



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ: ΙΑΤΡΙΚΕΣ
ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ”**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΗΝΑ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΜΑΙΟΣ 2010

Σελίδα 1 από 84

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποβλέπει σε μια συγκριτική αξιολόγηση των ιατρικών απόψεων για την εφαρμογή των καισαρικών τομών, σε σχέση με τις προτεινόμενες Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες, στα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιφέρειας Ηπείρου.

Σκοπός. Βασικός σκοπός της αποτελεί, η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο εφαρμόζονται οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για τη διεξαγωγή ενός τοκετού και για τη λήψη της απόφασης, της περαιτέρω εξέλιξής του με τη διενέργεια καισαρικής τομής.

Μέθοδος. Με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, μελετήθηκαν οι ιατρικές πεποιθήσεις για την πραγματοποίηση καισαρικής τομής σε περιπτώσεις ανάλογες με αυτές που αναφέρονται στις οδηγίες καλής πρακτικής. Παράλληλα, καταγράφηκαν δεδομένα του συνόλου των καισαρικών τομών, έναντι των κολπικών τοκετών, που επιτελέστηκαν το έτος 2009, στα νοσοκομεία της Ηπείρου.

Αποτελέσματα. Η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή ιατρική πρακτική, σύμφωνα με τις ιατρικές απόψεις, ανέρχεται στο 60% του συνόλου των τοκετών. Αντίστοιχα, οι τοκετοί που εξελίχθηκαν με καισαρική τομή την περίοδο του 2009 στα νοσοκομεία της Ηπείρου, αντιστοιχούν στο 32,9% επί του συνόλου των γεννήσεων.

Συμπεράσματα. Η σύγκλιση της ιατρικής συμπεριφοράς με τα πρότυπα καλής πρακτικής για τη διενέργεια καισαρικής τομής, μπορεί να συμβάλλει στον περιορισμό του φαινομένου της αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών.

ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ

Τοκετός, καισαρική τομή, κολπικός τοκετός, κατευθυντήριες οδηγίες, προγραμματισμός καισαρικής τομής, ποσοστά καισαρικών τομών, αύξηση καισαρικών τομών.

ABSTRACT

The present work aims at a comparative evaluation of medical views on the implementation of caesarean sections in relation to the proposed European guidelines in hospitals in the region of Epirus.

Purpose. The main purpose is to investigate the extent to which the European guidelines for conducting a birth and the decision of the further evolution by performing a caesarean section.

Method. Using a questionnaire, we studied the medical beliefs about making caesarean section in circumstances similar to those referred to good practice guidance. Furthermore, recorded data of all caesarean sections compared with vaginal births, which have introduced in 2009, in hospital of Epirus.

Results. The implementation of guidelines in everyday medical practice, according to medical opinion, amounts to 60% of all births. Similarly, confinement developed by Caesarean section during the period of 2009 to hospitals of Epirus continent accounted for 32,9% of all births.

Conclusions. The convergence of health behavior models of good practice to perform a caesarean section can help to reduce the phenomenon of increasing rates of caesarean sections.

KEYWORDS

Delivery, caesarian section, vaginal birth, guidelines, planning caesarean section, rates of caesarean sections, increased caesarean sections.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	06
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Το φαινόμενο της αύξησης των καισαρικών τομών.....	09
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Κίνδυνοι και οφέλη της καισαρικής τομής.....	12
2.1 Οι κίνδυνοι της καισαρικής τομής.....	12
2.1.1 Μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα.....	12
2.1.2 Νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα.....	14
2.2 Τα οφέλη της καισαρικής τομής.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των καισαρικών τομών.....	18
3.1 Ιατρικοί παράγοντες.....	18
3.2 Μη ιατρικοί παράγοντες.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Κατευθυντήριες οδηγίες (Guidelines) καλής πρακτικής.....	28
4.1 Γενική θεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών.....	28
4.2 Τα Ευρωπαϊκά πρότυπα καλής πρακτικής.....	30
4.3 Κριτική για τα πρότυπα καλής πρακτικής.....	34
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Στόχοι – Γενικός σκοπός της μελέτης.....	37
5.1 Σκοπός της μελέτης.....	37
5.2 Περιγραφή της διασποράς των μαιευτήρων – γυναικολόγων και των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια Ηπείρου.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Υλικό και μέθοδος.....	39
6.1 Επιλογή σχεδίου.....	40
6.2 Δειγματοληψία.....	41
6.3 Ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου.....	42
6.3.1. Χαρακτηριστικά των γιατρών.....	42
6.3.2. Προτάσεις των γιατρών στα κλινικά περιστατικά του ερωτηματολογίου.....	43
6.4 Ανάλυση των νοσοκομειακών δεδομένων.....	48

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ 1: Οι ιατρικές απόψεις και τα πρότυπα καλής πρακτικής.....	51
ΣΥΖΗΤΗΣΗ 2 : Ιατρική πρακτική και το φαινόμενο αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών	54
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	56
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	59
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: ΣΧΗΜΑΤΑ.....	67
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	80

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί σε πολλές χώρες μια έντονη ανησυχία για το γεγονός της συνεχούς αύξησης των καισαρικών τομών. Τα υψηλά ποσοστά των τοκετών που πραγματοποιούνται με καισαρική τομή, περιγράφονται όχι μόνο στον δυτικό κόσμο, αλλά παγκοσμίως.

Το φαινόμενο αυτό, αντανακλά στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των νοσηλευτικών δομών, αλλά και του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Η καισαρική τομή ως μέθοδος τοκετού, επιδρά στην ποιότητα της ζωής, τόσο της μητέρας, όσο και του φερόμενου στον κόσμο, νεογνού. Αν και στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελεί απαραίτητη διαδικασία, μια σειρά από παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ιατρική απόφαση για την επιλογή καισαρικής τομής.

Η παρατήρηση της συνεχούς αύξησης των γεννήσεων με καισαρική τομή, έχει αποτελέσει αντικείμενο διαρκούς διαλόγου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, προτείνει ως βέλτιστο όριο καισαρικών τομών, το ποσοστό του 15% επί του συνόλου των γεννήσεων. Ταυτόχρονα, οι επιστημονικές κοινότητες επιτείνουν τις προσπάθειές τους στην δημιουργία αλγορίθμων – κατευθυντήριων οδηγιών, που αφορούν τις ενδείξεις της καισαρικής τομής. Σκοπός τους αποτελεί, να καθοδηγήσουν την ιατρική πρακτική, περιορίζοντας το ποσοστό των καισαρικών τομών και εξασφαλίζοντας τη βέλτιστη ποιότητα της μητέρας και του παιδιού.

Η αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών, δεν αποτελεί εξαίρεση για τα ελληνικά ιατρικά δρώμενα. Το φαινόμενο αυτό, καταγράφεται, τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα της περίθαλψης υγείας. Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η εξέταση της ιατρικής συμπεριφοράς, ως παράγοντα επίδρασης στα αυξανόμενα ποσοστά των καισαρικών τομών. Ο σκοπός αυτός, επιτυγχάνεται, τόσο μέσα από τις προσωπικές δηλώσεις των γιατρών, όσο και από την παρατήρηση των ιατρικών πράξεών τους. Το εύρος της παρούσας εργασίας, περιορίζεται στους νοσοκομειακούς και μόνο γιατρούς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιφέρειας Ηπείρου. Η συλλογή των στοιχείων που αφορούν τις πεποιθήσεις των γιατρών, γίνεται άμεσα, με τη βοήθεια ερωτηματολογίου. Αντίθετα, τα δεδομένα των ιατρικών πράξεων, ανευρίσκονται μέσω των αντίστοιχων νοσοκομείων. Με την ανάλυση των προτάσεων των γιατρών, για την εφαρμογή ή μη

καισαρικής τομής, αναδεικνύεται ο βαθμός επίδρασής τους από τις αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες. Εξάγονται δε, συμπεράσματα για τη δυνατότητα περιορισμού του ποσοστού των καισαρικών τομών, μέσω της διάδοσης και της υποστήριξης των προτύπων καλής πρακτικής.

Στο γενικό μέρος της εργασίας, παρουσιάζεται η έκταση του φαινομένου της αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών, με αναφορές σε στοιχεία από διάφορες χώρες του κόσμου. Επίσης, περιγράφονται οι κίνδυνοι που διατρέχουν και τα οφέλη που εισπράττουν μέσω της καισαρικής τομής, τόσο η μητέρα, όσο και το νεογνό. Στη συνέχεια αναλύονται μια σειρά από ιατρικούς και μη παράγοντες, που συμβάλλουν στην αύξηση της διενέργειας των καισαρικών τομών. Τέλος, γίνεται αναφορά στα πρότυπα καλής πρακτικής και περιγράφονται οι Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες για την εφαρμογή της καισαρικής τομής.

Στο ειδικό μέρος της εργασίας, μετά την περιγραφή της κατανομής των γιατρών αλλά και των νοσηλευτικών μονάδων στην περιοχή, ακολουθεί αναλυτική εξέταση των απαντήσεων των γιατρών στο προτασόμενο ερωτηματολόγιο. Τέλος, περιγράφονται τα ποσοστά των καισαρικών τομών που έλαβαν χώρα το 2009 σε κάθε νοσοκομείο της Ηπείρου και συσχετίζονται τα ποσοστά αυτών, με το αντίστοιχο προτεινόμενο όριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

Η καισαρική τομή, ως χειρουργική αντιμετώπιση ενός ανώμαλου και περιπλεγμένου τοκετού, αποτελεί μια ιατρική πρακτική που προάγει την υγεία της γυναίκας και του νεογνού, μειώνοντας την περιγεννητική τους νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τις τελευταίες δεκαετίες, τα ποσοστά των καισαρικών τομών (ως ποσοστά ζώντων γεννήσεων) έχουν αυξηθεί σημαντικά. Υπάρχει ωστόσο, γενική συναίνεση μεταξύ των κλινικών ιατρών, πως ένα υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών, είναι ανεπιθύμητο.

Το 1985, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), επισημαίνοντας τα αυξανόμενα ποσοστά των καισαρικών τομών, δηλώνει πως, δεν υπάρχουν πρόσθετα οφέλη για την υγεία που να συνδέονται με ποσοστό καισαρικών τομών πάνω από 10-15%. Το ποσοστό αυτό υπολογίστηκε από τα ποσοστά καισαρικών τομών που είχαν πραγματοποιηθεί σε χώρες, με χαμηλά ποσοστά μητρικής και νεογνικής θνησιμότητας [1,2,3].

Έτσι, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, η τάση αύξησης των ποσοστών των καισαρικών τομών σε ορισμένες χώρες του ΟΟΣΑ, επιβραδύνεται ή ακόμα και αντιστρέφεται. Ο περιορισμός της εκτέλεσης καισαρικών, είναι αποτέλεσμα μιας προσπάθειας αλλαγών στη μαιευτική πρακτική, που αφορά φυσιολογικούς τοκετούς μετά από καισαρική τομή [4]. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, το ποσοστό των καισαρικών τομών φτάνει μόλις το 10%. Ταυτόχρονα, οι Ηνωμένες Πολιτείες, το 1991, θέτουν στόχους για μείωση του ρυθμού των καισαρικών στο 15%, με παράλληλη αύξηση των φυσιολογικών τοκετών μετά από καισαρική, στο 40%. Παρόλη τη πρόοδο που σημειώνεται ως το 1996, η προσπάθεια εγκαταλείπεται λόγω αναφερόμενων επιπλοκών της παραπάνω τακτικής, αλλά και της αλλαγής στις προτιμήσεις των ασθενών [5].

