλαίου, Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, Ανοχή στην διαφορετικότητα και Αξία της ζωής δεν φαίνεται να υπάρχει βιβλιογραφική αναφορά στην οποία να ερμηνεύεται μια πιθανή συσχέτιση με την πρακτική του θηλασμού.

#### Περιορισμοί της μελέτης

Το μικρό δείγμα μελέτης (N=493 μητέρες) αποτελεί σημαντικό περιορισμό της μελέτης. Ως αποτέλεσμα κάποιες εκτιμήσεις να μην έχουν γίνει με πολλή ακρίβεια, γεγονός που υποδηλώνεται από ευρεία αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης.

Δεν μπορούμε να αποκλείσουμε επίσης τη πιθανότητα υπολειμματικής σύγχυσης λόγω του ότι μπορεί να μην ελέγξαμε επαρκώς κατά την πολυπαραγοντική ανάλυση την κοινωνική τάξη των μητέρων, μιας και ήταν σε εμάς διαθέσιμη μόνο η πληροφορία της εκπαίδευσης της μητέρας ως προσδιοριστής της κοινωνική τάξης.

Ακόμη, θα μπορούσε να αναφερθεί ως περιορισμός της μελέτης το ότι το SCQ-G είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα, επομένως αποκλείει τη συμπλήρωσή του από άτομα τα οποία δεν γνωρίζουν τη γλώσσα, και οδηγεί σε σχετικό αποκλεισμό των μητέρων που κατάγονται από άλλες χώρες.



### Συμπεράσματα

Εν κατακλείδι, το κοινωνικό κεφάλαιο μιας μητέρας εκτιμήθηκε ότι επιδρά θετικά στον μητρικό θηλασμό στον πληθυσμό της παρούσας μελέτης. Θα λέγαμε ότι η συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου μιας μητέρας με την πρακτική του θηλασμού παρουσιάζει μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον γενικότερα όταν αναλογιστεί κανείς ότι μια πιθανή σχέση έχει αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού. Αδιαμφισβήτητα το εν λόγω ζήτημα χρίζει περαιτέρω διερεύνησης και διεξοδικής μελέτης.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Abbot, S., Freeth, D. (2008). Social capital and health: Starting to make sense of the role of generalized trust and reciprocity. *Journal of health Psychology*. 13(7): 874-883
- Anderson, A.K., Damio G., Himmelgreen D.A., Peng Y., Segura-Perez S., Perez-Escamilla R. (2004) .Social capital, acculturation, and breastfeeding initiation among Puerto Rican Women in the United States. *Journal of Human Lactation* 20(1).
- Arifeen S et al. (2001). Exclusive breastfeeding reduces acute respiratory infection and diarrhea deaths among infants in Dhaka slums. *Pediatrics*, 108(4):e67-74.
- Baranowski, T., Bee D.E., Rassin D.K., Richardson J.C., Brown J.P., Guenther N., Nader P.R. (1983). Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Ser. Sci. Med Vol 17, No. 21*, pp. 1599-1611
- Beasley A., Amir L.H. (2007). Infant feeding, poverty and human development. *International Breastfeeding Journal*.
- Bailey, BA., Wright, H. (2010). Breastfeeding initiation in a rural sample: predictive factors and the role of smoking. *J Hum Lact* 27:33
- Bourdieu, P. (1997). The forms of capital. In: Hasley, AH., Lauder, H., Brown, P., Wells, AS. (eds) *Education: Culture, economy, and society*. Oxford University Press, Cambridge.
- Breastfeeding and the use of human milk. (2005). *Pediatrics*. 115(2):496-506.
- Britton, J.R., Britton, H.L., Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity and attachment. *Pediatrics* 118:e1436-e1443.
- Cattaneo, A., Yngve, A., Koletzko, B., Guzman, LR. (2004). Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation. *Public Health Nutrition*. 8(1): 39-46.
- Celi, AC., Rich-Edwards, JW., Richardson, MK., Kleinman, KP., Gillman, MW. (2005). Immigration, race/ethnicity, and social economic factors as predictors of breastfeeding initiation. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med*. 159(3): 255-60
- Chatzi, L et al. (2009). Metabolic syndrome in early Pregnancy and risk of preterm birth. *American Journal of Epidemiology*.
- Chiu, WC., Liao, HF., Chang, PJ., Chen, PC., Chen, YC. (2011). Duration of breast feeding and risk of developmental delay in Taiwanese children: a nationwide birth cohort study. *Paediatr. Perinat. Epidemiol*. 25 (6): 519-27.
- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002). Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*, 360: 187-195.
- Coleman, J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *University of Chicago. AJS Vol 94*.
- Dekker P., Uslaner E. (2001) *Social Capital and Participation in everyday life*. Routledge.