Από το 1997, εμφανίζεται μια ταχεία αύξηση των ποσοστών των καισαρικών τομών στις χώρες του ΟΟΣΑ. Μέση ετήσια αύξηση της τάξης του 4% και άνω, καταγράφεται σε 12 χώρες. Σε μια σειρά κατάταξης, πρώτη εμφανίζεται η Αυστρία και ακολουθούν, η Σλοβενία, το Λουξεμβούργο, η Δανία, η Ιρλανδία και η Τσεχία. Τη δεκαετία 1997-2007, οι καισαρικές τομές, έχουν αυξηθεί με ετήσιο ρυθμό της τάξης του 3,9%, με την Φιλανδία και την Ισλανδία να εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά αύξησης και τις Ηνωμένες Πολιτείες να αναφέρουν ποσοστά καισαρικών τομών υψηλότερα κατά 24%. [6,7,8](Σχήμα 1.1).

Ωστόσο, τα ποσοστά των καισαρικών, το 2007, διαφέρουν σημαντικά στις χώρες του ΟΟΣΑ (Σχήμα 1.2). Στις Κάτω Χώρες, κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα της τάξης του 14%, σε αντίθεση με την Ιταλία και το Μεξικό, που φτάνουν στα υψηλότερα επίπεδα του 40%. Υψηλά ποσοστά (30% ή περισσότερο) εμφανίζουν, η Αυστραλία, η Ουγγαρία, η Κορέα, η Πορτογαλία, η Ελβετία, η Τουρκία και οι Ηνωμένες Πολιτείες. Ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ, αντιστοιχεί στο 26%. [9] (σχήματα 1.3 και 1.4).

Στην Κίνα, στοιχεία από δημόσια νοσοκομεία δείχνουν τα ποσοστά καισαρικής την δεκαετία του '90, να κυμαίνονται μεταξύ 26% και 63%, ανάλογα με την περιοχή (Ανατολική, Κεντρική και Δυτική Κίνα) [10,11]. Ωστόσο, τις τελευταίες τρις δεκαετίες, καταγράφεται σημαντική αύξηση από 4,7% έως 22,5% [12]. (Σχήμα 1.5).

Μεγάλες διαφορές των ποσοστών των καισαρικών τομών, έχουν βρεθεί και στις χώρες της Αφρικής. Σε έξι χώρες (Αίγυπτος, Σουδάν, Ιορδανία, Λίβανος, Μπαχρέιν, Κατάρ), τα ποσοστά υπερβαίνουν το όριο της ΠΟΥ κατά 15%, ενώ, οι υπόλοιπες 13 χώρες έχουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 10% και 15%. Ωστόσο, αυξανόμενη τάση καισαρικών τομών εμφανίζεται και στις χώρες αυτές. Στην Ιορδανία παρατηρήθηκε αύξηση από 7,7% (1991) σε 17,8% (2002), στην Αίγυπτο από 15,3% (1992) σε 26,2% (2003), στο Μαρόκο από 6,8% (1992) σε 9,3% (2004), στη Συρία από 12% (1993) σε 15% (2002), στη Σαουδική Αραβία, από 9,9% (1984) σε 13% (2002) και στο Λίβανο από 17% (1995) σε 18% (2000). (Σχήμα 1.6) [13,14].

Σημαντική αύξηση παρατηρείται και στη Βραζιλία, με το ποσοστό των καισαρικών τομών να εκτινάσσεται, από το 20% (1970) [15], σε ποσοστά που ξεπερνούν το 70% (2000) [16]. Επισημαίνονται δε οι μεγάλες γεωγραφικές διακυμάνσεις ανά την επικράτεια, που αγγίζουν και το 90% [17].

Την τάση αύξησης του ποσοστού των καισαρικών, φαίνεται να ακολουθεί και η Ελλάδα, καθώς για το διάστημα 1983 – 1998 [18] καταγράφεται μια αύξηση του ποσοστού από 13% σε 31%. Κατά την καταγραφή των γεννήσεων σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο την περίοδο 1977 – 2000, παρατηρείται μια αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών από 13,8% (1977-1983) σε 29,9% (1994-2000) [19]. Το ποσοστό καισαρικών τομών στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης κυμαίνεται από 36,7% (2002) σε 39,4% (2003), 34,8% (2005) και τέλος 35,5% (2006) [20]. Τα αντίστοιχα ποσοστά του Γενικού

Νοσοκομείου - Μαιευτηρίου «Ελενα Βενιζέλου», κυμαίνονται από 40% (2000) σε 45% (2004). (Σχήμα 1.7)

Σημαντική απόκλιση σημειώνεται μεταξύ του ποσοστού των καισαρικών τομών που πραγματοποιούνται στα δημόσια νοσοκομεία 41,6% (1/2002, Αθήνα) έναντι του ιδιωτικού τομέα που μπορεί να φτάσει το 53% (1/2002, Αθήνα) [21] (Σχήμα 1.8). Ενδεικτικά, η διακύμανση των ποσοστών στο ιδιωτικό μαιευτήριο Λητώ ανέρχονται από 44% (2000) σε 49% (2004), ενώ στο Ιασώ από 39% (2000) σε 49% (2004). Δυστυχώς, δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για το πανελλήνιο ποσοστό καισαρικών τομών και τη διαφοροποίησή τους ανάμεσα στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και τις ιδιωτικές κλινικές σε βάθος χρόνου, παρά μόνο σποραδικές μελέτες.

Οι Al Declercq και συν., 2005, στην μελέτη τους, διαπιστώνουν πως το ποσοστό των άνευ κινδύνου καισαρικών τομών, αυξήθηκε από 3,7% επί του συνόλου των γεννήσεων (1996), σε 5,5% (2001). Έρευνα της Γαλλικής Νοσοκομειακής Ομοσπονδίας, αναφέρει υψηλότερα ποσοστά στις ιδιωτικές κερδοσκοπικές κλινικές σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία [22]. Ομοίως στις χώρες της Λατινικής Αμερικής, στα τέλη του '90, εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών σε ιδιωτικά νοσοκομεία σε σχέση με τα δημόσια [23].

Ωστόσο, η καισαρική τομή, ως χειρουργική επέμβαση, συνεχίζει να οδηγεί σε αυξημένη μητρική και νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα. [24,25,26]. Οι αυξημένες πιθανότητες επιπλοκών σε συνδυασμό με το μεγαλύτερο οικονομικό κόστος, θέτουν το ζήτημα, εάν το κόστος της καισαρικής τομής μπορεί να υπερβαίνει τα οφέλη. Στο δίλλημα αυτό, η Ένωση Μαιευτήρων Γυναικολόγων του Καναδά, απαντά ενθαρρύνοντας τον φυσιολογικό τοκετό [27] (Ένωση Μαιευτήρων και Γυναικολόγων του Καναδά et al., 2008). Παράλληλα το Βρετανικό Εθνικό Ίδρυμα Κλινικής Αριστείας (NICE), προσπαθεί να καθορίσει πρότυπα βέλτιστης φροντίδας και κλινικής πρακτικής, με την προσδοκία να οδηγήσει σε μια μείωση των καισαρικών τομών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

2.1 Οι κίνδυνοι της καισαρικής τομής

Η καισαρική τομή αποτελεί μια από τις πιο βαριές χειρουργικές επεμβάσεις της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας. Η πρόοδος που έχει σημειωθεί στις χειρουργικές τεχνικές, στις τεχνικές αντισπησίας, στα αντιβιοτικά, στις μεταγγίσεις και στην αναισθησία, έχουν ελαττώσει σημαντικά, χωρίς όμως να έχουν εξαλείψει τους κινδύνους που σχετίζονται με την καισαρική τομή. Πέρα από τους κινδύνους που διατρέχει άμεσα η μητέρα, λόγω της χειρουργικής επέμβασης, δυσμενείς επιπτώσεις μπορούν να εμφανιστούν και μακροπρόθεσμα στην αναπαραγωγική της λειτουργία. Υψηλή επικινδυνότητα εμφανίζουν και τα νεογνά που έρχονται στον κόσμο μέσω καισαρικής τομής, τόσο στην περιγεννητική ζωή τους, όσο και μετέπειτα.

2.1.1 Μητρική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Η καισαρική τομή, συγκρινόμενη με άλλες χειρουργικές επεμβάσεις, εμφανίζει πολύ μικρό κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Όμως, σε σύγκριση με τον φυσιολογικό τοκετό, τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά. Ο μέσος κίνδυνος θανάτου της μητέρας που υποβάλλεται σε καισαρική τομή, είναι 3,6 φορές μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του φυσιολογικού τοκετού [28]. Με βάση τα δεδομένα του Ηνωμένου Βασιλείου για την περίοδο 1994-1996, φαίνεται το ποσοστό της μητρικής θνησιμότητας να ανέρχεται στο 5,9% όταν εκτελείται προγραμματισμένη καισαρική, στο 18,2% σε έκτακτη ή επείγουσα καισαρική και στο 2,1% κατά την διενέργεια ή την επίτευξη φυσιολογικού τοκετού [29].

Μια σειρά από επιπλοκές, που εμφανίζονται με διαφορετική συχνότητα κατά την διάρκεια ή και μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης, συνδέονται με τη μητρική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Ο χειρουργικός τραυματισμός της ουροδόχου κύστεως, της μήτρας και των αιμοφόρων αγγείων (2%), η αιμορραγία (1%-6%), τα αναισθησιολογικά ατυχήματα και οι θρομβώσεις των κάτω άκρων (6-20%), η πνευμονική εμβολή (1-2%), ο

παραλυτικός ειλεός (10-20%) και οι λοιμώξεις (50%), αποτελούν τις συχνότερες από αυτές [30].

Ακόμα μεγαλύτερος κίνδυνος αναπτύσσεται σε γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική. Η ίδια η τομή που πραγματοποιείται στην μήτρα, μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα μελλοντικής γονιμότητας προκαλώντας υπογονιμότητα ή και δευτεροπαθή στειρότητα. Για τον ίδιο λόγο, μια ενδεχόμενη μέλλουσα εγκυμοσύνη μπορεί να καταλήξει σε αποβολή, έκτοπη κύηση ή να οδηγήσει σε κύηση υψηλού κινδύνου και πρόωρο τοκετό [28].

Η ανώμαλη πρόσφυση του πλακούντα ή η αποκόλλησή του, είναι χαρακτηριστικές επιπλοκές εγκύων γυναικών που έχουν ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής. Στη μεγάλη βαθμού αιμορραγία που προκαλούν, οφείλεται περίπου το ήμισυ των μητρικών και νεογνικών θανάτων [31]. Οι γυναίκες που έχουν υποβληθεί σε μια καισαρική τομή, εμφανίζουν 4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για ανώμαλη πρόσφυση πλακούντα, στην περίπτωση δύο ή τριών καισαρικών 7 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο και για πάνω από τέσσερις καισαρικές, 45 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο. Ο κίνδυνος για αποκόλληση πλακούντα είναι 4 φορές μεγαλύτερος σε περίπτωση μίας ή και περισσότερων παρελθόντων καισαρικών.[32] Η θανατηφόρος δε, επιπλοκή της ρήξης της μήτρας, έχει παρατηρηθεί με μεγαλύτερη συχνότητα στην περίπτωση της προηγηθείσας καισαρικής (1/500), έναντι του φυσιολογικού τοκετού (1/10.000) [33].

Διαφορά μεταξύ της καισαρική και του φυσιολογικού τοκετού, παρατηρείται και στον απαραίτητο χρόνο νοσοκομειακής νοσηλείας για την αποκατάσταση των λειτουργιών της γυναίκας. Στην περίπτωση της καισαρικής τομής, ο χρόνος ενδονοσοκομειακής παραμονής είναι διπλάσιος (5-6 ημέρες) σε σύγκριση με τον αντίστοιχο του φυσιολογικού τοκετού (3-4 ημέρες) [34]. Αυξημένο κίνδυνο, έως και 80%, για επιπλέον νοσηλεία λόγω επιπλοκών κατά την μετεγχειρητική πορεία, εμφανίζεται σε γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική.[35] Επιλόχεια λοίμωξη, προβλήματα του χειρουργικού τραύματος, καρδιοαναπνευστικά νοσήματα και θρομβοεμβολικά επεισόδια, αποτελούν συχνά αίτια επαναεισαγωγών [36].

Εκτός από τους αυξημένους ιατρικούς κινδύνους που επιφέρει η διενέργεια της καισαρικής τομής, επέρχονται μια σειρά μακροχρόνιων σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων, που περιορίζουν την ψυχική και κοινωνική ευεξία της γυναίκας. Μία στις δεκατέσσερις γυναίκες θα αισθανθεί άλγος, στην περιοχή της τομής ή ακόμα και σε όλη την περιοχή της πύελου, για διάστημα έξι ή και περισσότερων μηνών, γεγονός που

περιορίζει την σεξουαλική της δραστηριότητα. Οι δυσμενείς αυτές καταστάσεις, που δυσκολεύουν τις συνήθειες δραστηριότητες, επιδρούν αρνητικά στην προσωπικότητα και την ψυχολογία των νέων μητέρων. Η αίσθηση της αποτυχίας, η απώλεια του ελέγχου της κατάστασης υγείας τους και η απογοήτευση για τη νέα εικόνα του σώματός τους, αποτελούν αρνητικά συναισθήματα που μειώνουν την αυτοεκτίμησή τους. Κάποιες από αυτές, θα αναπτύξουν κατάθλιψη ή και μετά-τραυματικό στρες. Κάποιες άλλες, με κυρίαρχο αίσθημα το φόβο, θα ανησυχούν για την τομή της καισαρικής τους, ένα μεγάλο χρονικό διάστημα που μπορεί να φτάσει και τα πέντε έτη. Μια τέτοια δυσμενή και φτωχή εμπειρία τοκετού, μειώνει τις πιθανότητες, οι γυναίκες αυτές, να αποφασίσουν για μια επόμενη εγκυμοσύνη.

2.1.2 Νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα

Η διενέργεια της καισαρικής, επιφέρει επιπτώσεις στην περιγεννητική υγεία των νεογνών, επηρεάζοντας τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητάς τους.

Η αποφυγή της διέλευσης του νεογνού μέσα από την πύελο και τον κόλπο για την έξοδό του, δημιουργεί την αίσθηση, πως η καισαρική αποτελεί μια ανώδυνη και ασφαλή διαδικασία για το νεογνό. Ωστόσο, ο κίνδυνος να προκληθούν ιατρογενείς κακώσεις, δεν μηδενίζεται. Λύση της συνέχειας του δέρματος (τραύματα), που πληγώνουν το σώμα ή την κεφαλή του νεογνού, συμβαίνουν κατά την διάνοιξη της μήτρας, σε ποσοστό 1,9% - 6% [37].

Αυξημένα είναι και τα ποσοστά της ιατρογενούς προωρότητας που προκύπτει λόγω της εξόδου του εμβρύου από τη μήτρα, σε ηλικία μικρότερη από αυτή που θα είχε κατά την αυτόματη έναρξη τοκετού [38]. Η νεογνική προωρότητα συνοδεύεται από υψηλή περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα, λόγω των ασυμβίβαστων με τη ζωή επιπλοκών που επιφέρει. Το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας, που αναπτύσσεται στα πρόωρα νεογνά λόγω έλλειψης του επιφανειοδραστικού παράγοντα των πνευμόνων και που απαιτεί παρακολούθηση και νοσηλεία σε μονάδα προώρων, είναι η πιο συχνή επιπλοκή των βρεφών που γεννιούνται με καισαρική τομή. Έχει φανεί, πως σε ένα σύνολο 1000 ζώντων γεννήσεων, το σύνδρομο αυτό θα εμφανιστεί, σε 36 βρέφη που γεννιούνται με προγραμματισμένη καισαρική τομή, σε 12 νεογνά που γεννιούνται με καισαρική που

πραγματοποιήθηκε μετά την έναρξη τοκετού και σε μόλις 5 νεογνά που γεννήθηκαν με φυσιολογικό τοκετό [27,37].

Σημαντικά αυξημένες εμφανίζονται και οι ανάγκες ανάνηψης των νεογνών που προέρχονται από καισαρική τομή. Αξιολογώντας τα νεογνά αυτά σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης της ζωτικής τους λειτουργίας Apgar, διαπιστώνεται μια μεγάλη συχνότητα βαθμολογίας κάτω από 4 στο πρώτο λεπτό. Το αποτέλεσμα αυτό, απαιτεί αναπνευστική και μηχανική υποστήριξη [28]. Συγκριτική μελέτη διαπίστωσε πως τα μωρά που προέρχονται από καισαρική τομή έχουν 50% περισσότερες πιθανότητες για χαμηλά Apgar, 5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να χρειαστούν αναπνευστική υποστήριξη και 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν σε μονάδα προώρων λόγω αναπνευστικής δυσχέρειας. Όμως, η μονάδα εντατικής θεραπείας νεογνών δεν αποτελεί μια ανώδυνη λύση. Οι επιπλοκές που μπορεί να εμφανίσουν τα νεογνίδια, θα καθορίσουν, τόσο τη διάρκεια, όσο και την ποιότητα ζωής τους. Έτσι, αυτά που θα επιζήσουν, έχουν μεγάλες πιθανότητες να παρουσιάσουν διαταραχές στη νοητική, λειτουργική και σωματική τους εξέλιξη.

Εκτός από τον κίνδυνο εμφάνισης ηπιότερων ή σοβαρότερων αναπνευστικών προβλημάτων, που φαίνεται πως συνολικά είναι διπλάσιος για τα βρέφη που γεννιούνται με καισαρική σε σχέση με εκείνα του φυσιολογικού τοκετού [38], αυξημένα προβλήματα αναπτύσσονται και στον θηλασμό.

Οι μητέρες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή έχουν λιγότερες πιθανότητες να θηλάσουν. Ο πόνος της χειρουργικής τομής, περιορίζει την κινητικότητα της μητέρας και καθιστά αδύνατη τη φροντίδα του μωρού της. Ταυτόχρονα, η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής κατά την μετεγχειρητική πορεία της λεχωίδας, καθιστά απαγορευτικό το θηλασμό. Η απουσία του θηλασμού, έχει δυσμενείς συνέπειες στην σωματική και ψυχική υγεία του βρέφους, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα [29, 32].

2.2 Τα οφέλη της καισαρικής τομής

Η διενέργεια καισαρικής τομής σε περιπτώσεις κήσεων υψηλού κινδύνου αλλά και κατά την μη ομαλή εξέλιξη ενός φυσιολογικού τοκετού, αποτελεί την πιο ασφαλή λύση για τη γέννηση ενός υγιούς νεογνού και την ταυτόχρονη προάσπιση της υγείας της μητέρας του. Έτσι, ορισμένες προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις της επιτόκου, ορισμένα

αίτια ή καταστάσεις που οφείλονται στο έμβρυο αλλά και η ανώμαλη εξέλιξη του κοιλιακού τοκετού, επιβάλλουν την εκτέλεση καισαρικής τομής. Η πρόβλεψη των καταστάσεων αυτών είναι σημαντική, αφού ο προγραμματισμός μιας καισαρικής, παρουσιάζει μικρότερο κίνδυνο, τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό, σε σχέση με την επείγουσα ανάγκη της [39,40].

Εκτός όμως, από τα οφέλη που επιφέρει στη βιωσιμότητα της γυναίκας και του μωρού της, φαίνεται πως η εκτέλεσή της δίνει λύση σε μια σειρά από προβλήματα που αναπτύσσονται στη μητέρα, τόσο πριν, όσο και μετά από ένα φυσιολογικό τοκετό.

Η διάρκεια της διαδικασίας του φυσιολογικού τοκετού μπορεί να φτάσει μέχρι και 72 ώρες. Όλο αυτό το διάστημα η επίτοκος καταπονείται από μια σειρά τακτικών και αυξανόμενων πόνων. Η ένταση των πόνων αλλά και η μεγάλη χρονική διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, δημιουργούν ανασφάλεια για την ομαλή πορεία του, αυξάνουν το φόβο για πιθανές επιπλοκές που μπορεί να οδηγήσουν σε μοιραία κατάληξη της ίδιας ή του παιδιού της και συντελούν στη σωματική και ψυχική εξουθένωσή της. Όλη αυτή η ψυχοφθόρα και επίπονη διαδικασία, μπορεί να αποφευχθεί με την εκτέλεση καισαρικής τομής. Η γυναίκα μπορεί να προγραμματίσει τη στιγμή της γέννας της, να αποφύγει τον πόνο του τοκετού και να σιγουρευτεί για την ασφάλεια της υγείας, τόσο του εαυτού της, όσο και του νεογέννητου μωρού της [41,42]

Η έξοδος του εμβρύου δια μέσω του πυελικού σωλήνα, απαιτεί τη διάταση των μυών της πύελου, του περινέου αλλά και του κόλπου. Η χάλαση των ιστών που δημιουργείται από τη διαδικασία αυτή, μπορεί να προκαλέσει, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, μια σειρά από ουρο-γυναικολογικά προβλήματα. Αντίθετα, με τη διενέργεια καισαρικής, αυτά τα προβλήματα περιορίζονται σημαντικά. Έχει αποδειχθεί πως 26% των γυναικών που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, εμφανίζουν ακράτεια ούρων σε χρονικό διάστημα έξι μηνών από τον τοκετό. Το αντίστοιχο ποσοστό περιορίζεται σε 12% των γυναικών που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή μετά την έναρξη του τοκετού, ενώ το ανάλογο ποσοστό των γυναικών που είχαν προγραμματισμένη καισαρική, φτάνει μόλις το 5% [43,44]. Αντίστοιχα, ο κίνδυνος της ακράτειας κοπράνων, λόγω ρήξης του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού, φτάνει στο 4% στο φυσιολογικό τοκετό, ενώ σχεδόν εκμηδενίζεται σε καισαρική τομή [45,46,47].