- De Silva, M. J., & Harpham, T. (2007). Maternal social capital and child nutritional status in four developing countries. *Health & Place*, 13, 341-55.
- De Silva, MJ., Harpham, T., Tuant, T., Bartolini, R., Penny, ME., Huttly, Sr. (2006). Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam. *Soc.Sci.Med.*, 62:941-953.
- De Silva, MJ., McKenzie, K., Harpham, T., Huttly, SRA. (2005). Social capital and mental illness: a systematic review. *J.Epidemiol. Community Health* 59:619-627.
- Dewey, KI., Heining, MJ, Nommsen, LA. (1993). Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation. *Am.J.Clin.Nutr.* 58:162-166
- Edmond, K.M., Zandoh C., Quigley M.A., Amenga-Etego, S., Owusu-Agyei S., Kirkwood B.R. (2006). Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 117(3): e380-6.
- EU Project on promotion of breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. European Commission Public Health and risk assessment. Luxembourg. 2004.
- FAO/WHO. (1992) World declaration and plan of action and nutrition. FAO/WHO, Rome
- Fergusson, D.M., Woodward L.J. (1999). Breast feeding and later psychosocial adjustment. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 13, 144-157.
- Folland, S. (2007). Does “community social capital” contribute to population health? *Social Science & Medicine*, 64, 2342–54.
- Forste, R., Weiss, J., Lippincott, E. (2001). The decision to breastfeed in the United States: does race matter? *Pediatrics*. 108(2): 291-6.
- Gartner, LM., Morton, J., Lawrence, RA., et al.(2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 115:496-506.
- Gdalevich, M., Mimouni, D., Mimouni, M. (2001). Breast-feeding and the risk of bronchiak asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J.Pediatr.* 139 (2): 261-6.
- Halpern D. (2005) *Social Capital*. Policy Press.
- Harpham, T., De Silva, M. J., & Tuan, T. (2006). Maternal social capital and child health in Vietnam. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 865–871.
- Harpham, T., Grand, E., Thomas, E., (2002). Measuring social capital within health surveys: key issues. *Health policy and planning* 17(1): 106-111
- Hawe, P., Shiell, A. (2000). Social capital and health promotion: a review. *Social Science and Medicine* 51, 871-885.
- Heck, KE., Braveman, P., Cubbin, C., Chavez CF., Kiely, JL., (2006). Socioeconomic status and breastfeeding initiation among California mothers. *Public Health Rep.* 121(1): 51-9.
- Horwood, LW., Fergusson, BM. (1998). Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics*. 101: (1)
- Howie, P.W. (2002). Protective effect of breastfeeding against infection. *BMJ* 503: 141-147.

- Kawachi, I., Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*.78(3): 458-467
- Kawachi, I., Kennedy, B., Glass, R., (1999). Social capital and Self- rated Health: a contextual analysis. *Am J Public Health*. 89:1187-1193.
- Kennedy, KI., Lobbok, MH., Van Look, PF. (1996). Lactational amenorrhea method for family planning. *Int.J.Gynaecol.Obstet*. 54: 55-57
- Klaus, M. (1998). Mother and infant: early emotional ties. *Paediatrics*, 108:1244-1246.
- Kramer, MS., Kakuna, R. (2001). The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. Geneva, World Health Organization.
- Kritsotakis G, Antoniadou E, Koutra K, Koutis A, Philalithis A. (2010). Cognitive Validation of the Social Capital Questionnaire in Greece. *Nosileftiki* 49(3): 274– 285.
- Kritsotakis, G., & Gamarnikow, E. (2004). What is social capital and how does it relate to health? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 43–50.
- Kritsotakis, G., Koutis, A. D., Alegakis, A. K., & Philalithis, A. E. (2008). Development of the social capital questionnaire in Greece. *Research in Nursing & Health*, 31, 217-225.
- Kritsotakis, G., Koutis, A. D., Maiovis, P., & Philalithis, A. E. (2009). Individual and contextual influences of social variables in health outcomes: The impact of social capital. *Archives of Hellenic Medicine*, 26, 523–535, (in Greek).
- Kritsotakis G, Vassilaki M, Chatzi L, Georgiou V, Philalithis A, Kogevinas M, Koutis A. (2011). Maternal social capital and birth outcomes in the Mother-Child cohort in Crete, Greece (Rhea Study). *Social Science & Medicine*, 73(11):1653-60.
- Kull, I., Bohme, M., Wahlgren, CF., Nordvall, L., Pershagen, G., Wickman, M. (2005). Breast-feeding reduces the risk for childhood eczema. *J. Allergy Clin.Immunol*. 116: 657-661.
- Lobbok, MH. (2001). Effects on breastfeeding on the mother. *Pediatr. Clin. North Am*. 48: 143-158.
- Ladomenou, F., Kafatos, A., Galanakis, E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 69:1441-4.
- Leon-Cava, N., Lutter, C., Ross, J. Martin, L. (2002). Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC.
- Lin N. (2001) Social capital. Cambridge University Press.
- Lindstrom, M., Hanson, BS., Ostergren, PO., Berglund, G. (2000). Socioeconomic differences in smoking cessation: the role of social participation. *Scand J. Public Health* 28(3): 200-8.
- Lipworth, L., Bailey, R., Trichopoulos, D. (2000). History of breast-feeding in relation to breast cancer risk: review of the epidemiologic literature. *Journal of the National Cancer Institute*, 92: 4, 302-312.
- Lloyd- Odgers, J. (2005). How are the concepts of social capital, primary health care and health promotion relevant to the goals and activities of