Η επιθυμία και η βούληση της γυναίκας για σεξουαλική δραστηριότητα μετά τον τοκετό, περιορίζεται από το βαθμό επούλωσης του περινέου και των ρήξεων του κόλπου. Η περινεοτομία και η νοσηρότητα του περινέου, αυξάνει την πιθανότητα αλλά και το χρονικό διάστημα του άλγους στην περιοχή. Το ήμισυ περίπου των γυναικών που γεννούν με φυσιολογικό τοκετό, παρουσιάζουν δυσπαρεύνια που διαρκεί ένα χρόνο ή και περισσότερο, περιορίζοντας τη σεξουαλική τους δραστηριότητα [48,49].

Εξετάζοντας συνοπτικά τα συμπτώματα που εμφανίζονται μετά από τον τοκετό, φαίνεται πως η συχνότητά τους, σχετίζεται με το είδος του τοκετού [50]:

Συμπτώματα και συχνότητά τους σχετικά με τη μέθοδο του τοκετού			
Συμπτώματα	Χρονικό Διάστημα Αναφερόμενου Συμπτώματος	Φυσιολογικός Τοκετός %	Καισαρική Τομή %
Προϋπάρχοντα Προβλήματα Υγείας	8 εβδομάδες Μ.Τ.	84%	93%
Άλγος Περινέου	8 εβδομάδες Μ.Τ.	7%	Δ/Α
Σεξουαλικά Προβλήματα	6-7 μήνες Μ.Τ.	23%	27%
Δυσπαρεύνια	2 χρόνια Μ.Τ.	21%	Δ/Α
Ακράτεια Ούρων	3 μήνες Μ.Τ.	24%	5%
	6-7 μήνες Μ.Τ.	11%	2% - 7%
Αιμορροΐδες	6-7 μήνες Μ.Τ.	25%	11% - 16%
Ακράτεια Κοπράνων	3 μήνες Μ.Τ.	9%	7%
	6-7 μήνες Μ.Τ.	11%	12%
Κατάθλιψη	6-7 μήνες Μ.Τ.	18%	23%
Άλγος Καισαρικής Τομής	3 μήνες Μ.Τ.	Δ/Α	10%
	6-7 μήνες Μ.Τ.	Δ/Α	60%

Μ.Κ. = Μετά Καισαρικής

Δ/Α = Δεν Αναφέρονται

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

Όλες οι μαιευτικές επιπλοκές αλλά και η επερχόμενη, κατά την διαδικασία του φυσιολογικού τοκετού, νοσηρότητα της μητέρας και του νεογνού, αντιμετωπίζονται και προλαμβάνονται με την επίτευξη καισαρικής τομής. Η παρατήρηση, όμως, πως στο σύνολο των τοκετών, τα ποσοστά των νεογνών που έρχονται στον κόσμο με καισαρική τομή, διαρκώς αυξάνονται, έχει προκαλέσει ανησυχίες και ερωτήματα στους κόλπους των επιστημονικών ομάδων μητρικής μέριμνας. Οι λόγοι που προάγουν την αύξηση αυτή, δεν έχουν διασαφηνιστεί απόλυτα. Ωστόσο, πολλοί παράγοντες που θα μπορούσαν να ευθύνονται για το φαινόμενο αυτό, έχουν μελετηθεί.

3.1 Ιατρικοί παράγοντες

Η ηλικία της μητέρας και το παθολογικό ατομικό ιστορικό της, η παρούσα και οι προηγούμενες κυήσεις και τοκετοί της, οι μαιευτικές ενδείξεις και το είδος της μαιευτικής πρακτικής που εφαρμόζονται, είναι συνδεδεμένες με την αύξηση των καισαρικών τομών [53].

Έρευνα του Υπουργείου Υγείας του Καναδά, έδειξε πως υπάρχει αύξηση, τόσο της μέσης ηλικίας των γυναικών, που από 29,9 έτη το 2000, ανήλθε σε 30,4 έτη το 2005, όσο και της μέσης ηλικίας των πρωτοτόκων, που από 28,3 έτη (2000) έφτασε το 2005 στα 28,8 έτη. Στο σύνολο των εγκύων, το ποσοστό αυτών που ήταν άνω των 30 ετών, αντιστοιχούσε το 2000 σε 50,2%, ενώ το 2005 στο 53,9%. Παρότι, δεν υπάρχει ένδειξη πως οι μεγαλύτερες ηλικιακά επίτοκες έχουν μικρότερη αντοχή για την επίτευξη ενός παρατεταμένου κολπικού τοκετού σε σχέση με τις νεότερες, τα ποσοστά των καισαρικών έχουν αυξηθεί. Αύξηση, ωστόσο, παρατηρείται σε κάθε ηλικιακή ομάδα. Στην ομάδα των 20 έως 29 χρονών, οι καισαρικές αυξήθηκαν από 20,2% (2000) σε 25,5% (2005), ενώ για την ομάδα των επιτόκων ηλικίας 35-39 ετών, οι καισαρικές από το 30,1% (2000), αποτέλεσαν το 36,2% του συνόλου των γεννήσεων το 2005 (Σχήμα 3.1).

Σύμφωνα με δεδομένα του National Collaborating Centre for Women's and Children's Health του Ηνωμένου Βασιλείου το 2004, η κατανομή των γυναικών με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, περιγράφονται στον πίνακα. Σημειώνεται πως, το 41% του συνόλου των γυναικών, ήταν στην πρώτη τους εγκυμοσύνη. (Σχήμα 3.2).

	All women (%)	CS before labour (%)	CS during labour (%)
Maternal age (years)			
12-19	7.4	4.4	9.3
20-24	17.4	6.2	9.9
25-29	28.1	8.6	12.1
30-34	29.9	11.9	13.1
35-39	14.0	15.0	14.3
40-50	2.4	20.1	15.6
Missing data	0.8	11.4	10.0
Ethnicity			
White	84.1	10.2	11.6
Black African	2.0	12.3	21.0
Black Caribbean	1.3	9.5	15.4
Black Other	0.9	10.2	14.3
Bangladeshi	0.7	7.6	11.7
Indian	2.5	9.4	13.9
Pakistani	3.1	8.4	10.4
Chinese	0.8	6.6	12.3
Asian Other	1.4	9.2	15.5
Other	2.1	6.7	13.2
Not known	0.2	7.0	9.4
Missing data	0.7	7.8	9.6

Η παχυσαρκία και γενικότερα το μεγάλο βάρος της γυναίκας, επηρεάζει δυσμενώς την πορεία της εγκυμοσύνης [54]. Παθολογίες κύησης, όπως η υπέρταση κύησης και η προεκλαμψία, ο σακχαρώδης διαβήτης και γέννηση υπέρβαρων νεογνών, συνδέονται με την αυξημένη μάζα σώματος της μητέρας και την υπερβολική αύξηση του σωματικού βάρους της, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης [55]. Από την δεκαετία του '70 όμως, η αύξηση του βάρους στα όρια της παχυσαρκίας είναι γεγονός και για τα δύο φύλα [56]. Έτσι, γυναίκες που κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης, αύξησαν το βάρος τους πάνω από 20 κιλά, έχουν μεγάλη πιθανότητα για εμφάνιση παθολογίας κύησης και κατά συνέπεια διενέργεια καισαρικής.

Οι καθημερινές συνήθειες και η χρήση ουσιών από την έγκυο, αποτελούν παράγοντα που καθορίζουν την ομαλή εξέλιξη του τοκετού. Η καθιστική ζωή και η μειωμένη άσκηση, μπορεί να προκαλέσουν μη εξέλιξη τοκετού, λόγω κακής θέσης του εμβρύου και απαραίτητη διενέργεια καισαρικής τομής. Η χρήση ναρκωτικών, του αλκοόλ αλλά και το κάπνισμα, προκαλούν αποκόλληση πλακούντα, πρόωρη ρήξη υμένων και εμβρυικές δυσμορφίες, αίτια για καισαρική τομή.

Το μαιευτικό ιστορικό αλλά και η συνολική κατάσταση υγείας της γυναίκας αποτελούν επίσης παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση του ποσοστού των καισαρικών. Η

ανώμαλη προβολή του εμβρύου, η πολύδυμη κύηση και το χειρουργικό ιστορικό επί της μήτρας, αποτελούν απόλυτες ενδείξεις για καισαρική τομή. Σε συστηματικές παθήσεις όπως καρδιοπάθειες, ενεργή ερπητική λοίμωξη των γεννητικών οργάνων, κονδυλώματα, ανοσοκατασταλτικές παθήσεις (HIV), καρκίνο τραχήλου και σε όποια άλλη κατάσταση που σε συνδυασμό με κοιλικό τοκετό, μπορεί να θέσει σε σοβαρότερο κίνδυνο την μητέρα ή το νεογνό, επιβάλλεται καισαρική τομή. Στην πρώτη τους εγκυμοσύνη οι γυναίκες, έχουν αυξημένη πιθανότητα για καισαρική τομή (24%). Σε πολυτόκες γυναίκες, που οι προηγούμενοι τοκετοί τους διεξήχθησαν φυσιολογικά, η πιθανότητα να οδηγηθούν σε καισαρική τομή είναι 10%. Αντίθετα, όταν υπάρχει ιστορικό καισαρικής, η πιθανότητα να επαναληφθεί η μέθοδος, ανέρχεται στο 67% [57].

Η εξέλιξη της ιατρικής και η αντιμετώπιση της υπογονιμότητας και της στειρότητας με την μέθοδο της εξωσωματικής γονιμοποίησης, είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μιας ακόμα κατηγορίας κυήσεων υψηλού κινδύνου. Το 2000, καταγράφηκαν 580 κύκλοι θεραπείας για γονιμότητα ανά εκατομμύριο πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος στις χώρες τις βόρειας Ευρώπης, έφτανε τους 1057 κύκλους. Το 1999 το ποσοστό των νεογνών που γεννήθηκαν με τη βοήθεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, για το Ηνωμένο Βασίλειο, ανερχόταν στο 1,4%, ενώ για τη Δανία, στο 3,7%. (Σχήμα 3.3).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των κυήσεων από εξωσωματική γονιμοποίηση, είναι πολύδυμες, γεγονός που τις καθιστά υψηλού κινδύνου. Όμως, έχει αποδειχθεί πως και οι μονήρεις κυήσεις που προέρχονται από εξωσωματική γονιμοποίηση, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο περιγεννητικής θνησιμότητας και άλλα δυσμενή περιγεννητικά αποτελέσματα, σε σχέση με αυτές της αυτόματης σύλληψης. Προσμετρώντας τη ψυχική αλλά και τη σωματική ωδίνη του υπογόνιμου ζευγαριού για την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης και τη γέννηση ενός υγιούς παιδιού, οι κυήσεις αυτές, χαρακτηρίζονται “πολύτιμες” και ο τοκετός τους πραγματοποιείται με καισαρική τομή.

Διχογνωμία για τη διενέργεια ή μη καισαρικής τομής, επικρατεί στην περίπτωση που η επίτοκος έχει ιστορικό προηγηθείσας καισαρικής. Το αξίωμα «μια φορά καισαρική, πάντα καισαρική» (once a cesarean always a cesarean) [58], αποτέλεσε κοινή πρακτική από το 1980 ως και το 1988. Οι εν δυνάμει σοβαρές επιπλοκές, επέβαλαν την υιοθέτηση του παραπάνω αξιώματος. Η ρήξη της μήτρας συνεπάγεται, μαιευτική υστερεκτομή, μόνιμη

ουρολογική βλάβη, μητρικό θάνατο και νεογνική περιγεννητική νοσηρότητα [59]. Η επιπλοκή αυτή σχετίζεται στο 44% - 60% με κάθετη τομή στη μήτρα, ενώ η μητρική θνησιμότητα και η περιγεννητική νοσηρότητα που επιφέρει, υπολογίζονται στο 1% και 50% αντίστοιχα. Ωστόσο, η εξέλιξη της χειρουργικής τεχνικής, με την εγκατάλειψη της κάθετης τομής επί της μήτρας και την εφαρμογή της χαμηλής εγκάρσιας τομής, άλλαξε τα δεδομένα. Τώρα, η πιθανότητα της ρήξης της μήτρας περιορίζεται στο 0,2%-1,5%. Η διεξαγωγή όμως, κοιλικού τοκετού μετά από καισαρική τομή, απαιτεί επαρκώς εξοπλισμένη μαιευτική μονάδα για τη συνεχή παρακολούθηση της επιτόκου και του εμβρύου, πλήρως εξοπλισμένο χειρουργείο καθώς και εκπαιδευμένου μαιευτικού, νεογνολογικού και αναισθησιολογικού προσωπικού για την αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων.

3.2 Μη ιατρικοί παράγοντες

Ένα ποσοστό των γυναικών ζητούν να υποβληθούν σε καισαρική τομή χωρίς να υπάρχουν ιατρικοί λόγοι. Η επιλογή αυτή αποτελεί αποτέλεσμα μιας σειράς εσωτερικών αλλά και εξωτερικών επιρροών. (Σχήμα 3.4)

Η προσωπικότητα της μητέρας, προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού, και προϋπάρχοντα συναισθηματικά προβλήματα, μπορούν να την οδηγήσουν σε μια τέτοια απόφαση. Σχεδόν όλες οι έγκυες γυναίκες ανησυχούν για την ευημερία του εμβρύου τους και θέλουν να του προσφέρουν έναν ασφαλή και ατραυματικό τοκετό. Η γρήγορη έξοδος του εμβρύου από τη μήτρα και η αποφυγή της κακουχίας του κατά την έξοδό του από τον πελτικό σωλήνα, τις οδηγεί στην επιλογή της καισαρικής τομής [60, 61].

Μεγάλο ρόλο στην απόφαση του είδους του τοκετού, παίζει ο φόβος που αναπτύσσεται στην έγκυο γυναίκα για την ολοκλήρωση της εγκυμοσύνης της. Η περινεοτομή, αγχώνει το 19% των επιτόκων, ενώ ο περιγραφόμενος αφόρητος πόνος του τοκετού, απωθεί το 15% αυτών. Μια προηγούμενη τραυματική εμπειρία κοιλικού τοκετού, δημιουργεί την πεποίθηση πως σε περίπτωση επανάληψής του, θα έχουν σίγουρο θάνατο [63, 64].

Στη σύγχρονη εποχή όπου η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχουν επιφέρει μια άνετη και εύκολη ζωή, είναι ασύλληπτη η ιδέα της δυσφορίας και της αβεβαιότητας με τις οποίες είναι συνυφασμένος ο τοκετός. Ο αστικός τρόπος ζωής και η ενασχόληση της

γυναίκας με επαγγέλματα καριέρας, επιβάλλει τον προγραμματισμό του τοκετού αλλά και την ελαχιστοποίηση των απρόσμενων γεγονότων που μπορεί αυτός να επιφέρει. Προγραμματίζοντας μια καισαρική, γίνεται γνωστή και αναμενόμενη όλη η διαδικασία του τόπου και του χρόνου, του ανώδυνου και ασφαλούς ερχομού του νεογέννητου.[65,66].

Παράλληλα, η καισαρική αποτελεί δείγμα κοινωνικής ανωτερότητας και οικονομικής ευημερίας, αφού οι οδυνηροί πόνοι της γέννας αρμόζουν σε κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις που γεννούν μακριά από τα μοντέρνα και πολυτελή μαιευτήρια [67,68]. Οι επιδράσεις από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και του κοινωνικού τους περίγυρου, ωθούν ορισμένες γυναίκες να μιμηθούν την εμπειρία του τοκετού διάσημων προσώπων που επέλεξαν την καισαρική.

Ωστόσο, πολλές γυναίκες, έχοντας γνώση των μακροχρόνιων επιπλοκών που μπορεί να επιφέρει σε μεγαλύτερα ποσοστά ο κοιλιακός τοκετός, ανησυχούν για τη λειτουργία του ορθού, του πρωκτού, της ουροδόχου κύστης και για τη διατήρηση του κοιλιακού τους τόνου. Φαίνεται, πως η επιλογή της καισαρικής τομής αποτελεί ταυτόχρονα μια προσπάθεια προάσπισης της σεξουαλικότητας, σε κοινωνίες όπου αυτή, ταυτίζεται με το πρότυπο της θηλυκότητας [69].

Σημαντική όμως επίδραση και καθοδήγηση στην απόφαση της γυναίκας, όσο αφορά την επιλογή της καισαρικής, την έχει ο θεράπων γιατρός της. Οι γιατροί, για μια σειρά από λόγους, προάγουν την καισαρική τομή, χρησιμοποιώντας την “ισχυρή”, απέναντι στην επίτοκο, θέση τους.

Πολύ σημαντικός παράγοντας για τους γιατρούς είναι το χρονοδιάγραμμα της εργασίας τους. Μέσα στο πλαίσιο της ημέρας, θα πρέπει να βρίσκονται στο ιατρείο τους αλλά να εκτελούν και τοκετούς. Η εξέλιξη των φυσιολογικών τοκετών αλλά και η διενέργεια μιας επείγουσας καισαρικής, μπορεί να πραγματοποιηθούν ακόμα και κατά τη διάρκεια της νύχτας, με αποτέλεσμα να προκαλούν σημαντική κόπωση στο γιατρό. Περιορίζοντας τις αναπάντεχες εξελίξεις των τοκετών, διατηρείται μια ομαλή ροή εργασιών, στο πλαίσιο των σωματικών δυνατοτήτων τους. Έτσι, μια προγραμματισμένη καισαρική τομή, επιτρέπει στο γιατρό, να εφαρμόσει ένα εφικτό γι’ αυτόν πρόγραμμα. Στην μελέτη τους, οι Brown και Lo, διαπιστώνουν πως υπάρχουν κάποιες ημέρες και ώρες που πραγματοποιούνται οι περισσότεροι τοκετοί. Ένας σημαντικός αριθμός τοκετών εκτελείται τη Τρίτη και την

Πέμπτη, μεταξύ των επτά και μισή και έντεκα το βράδυ, ενώ τα Σαββατοκύριακα ο αριθμός των τοκετών είναι ελάχιστος [70,71,72].

Αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα, δείχνει την εβδομαδιαία μεταβολή του φόρτου εργασιών, σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Έτσι, στα δημόσια νοσοκομεία, παρατηρείται αύξηση των καισαρικών τομών, τις εργάσιμες ημέρες και ώρες. Το 70% αυτών, φαίνεται να πραγματοποιείται κάθε Δευτέρα, Τετάρτη και Παρασκευή, μεταξύ 8 π.μ. και 4 π.μ.. Σημαντική μείωση παρατηρείται το Σαββατοκύριακο. Παράλληλα, οι φυσιολογικοί τοκετοί, φαίνεται πως πραγματοποιούνται κάθε Τρίτη, Πέμπτη και Κυριακή. Αντίστοιχα, στα ιδιωτικά μαιευτήρια, οι περισσότερες καισαρικές φαίνεται να διενεργούνται, κάθε Τρίτη και Σάββατο, μεταξύ των 8 π.μ. και 4 μ.μ., αλλά και το απόγευμα, μεταξύ των 4 μ.μ. και τα μεσάνυχτα. Οι φυσιολογικοί τοκετοί, καταγράφονται με μεγαλύτερο ποσοστό κάθε Τρίτη και Πέμπτη. Συγκρίνοντας τον αριθμό των γεννήσεων από καισαρική τομή και κολπικό τοκετό, ανά ημέρα, φάνηκε πως στα ιδιωτικά μαιευτήρια υπάρχει μια σημαντική μείωση των καισαρικών την Κυριακή, ενώ στα δημόσια νοσοκομεία φαίνεται να υπάρχει μια μείωση όλο το Σαββατοκύριακο. (Σχήμα 3.5)

Η αύξηση των οικονομικών απολαβών, αποτελεί ένα ακόμα κίνητρο που ωθεί τους γιατρούς να καθοδηγήσουν τις εγκύους σε τοκετό με καισαρική τομή. Η μεγαλύτερη κατανάλωση αναλώσιμων υλικών, η χρήση του χειρουργείου και της αναισθησίας, η κατανάλωση περισσότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και οι περισσότερες ημέρες νοσηλείας, αυξάνει το κόστος της καισαρικής σε σχέση με τον κολπικό τοκετό, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα. Το μέσο κόστος της καισαρικής στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ανέρχεται στα \$4.000, έναντι των \$2.500 που κοστίζει ο φυσιολογικός τοκετός (τιμές 1995) [73].

Στην Ελλάδα, το κόστος ενός τοκετού διαφέρει σημαντικά, τόσο μεταξύ του είδους του τοκετού (καισαρική ή κολπικός), όσο και μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου νοσηλευτικού ιδρύματος. Στους παρακάτω πίνακες συνοψίζονται τα κόστη που αφορούν τα κυριότερα ιδιωτικά και ένα δημόσιο μαιευτήριο (οι τιμές των δημόσιων μαιευτηρίων είναι περίπου ίδιες). Στον πρώτο πίνακα φαίνονται οι τιμές για το φυσιολογικό τοκετό με 4 διανυκτερεύσεις και στο δεύτερο, οι αντίστοιχες τιμές για καισαρική τομή, με 5 διανυκτερεύσεις.