- child and family health nurses? *Nuritinga Issue 6*. Tasmanian School of Nursing.
- Macinko, J., Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly* vol: 79, No:3, UK.
- Martin, K., Rogers, BL., Cook, J., Joseph, HM. (2004). Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Soc. Scien. Med.* 58: 2645-2654.
- Martorell, R., O' Gara C. (1985). Breastfeeding, infant health, and socioeconomic status. *Medical anthropology* 9 (2): 173-181
- Matich R. J., Sims L. S. (1992). A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Soc. Sci. Med.* Vol. 34, No. 8. pp. 919-927.
- Mitra, AK., Khoury, AJ., Hinton, AW., Carothers, C. (2004). Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal Child Health J.* 8(2): 65-70.
- Mobak K et al. Prolonged breastfeeding, diarrheal disease, and survival of children in Guinea-Bissau. (1994). *British Medical Journal*, 308:1403–1406.
- Mohan, J., Twigg, L., Barnard, S., Jones, K. (2005). Social capital, geography and health: a small area analysis for England. *Soc. Sci. Med.* 60: 1267-1283
- Moore, S., Daniel, M. Gauvin, L., Dube, L. (2009). Not all capital is good capital. *Health & place* 15 1071-1077.
- Oddy, W.H. et al (2010). The long term effects of breastfeeding on child and adolescent mental health: a pregnancy cohort study followed for 14 years. *The journal of Pediatrics* 156, 4, 568-574.
- Oddy, W.H. et al (2011). Breastfeeding and early child development: A prospective cohort study. *Acta Paediatr.*
- Onyx, J., & Bullen, P. (2000). Measuring social capital in five communities. *The Journal of applied behavioral science*, 36, 23-42.
- Paine P., Dorea J.G.(2001). Gender role attitudes and other determinants of breastfeeding intentions in Brazilian women. *Child care, health and development.* 27:1, 61-72.
- Papaioannou, A., Patelarou, E., Catzi, L., Koutis, A., Kafatos, A, Kogevinas, M. (2008). Use of health care services and risk factors among pregnant women in Crete. University of Crete.
- Pickett, Kate E., Shaw, Richard J., Atkin, Karl Kiernan, Kathleen E., Wilkinson, Richard G. (2009). Ethnic density effects on maternal and infant health in the Millennium Cohort Study. *Social Science and Medicine* Vol: 69, 10, 1476-1483.
- Penders, J., Thijs, C., Vink, C. et al. (2006). Factors influencing the composition of the intestinal microbiota in early infancy. *Pediatrics*, 118: 511-521.
- Poortinga, W. (2006). Do health behaviors mediate the association between social capital and health? *Preventive Medicine*, 43, 488–93.
- Putman, R. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community.* Simon & Schuster, New York.
- Richards, M., Hardy, R., Wadsworth, M. (2001). Long term effects of breastfeeding in a national birth cohort: educational attainment and middle life cognitive function. *Public Health Nutrition* 5(5), 631-635.

- Rogers, E. (1983). *Diffusion of Innovations*. New York, NY: The Free Press.
- Sampson, R., Raudenbush, S., Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- Senarath, U., Dibley, MJ., Agho, KE. (2010). Factors associated with nonexclusive breastfeeding in 5 East and Southeast Asian countries: a multilevel analysis. *J Hum Lact* 26: 248
- Singh, G.P., Kogan M.D., Dee, D.L. (2007). Nativity/ Immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States. *Pediatrics* 119;S38-S46.
- Stafford M., Cummins, S., McIntyre, S., Ellaway, A., Marmot, M. (2005). Gender differences in the associations between health and neighborhood environment. *Soc. Sci. Med.* 60: 1681–1692.
- Svendsen GLH. (2006). Studying social capital in situ: A qualitative approach. *Theory Soc.*, 35:39-70.
- Stuede, A. (2009). The risks of not breastfeeding for mothers and infants. *Reviews in Obstetrics & Gynecology*, 2(4):222-31.
- The World Health Organization Multinational Study of Breastfeeding and Lactational Amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. (1999) World Health Organization Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. *Fertility and Sterility*, 72:431–440.
- Weitzman, ER., Chen, YY. (2005). Risk modifying effect of social capital on measures of heavy alcohol consumption, alcohol abuse, harms and secondhand effects: national survey findings. *J. Epidemiol. Community Health* 59 (4), 303-309.
- Wilson, A.C., Forsyth, J.S., Greene, S.A., Irvine, L., Hau, C., Howie, P.W. (1998). Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study. *BMJ* 1998;316:21–5.
- World Alliance for Breastfeeding Action. Global network of individuals & organizations concerned with the protection, promotion & support of breastfeeding worldwide.
- World Health Assembly. (1981) International Code of Marketing of Breast milk Substitutes. WHO, Geneva.
- World Health Organization. (2001). Infant and young child nutrition. 54<sup>th</sup> World Health Assembly. Geneva.
- World Health Organization. (2003) Global strategy for infant an young child feeding. Geneva
- World Health Organization. (2007). Evidence of long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva.
- WHO/UNICEF. (1990). The Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Geneva.