Μαιευτήριο	Φυσιολογικός τοκετός					Λαυξ/Σουίτα
	Οικονομικό	Τετράκλινο	Τρίκλινο	Δίκλινο	Μονόκλινο	
Γαία Αθήνα		1.550	2.360	3.450	5.300	6.800 - 10.200
Ιωσώ Αθήνα		1.550 - 1.950	1.890	2.060	2.850	5.200
Αητώ Αθήνα			2.500	3.400	4.800	6.400 - 9.400
Μητέρα Αθήνα	2.000		2.600	3.750	5.150	6.750 - 10.000
Γένεσις Θεσσαλονίκη			1.780	1.960 - 2.280	2.880 - 3.840	4.640
Γενική Κλινική Θεσσαλονίκη			1.570	1.770 - 2.220	2.600 - 2.970	3.430 - 4.470
Δισβαλκανικό Θεσσαλονίκη			1.710	2.310	3.450	
Αγιος Λουκάς Θεσσαλονίκη				1.500	2.050	
Ολύμπιον Πάτρα		1.170		1.470	1.620	2.420 - 2.620
Γενική Κλινική Δωδεκανήσου Ρόδος		1.250		1.500	1.900	2.500
Μαιευτική Κλινική Μητέρα Κρήτης Ηράκλειο		1.450	1.550	1.800	2.350 - 2.600	2.800 - 3.850
Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Καζάνη		990		1.225	1.520	
Έλενα Αθήνα	320			440	520	800

Μαιευτήριο	Καισαρική Τομή					Λαυξ/Σουίτα
	Οικονομικό	Τετράκλινο	Τρίκλινο	Δίκλινο	Μονόκλινο	
Γαία Αθήνα		1.850	2.540	3.665	5.725	7.550 - 10.800
Ιωσώ Αθήνα	2.050	2.170	2.250	2.990	5.450	12.800
Αητώ Αθήνα			3.100	4.000	5.500	7.300 - 10.700
Μητέρα Αθήνα	2.200		2.800	4.050	5.750	7.450 - 10.500
Γένεσις Θεσσαλονίκη			2.260	2.460 - 2.800	3.400 - 4.360	5.360
Γενική Κλινική Θεσσαλονίκη		1.800	2.000	2.220 - 2.920	3.100 - 3.500	4.920
Δισβαλκανικό Θεσσαλονίκη			2.240	2.940	3.980	
Αγιος Λουκάς Θεσσαλονίκη				1.900	2.450	
Ολύμπιον Πάτρα		1.450		1.750	1.900	2.800 - 3.050
Γενική Κλινική Δωδεκανήσου Ρόδος		1.450		1.800	2.300	2.900
Μαιευτική Κλινική Μητέρα Κρήτης Ηράκλειο		1.900	1.990	2.200	2.850 - 2.950	3.300 - 4.100
Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική Καζάνη		1.225		1.440	1.690	
Έλενα Αθήνα	400			550	650	1000

πηγή: <http://ekrizo.gr>, Μάρτιος 2010.

Πρέπει να σημειωθεί πως στις παραπάνω τιμές που αφορούν τα ιδιωτικά μαιευτήρια, δεν περιλαμβάνονται το κόστος της επισκληρίδιου ή της γενικής αναισθησίας, των εργαστηριακών και άλλων ιατρικών εξετάσεων, του αναισθησιολόγου, του παιδίατρου, της μαίας και φυσικά του μαιευτήρα. Αντίθετα τα δημόσια μαιευτήρια, τιμολογούνται με τιμές ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, όπως καθορίζει η Υπουργική Απόφαση υπ. Αριθμ. Υ4Α/ οικ.1320/3-2-1998 (ΦΕΚ 99Β/10-2-1998) και όπως αναπροσαρμόστηκε στη συνέχεια με την ισοτιμία σε ευρώ, με την Υπ. Αριθμ. Πρωτ. Υ4α/οικ Γ.Π. 21291/19-01-2001.

Συγκρίνοντας τις παραπάνω τιμές, γίνεται φανερό πως τα ιδιωτικά μαιευτήρια φτάνουν έως και δέκα φορές το κόστους του δημοσίου. Επίσης, οι τιμές των Αθηναϊκών μαιευτηρίων είναι από 50% μέχρι και άνω των 100% αυτών της επαρχίας. Η αμοιβή του μαιευτήρα, που δεν περιλαμβάνεται στο κοστολόγιο των ιδιωτικών μαιευτηρίων, είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση της καισαρικής τομής. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η αμοιβή του γιατρού ανέρχεται στα \$1.500 στην περίπτωση του φυσιολογικού τοκετού και στα \$2.000 στην περίπτωση της καισαρικής. Έρευνα που πραγματοποίησε η Ε.Κ.ΠΟΙ.ΖΩ από τον Απρίλιο 2007 μέχρι και τον Μάρτιο 2009, έδειξε πως η μέση αμοιβή του γιατρού των ιδιωτικών μαιευτηρίων στην Ελλάδα ανέρχεται τα 1.773 ευρώ.

Παρά τη μεγάλη διαφορά κόστους μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, παρατηρείται μια αυξητική τάση των τοκετών στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Έτσι, το 1994 σε ιδιωτικά μαιευτήρια έχουν πραγματοποιηθεί το 62,9% του συνόλου των τοκετών της Αθήνας. Η αυξητική αυτή τάση διατηρείται και το διάστημα 1997-2001, όπου το ποσοστό των τοκετών στα ιδιωτικά μαιευτήρια αγγίζει το 69,3%.

Η σταδιακή αυτή εμπορευματοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα, οφείλεται κατά κύριο λόγο στον τρόπο χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, που συνδυάζει δημόσιες αλλά και ιδιωτικές πηγές. Η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με ποσοστό που ξεπερνάει το 44% [74]. Το 2000, η ιδιωτική ιατρική ασφάλιση αποτελεί το 5,3% των συνολικών δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ενώ περίπου το 95% των ιδιωτικών δαπανών, συνιστάται από ανεπίσημες ή άμεσες πληρωμές. Ανάλογη αύξηση διαπιστώνεται και στον αριθμό των γυναικών που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας και που από 187.000 το 1994, ανέρχεται σε 328.000 το 1998. Οι γυναίκες αυτές, έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες, αφού η καταβολή του κόστους παρέχεται από την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία και όχι από ίδιες πληρωμές. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα μαιευτήρια της Καλιφόρνια σχετικά με το ποσοστό των καισαρικών τομών και την ασφαλιστική κάλυψη των γυναικών, συμπέρανε πως οι γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση, παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά καισαρικών (35%), έναντι αυτών που είναι ενταγμένες στο σύστημα HMOs (26,8%), έχουν δημόσια ασφάλιση (22,9%), ή είναι ανασφάλιστες (19,3%) [75]. Τα αντίστοιχα ποσοστά γυναικών

με ιδιωτική ασφάλιση στη Χιλή, που γέννησαν με καισαρική τομή, κυμαίνονται από 57% έως 83% [76].

Οι γιατροί του ιδιωτικού τομέα, με την προώπιση της καισαρικής, αυξάνουν τον κύκλο εργασιών τους σε ακριβότερες υπηρεσίες, γεγονός που τους προσφέρει μεγαλύτερο οικονομικό όφελος. Ωστόσο, αντίστοιχο όφελος παρουσιάζεται και για τους γιατρούς του δημόσιου τομέα.

Κάθε έγκυος γυναίκα έχει τη δυνατότητα επιλογής ενός μαιευτήρα δημόσιου νοσοκομείου, για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης της αλλά και τη διενέργεια του τοκετού της. Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και γιατρού, όλο το διάστημα της παρακολούθησης, δημιουργεί μια πρακτική που μπορεί να συγκριθεί με την συνύπαρξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα υγείας. Έτσι, οι γιατροί του δημοσίου, μέσα από ένα ανεπίσημο αλλά κοινά αποδεκτό κλίμα, λειτουργούν με ιδιωτικά κριτήρια. Η επισφράγιση αυτής της πρακτικής, πραγματοποιείται με την άμεση καταβολή ανεπίσημης αμοιβής, ως ένδειξη ευγνωμοσύνης [77,78].

Σε κάθε χώρα το σύστημα υγείας είναι ευάλωτο στη διαφθορά, που αποτελεί αυτό το είδος αμοιβής. Σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση διαφθοράς του 2006, άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν το 56% των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες της Ρωσικής Ομοσπονδίας. Στη Βουλγαρία, τη Σλοβακία και τη Τσεχία, οι γιατροί με τα υψηλότερα εισοδήματα λαμβάνουν πιο συχνά ανεπίσημες πληρωμές. Στην Πολωνία φαίνεται οι άτυπες πληρωμές να αντιστοιχούν στο διπλάσιο, κατά μέσο όρο δηλωθέν, εισόδημα των γιατρών. Η «Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης» που δημιουργήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, μείωσε στο ήμισυ τις οικονομικές απώλειες που είχαν οι ασθενείς λόγω των ανεπίσημων αμοιβών. Διαδεδομένο ωστόσο, είναι το φαινόμενο και σε Ασία, Αφρική και Νότια Αμερική. Στην Ελλάδα τα στοιχεία είναι περιορισμένα. Ωστόσο, περιορισμένη έρευνα έδειξε, πως το 36% των ασθενών που απευθύνθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο, κατέβαλε άτυπη πληρωμή. Από αυτούς, το 42% ανέφερε πως η αιτία ήταν ο φόβος της ανεπαρκούς φροντίδας, ενώ το 20%, πως ήταν απαίτηση του γιατρού [79]. (Σχήμα 3.6 και 3.7).

Η ιδιωτική πρακτική στα δημόσια νοσοκομεία όμως, δεν φαίνεται να βελτιώνει το ποσοστό των καισαρικών τομών. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ταϊλάνδη, όπου εφαρμόζεται η ιδιωτική πρακτική στα δημόσια νοσοκομεία, παρατήρησε πως το ποσοστό των καισαρικών τομών που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς που κατέβαλαν ανεπίσημες

πληρωμές (46,4%), ήταν τρεις φορές μεγαλύτερο από τους “μη ιδιωτικούς” ασθενείς (15,9%). Το δε ποσοστό των “ιδιωτικών” ασθενών που υποβλήθηκαν σε καισαρική, δεν διέφερε από το αντίστοιχο που πραγματοποιήθηκε στα ιδιωτικά νοσοκομεία [80].

Ένας ακόμη λόγος που ωθεί τους γιατρούς στο να παροτρύνουν τις επίτοκες για την εκτέλεση καισαρικής τομής, αποτελεί η αστική ευθύνη. Το συνολικό κόστος της νομικής υπεράσπισης και της πληρωμής των απαιτήσεων λόγω ιατρικών λαθών που διαπράχθηκαν κατά τη διάρκεια της φροντίδας ασθενών, στην Αμερική, εκτιμάται περίπου στα \$30 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως. Σύμφωνα με δεδομένα της Αμερικανικής Εταιρείας Μαιευτήρων- Γυναικολόγων, το 75% των μαιευτήρων έχουν μηνυθεί τουλάχιστον μια φορά για κακή άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Παράλληλα με την οικονομική ζημία τους, οι γιατροί υφίστανται μεγάλο πλήγμα και όσο αφορά τη φήμη τους και την προσωπική τους καταξίωση [81].

Σε μια προσπάθεια να περιορίσουν σε χαμηλά επίπεδα ένα κακό αποτέλεσμα, οι γιατροί, ασκούν αμυντική ιατρική. Αυξάνουν τις διαγνωστικές διαδικασίες, τις επισκέψεις και τις φαρμακευτικές αγωγές, με σκοπό να αποφύγουν το λάθος και να μειώσουν την ευθύνη της αθέμιτης πράξης. Έτσι, οι πράξεις τους, εξαρτώνται περισσότερο από την ιατρική τεχνολογία και λιγότερο από τη δική τους κλινική κρίση. Η υποστήριξη της φυσιολογικής εξέλιξης όμως του τοκετού, επαφίεται στην εκτίμηση της δυναμικής μεταβολής των ευρημάτων, που διαφοροποιούνται αναλόγως σε κάθε επίτοκο. Αντίθετα, η καισαρική τομή, αποτελεί μια πρακτική περισσότερο ελεγχόμενη, μικρότερου χρονικού διαστήματος και όμοια για όλες τις επίτοκους. Η προώθηση επομένως των επιτόκων στη διενέργεια καισαρικής, μειώνει τις πιθανές αθέμιτες πρακτικές και ταυτόχρονα, όλες τις ανεπιθύμητες συνέπειες που μπορεί να επιφέρουν στους γιατρούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ (GUIDELINES) ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ

4.1 Γενική θεώρηση των κατευθυντήριων οδηγιών

Οι γνώσεις της ιατρικής επιστήμης εξελίσσονται ταχύτατα, γεγονός που επιβάλλει τη μεθοδική μετάφρασή τους στην κλινική πράξη. Ωστόσο, στα συγγράμματα και στα ιατρικά περιοδικά δημοσιεύονται αποσπασματικές πληροφορίες, που απαιτούν συνεχή ιατρική εκπαίδευση και ενημέρωση. Για τη διασφάλιση ενός πλαισίου ιατρικής πρακτικής με στόχο την ποιοτική περίθαλψη των ασθενών, έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια μια σειρά από κατευθυντήριες οδηγίες ορθής πρακτικής. Αυτές, μειώνουν τις παραλλαγές που παρατηρούνται στην κλινική πράξη και διαμορφώνουν μια ομοιογένεια. Αποτελούν μια λίστα από παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την αποτελεσματική διάγνωση και θεραπεία και την απόφαση υπέρ ή κατά, κάποιας κλινικής πρακτικής. Η ανάπτυξη των κατευθυντήριων γραμμών βασίζεται σε μια κριτική ανάλυση των διαγνώσεων ή και των θεραπευτικών επιλογών που είναι διαθέσιμες για κάθε κλινικό πρόβλημα. Ωστόσο, οι παρενέργειες, τα οφέλη αλλά και η αποτελεσματικότητα των εναλλακτικών λύσεων που προτείνονται από τις κατευθυντήριες γραμμές, είναι αποδεδειγμένα [82].

Εκτός από τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης που ωφελεί τον ασθενή, η ανάπτυξη και χρήση των κατευθυντήριων γραμμών, αυξάνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, στο σύνολό του. Η μείωση του κινδύνου που υπόσχεται η εφαρμογή τους, επηρεάζει θετικά, τόσο τη σχέση μεταξύ ασθενή και γιατρού, όσο και τη διαχείριση των υγειονομικών πόρων [83].

Ο ασθενείς αποκτά την αίσθηση της ασφάλειας, συμμορφώνεται με τις ιατρικές υποδείξεις και αποδέχεται τις συνέπειες των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών. Η μείωση της δυσαρέσκειας του ασθενή έχει σημαντική επίπτωση, πέρα από την υγεία του και στις καταχρηστικές μηνύσεις και τις δικαστικές αγωγές. Οι γιατροί, με τη σειρά τους, έχουν την ευχέρεια να μειώσουν την άσκηση αμυντικής ιατρικής αφού, μέσα από τις κατευθυντήριες οδηγίες, περιορίζεται η τεράστια αβεβαιότητα της ιατρικής πράξης που τους διακατέχει. Η ελαχιστοποίηση της αστικής ευθύνης, βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, ενώ παράλληλα, μειώνει το κόστος της αποζημίωσης των

απαιτήσεων των ασθενών. Περιορισμός παρατηρείται και ως προς τη δαπάνη, από την αύξηση των ασφαλιστρών για τις αθέμιτες πρακτικές [84].

Ωστόσο, η εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών επιδρά και στην αποδοτικότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων του υγειονομικού συστήματος. Η ενίσχυση του ελέγχου και η δίκαιη αναθεώρηση και επανεξέταση των διαδικασιών που μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών, βελτιώνει την ικανότητα του καθορισμού των χρηματοοικονομικών προτεραιοτήτων από τα κέντρα διαχείρισης. Με τη βοήθεια των κατευθυντήριων οδηγιών, μπορούν να προσδιοριστούν οι ακατάλληλες υπηρεσίες και να περιοριστούν οι δαπάνες γι' αυτές. Αντίθετα, ο καθορισμός αποτελεσματικών ιατρικών πρακτικών και η προαγωγή της νοσηλευτικής αποδοτικότητας, μειώνει το κόστος δίνοντας την ευκαιρία για την ανάπτυξη προγραμμάτων που προάγουν την κοινωνική ισότητα και ευημερία [85].

Όμως, κυβερνητικοί φορείς, δεν είναι δυνατό να καθορίσουν κατευθυντήριες οδηγίες ιατρικής πρακτικής, διότι κάθε μέτρο τους ερμηνεύεται ως μια προσπάθεια περιορισμού του κόστους. Μη ιατρικοί οργανισμοί, όπως τρίτοι πληρωτές, ασφαλιστικοί όμιλοι και διοικητικοί οργανισμοί νοσοκομείων, έχουν επιχειρήσει να επιβάλουν πρότυπα. Όμως οι συνεχείς παρακολουθήσεις και επιτηρήσεις, αλλά και ο έλεγχος που ασκούν, έχει σαν αποτέλεσμα την παρέμβαση στην ιατρική αυτονομία, τη μείωση της πρόσβασης στην περίθαλψη και τη δημιουργία πολύ υψηλού διοικητικού κόστους [86].

Τα πρότυπα καλής πρακτικής πρέπει να προέρχονται από αξιόπιστες και αποδεκτές πηγές. Πρέπει, τόσο να διατηρούν, όσο και να βελτιώνουν τα επίπεδα της ποιότητας της περίθαλψης αλλά και της αποτελεσματικότητας του συστήματος. Δεδομένης της μεγάλης επιστημονικής αβεβαιότητας, πρέπει να διακατέχονται από ευελιξία και ανεκτικότητα. Φαίνεται, πως το μόνο ικανό όργανο που θα μπορούσε να παράγει με επιτυχία τις κατευθυντήριες γραμμές, είναι το ιατρικό σώμα. Αποτελεί τη μόνη επιστημονική ομάδα, που έχει τη δυνατότητα να επικεντρώσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα, αλλά και την αποδοχή των προτύπων καλής πρακτικής, από το σύνολο των γιατρών [87].

Οι επιστημονικές κοινότητες τόσο της Ευρώπης όσο και της Αμερικής ανέπτυξαν μια σειρά κατευθυντήριων οδηγιών που αφορούν τον τρόπο διαχείρισης των επιτόκων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου το 2004, έδωσε σαφείς οδηγίες (guidelines) για τις ενδείξεις, τη διαδικασία και τη μετεγχειρητική πορεία της καισαρικής

[88]. Το Royal College of Obstetrician and Gynaecologists, το 2007, έκδωσε οδηγίες για τον τοκετό μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή. Κατέστησε δε σαφές πως είναι εφικτός υπό προϋποθέσεις, με πιθανότητες επιτυχούς έκβασης που κυμαίνονται από 72% έως 76%, συμπεριλαμβάνοντας την προϋπόθεση πρότερης ενημέρωσης και συγκατάθεσης της εγκύου [89]. Ανάλογες οδηγίες εξέδωσαν, η Εταιρεία Γυναικολόγων του Καναδά το 2005, η Αμερικανική Ακαδημία Οικογενειακής Ιατρικής στις Η.Π.Α. το 2004 και το Υπουργείο Υγείας της Αυστραλίας το 2008 [90,91].

4.2 Τα Ευρωπαϊκά πρότυπα καλής πρακτικής

Το National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, με τη βοήθεια του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Κλινικής Αριστείας (NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου, και μετά την εξέταση της αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της ασφάλειας μιας σειράς κλινικών διαδικασιών και θεραπειών, ανέπτυξε και δημοσίευσε κατευθυντήριες πρακτικές, για την καισαρική τομή. Στην προσπάθεια αυτή, συμμετείχαν μια σειρά επιστημονικών οργανώσεων, που της απέδωσαν ισχυρή αξιοπιστία. Έτσι, οι κατευθυντήριες αυτές πρακτικές, αποτέλεσαν το Ευρωπαϊκό πρότυπο καλής πρακτικής για την καισαρική τομή, χωρίς όμως να αντικαθιστούν την ατομική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας για τη λήψη αποφάσεων σε κάθε μεμονωμένο ασθενή [92,93]

Οι οργανώσεις που συμμετείχαν στη δημιουργία των κατευθυντήριων γραμμών του NHS για την καισαρική τομή, παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα [94].

Stakeholder organisations	
Action on Pre-Eclampsia (APEC)	National Childbirth Trust
Alliance Pharmaceuticals Ltd	National Council for Disabled People, Black, Minority and Ethnic Community
Association for Improvements in Maternity Services (AIMS)	National Public Health Service
Association of Baby Charities	Neoventa Medical
Association of British Health-Care Industries	NHS Information Authority, (PHSMI Programme)
Association of Radical Midwives	NHS Quality Improvement Scotland
AstraZeneca UK Ltd	North Tees and Hartlepool NHS Trust
British Association of Perinatal Medicine	Nottingham City Hospital
British Maternal and Fetal Medicine Society	Obstetric Anaesthetists Association
British Medical Association	Oxford Radcliffe Hospitals NHS Trust
British National Formulary (BNF)	RCM Consultant Midwives Forum
British Psychological Society	Royal College of Anaesthetists
Buckinghamshire Hospital's Trust	Royal College of General Practitioners
Carmarthenshire NHS Trust	Royal College of General Practitioners Wales
Chelsea and Westminster Hospital Maternity Dept	Royal College of Midwives
Cochrane Pregnancy & Childbirth Group	Royal College of Nursing
County Durham and Darlington Acute Hospitals NHS Trust	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Contact a Family	Royal College of Paediatrics and Child Health
Department of Health	Royal College of Psychiatrists
Dudley Group of Hospitals NHS Trust	Royal Pharmaceutical Society of Great Britain
English National Forum of LSA Midwifery Officers	Scottish Intercollegiate Guidelines Networks (SIGN)
Evidence based Midwifery Network	Sheffield Teaching Hospitals NHS Trust
Faculty of Public Health	The Royal Society of Medicine
Faculty of Public Health Medicine	Tissue Viability Nurses Association
Ferring Pharmaceuticals Limited	Twins and Multiple births Association (TAMBA)
Fibroid Network Charity	UK Coalition of People Living with HIV and AIDS
General Medical Council	UK Pain Society
Group B Strep Support	VBAC Information and Support
Infection control Nurses Association of the British Isles	Welsh Assembly Government (formerly National Assembly for Wales)
National Association of Theatre Nurse	

Όσο αφορά την ηλικία της επιτόκου, οι κατευθυντήριες οδηγίες αναφέρουν πως δεν υπάρχουν ενδείξεις για μεταβολή της αντοχής στον τοκετό, σχετιζόμενη με την ηλικία. Επομένως δεν υφίσταται λόγος εκτέλεσης καισαρικής τομής.

Στην περίπτωση επιτόκου που πάσχει από λοιμώξεις όπως, ηπατίτιδα Β, C, HIV και έρπητα γεννητικών οργάνων, οι οδηγίες διαφέρουν. Όταν η έγκυος είναι φορέας ηπατίτιδας Β, ο προγραμματισμός καισαρικής τομής θα πρέπει να αποφεύγεται. Υπάρχουν επαρκή αποδεικτικά στοιχεία πως ο φυσιολογικός τοκετός, μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης του ιού της ηπατίτιδας Β από τη μητέρα στο παιδί. Ωστόσο, στο νεογνό, με τη γέννησή του, θα πρέπει να χορηγηθεί ανοσοσφαιρίνη και εμβολιασμός, για αποτελεσματικότερη προφύλαξη.

Ομοίως, σε επιτόκους που έχουν προσβληθεί από ηπατίτιδα C, δεν θα πρέπει να πραγματοποιείται προγραμματισμένη καισαρική τομή, αφού δεν μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης του ιού από τη μητέρα στο παιδί.

Αντίθετα, καισαρική τομή θα πρέπει να πραγματοποιείται σε γυναίκες που είναι οροθετικές για τον ιό του HIV, μειώνοντας τον κίνδυνο κάθετης μετάδοσης.

Στις περιπτώσεις που οι έγκυες έχουν ταυτόχρονη λοίμωξη με τον ιό της ηπατίτιδας C αλλά και του HIV, πρέπει να πραγματοποιείται προγραμματισμένη καισαρική. Η πρακτική αυτή, μειώνει τη μετάδοση από τη μητέρα στο παιδί και των δύο ιών.

Τέλος, στις έγκυες γυναίκες που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενα κρούσματα έρπητα τύπου 2 (έρπητα γεννητικών οργάνων), σε αντίθεση με αυτές που παρουσιάζουν πρωτοπαθή νόσο, δεν είναι απαραίτητη η καισαρική. Τα αντισώματα που αναπτύσσονται, προστατεύουν το νεογνό, με αποτέλεσμα η νεογνική λοίμωξη να εμφανίζεται σπάνια (1%).

Όσο αφορά τον πρόωρο τοκετό, αν και αυτός σχετίζεται με υψηλή νεογνική νοσηρότητα και θνησιμότητα, οι κατευθυντήριες οδηγίες προτείνουν πως δεν θα πρέπει να παρέχεται συστηματικά καισαρική τομή. Αυτό διότι, είναι αβέβαιη η βελτίωση των αποτελεσμάτων που επιφέρει μια καισαρική, αφού δεν φαίνεται να μειώνει το ποσοστό της θνησιμότητας ή της εγκεφαλικής αιμορραγίας, ανεξάρτητα από την προβολή του εμβρύου.

Ανάλογη είναι και η περίπτωση των εμβρύων small for date, που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η κατάσταση αυτή δεν αποτελεί, από μόνη της, ένδειξη για καισαρική τομή.

Στην ανώμαλη θέση του πλακούντα, η καισαρική τομή παίζει καθοριστικό ρόλο. Σε γυναίκες που ο πλακούντας έχει καλύψει μερικώς ή πλήρως το εσωτερικό στόμιο του τραχήλου (προδρομικός πλακούντας 3^{ου} ή 4^{ου} βαθμού), είναι ζωτικής σημασίας η διενέργεια καισαρικής. Αντίθετα, στη χαμηλή πρόσφυση του πλακούντα (προδρομικός πλακούντας 1^{ου} ή 2^{ου} βαθμού), η καισαρική τομή δεν ενδείκνυται.

Σε ισχιακή προβολή, όπου η κύηση είναι μονήρης, θα πρέπει στη 36^η εβδομάδα κύησης να γίνεται προσπάθεια εξωτερικού μετασχηματισμού για την επίτευξη κεφαλικής προβολής. Εξαιρέσεις αποτελούν, οι επίτοκες με έναρξη τοκετού, οι έγκυες με ανωμαλία ή προηγηθείσα χειρουργική τομή επί της μήτρας, η ρήξη των μεμβρανών, η κολπική αιμορραγία ή άλλες παθολογικές καταστάσεις της κύησης, κατά τις οποίες επιβάλλεται η διενέργεια καισαρικής τομής.

Η δίδυμη κύηση θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σχετικά με την προβολή των εμβρύων. Όταν η προβολή του πρώτου εμβρύου είναι κεφαλική και του δευτέρου ισχιακή, η αυξημένη περιγεννητική νοσηρότητα και θνησιμότητα αφορά το δεύτερο δίδυμο. Ωστόσο, οι επιπτώσεις της προγραμματισμένης καισαρικής παραμένει αβέβαιη και συνεπώς δεν θα πρέπει να παρέχεται συστηματικά. Όμως, στις δίδυμες κύσεις όπου το πρώτο έμβryo δεν είναι κεφαλικό, η τρέχουσα πρακτική είναι η εφαρμογή προγραμματισμένης καισαρικής τομής. Οι προγραμματισμένες καισαρικές τομές δεν θα πρέπει να πραγματοποιούνται πριν από την 38^η εβδομάδα κύησης, λόγω του κινδύνου εμφάνισης αναπνευστικών προβλημάτων σε αυτά τα νεογνά.

Η μέθοδος του τοκετού για εγκυμοσύνες από εξωσωματική γονιμοποίηση, εντάσσεται στις προαναφερόμενες περιπτώσεις. Λόγω της αυξημένης νεογνικής νοσηρότητας που παρουσιάζουν, η καισαρική αποτελεί γενική πρακτική. Ωστόσο, όταν η κύηση είναι μονήρης, χωρίς μαιευτικές επιπλοκές και σε μικρή ηλικία μητέρας (<36 χρόνων), θα μπορούσε να γίνει προσπάθεια εξέλιξης κολπικού τοκετού.

Η απολίνωση σαλλίγγων δεν αποτελεί αίτιο για καισαρική τομή. Σε περίπτωση όμως που αυτή διενεργείται για διαφορετικούς λόγους, και μετά από αίτηση της γυναίκας, θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί ταυτόχρονα.

Νοσήματα της μητέρας όπως η στένωση μιτροειδούς βαλβίδας και η μυωπία, χρήζουν διερεύνηση. Απαραίτητη είναι η καρδιολογική και αντίστοιχα, η οφθαλμολογική εκτίμηση της κατάστασης. Η καισαρική θεωρείται πιο ασφαλής όταν η στένωση της μιτροειδούς

βαλβίδας συνυπάρχει με άλλες καρδιολογικές παθολογίες. Για τη μυωπία, συνιστάται καισαρική σε βλάβη πάνω από έξι βαθμούς ή κατά την συνύπαρξη επιπλέον βλαβών.

Οι κίνδυνοι και τα οφέλη ενός φυσιολογικού τοκετού σε γυναίκα με προηγηθείσα καισαρική, είναι αβέβαια. Η απόφαση του τρόπου εξέλιξης του τοκετού θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από τη συνεκτίμηση των προτιμήσεων της μητέρας, την πραγματοποίηση μιας γενικής συζήτησης ώστε να ενημερωθεί για τους συνολικούς κινδύνους και τα οφέλη της καισαρικής, για τον κίνδυνο της ρήξης της μήτρας και για την περιγεννητική θνησιμότητα και νοσηρότητα. Γυναίκες που είχαν προηγούμενη καισαρική τομή αλλά και έναν φυσιολογικό τοκετό, έχουν μεγάλη πιθανότητα για κοιλικό τοκετό, σε αντίθεση από αυτές που δεν έχουν ιστορικό κοιλικού τοκετού. Στην περίπτωση που ληφθεί η απόφαση για κοιλικό τοκετό μετά από καισαρική, θα πρέπει η έγκυος να έχει στενή παρακολούθηση με τοκοκαρδιογράφο και λόγω του αυξημένου κινδύνου της ρήξης της μήτρας, να υπάρχει άμεση πρόσβαση για καισαρική τομή.

Η αίτηση της μητέρας για καισαρική τομή, δεν αποτελεί από μόνη της ένδειξη. Θα πρέπει να γίνει διερεύνηση των ειδικών λόγων της επιλογής αυτής, να συζητηθεί και να καταγραφεί. Όταν δεν εντοπίζεται κάποιος σοβαρός λόγος, θα πρέπει να συζητηθούν τα συνολικά οφέλη και οι κίνδυνοι της καισαρικής τομής σε σύγκριση με τα αντίστοιχα του φυσιολογικού τοκετού. Στην περίπτωση που το αίτιο είναι το άγχος για τον φυσιολογικό τοκετό, πρέπει να προσφέρονται συμβουλές για την αντιμετώπιση του φόβου της. Παρότι η απόφαση της γυναίκας θα πρέπει να είναι σεβαστή, ο γιατρός έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να διαπράξει μια καισαρική εφ' όσον δεν καθίσταται αναγνωρίσιμη αιτία. Τότε, θα πρέπει να παραπέμπεται για μια δεύτερη γνώμη.

4.3 Κριτική για τα πρότυπα καλής πρακτικής

Υπάρχει ένας ευρύτερος ενθουσιασμός για τις κατευθυντήριες οδηγίες, που πηγάζει από την ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση, πως συντελούν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Πράγματι, η τήρηση των κατευθυντήριων οδηγιών, μπορεί να βελτιώσει τη συνοχή της περίθαλψης, ώστε ασθενείς με παρόμοιες συνθήκες να αντιμετωπίζονται σύμφωνα με το ίδιο πρωτόκολλο, ανεξάρτητα από πού ή ποιόν λαμβάνονται οι φροντίδες αυτές. Παράλληλα, η συστηματική αναθεώρηση των στοιχείων και η προσπάθεια κάλυψης

των κενών τους, μπορούν συμβάλουν σημαντικά στην μελλοντική έρευνα και την εξέλιξη της επιστήμης. Η εφαρμογή τους, προάγει την αποφυγή της αναποτελεσματικότητας και τη βελτιστοποίηση της αξίας της υγειονομικής περίθαλψης, μέσω του εντοπισμού των πρακτικών που είναι περιττές και αδικαιολόγητα ακριβές [95].

Ωστόσο, παρουσιάζεται η πιθανότητα οι κατευθυντήριες οδηγίες να προκαλέσουν βλάβη στην προαγωγή της υγείας. Η προσπάθεια εξομάλυνσης της φροντίδας, αγνοεί την ετερογένεια των ασθενών και την πολυπλοκότητα των ιατρικών αποφάσεων. Ενώ οι συστάσεις αυτές είναι ευνοϊκές για το σύνολο των ασθενών, μπορεί να καταστούν ακατάλληλες για συγκεκριμένα άτομα. Η υποστήριξη, από τις κατευθυντήριες οδηγίες, δαπανηρών εξετάσεων και θεραπειών μπορεί να αυξήσουν το κόστος, εμποδίζοντας τις προσπάθειες εκείνων που προσπαθούν να ελέγξουν τις δαπάνες [96].

Η σημασία των κατευθυντήριων οδηγιών έγκειται στην προαγωγή μιας καλής ιατρικής περίθαλψης. Όμως, φαίνεται πως ακόμα και αν βασίζονται σε επιστημονικά στοιχεία, δεν μπορούν απόλυτα να υποστηρίξουν αυτό που είναι το καλύτερο για τους ασθενείς. Οι ιδιωτικοί αλλά και οι κρατικοί φορείς παροχής υγείας, δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στις εκτιμήσεις του κόστους και όχι στο όφελος των μεμονωμένων ασθενών και τη βελτίωση των ιατρικών πρακτικών. Το γεγονός αυτό τείνει να δημιουργήσει μια κερδοφόρα αγορά βασιζόμενη στη μείωση της διάρκειας της νοσοκομειακής νοσηλείας και στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, που πολλές φορές, είναι εις βάρος του ασθενούς [97].

Στην προσπάθεια μιας πραγματικής βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, σημαντικό ρόλο παίζουν, η συμμετοχή των φορέων παροχής υγείας, οι ακαδημαϊκοί σύμβουλοι αλλά και οι ίδιοι οι ασθενείς. Η υπεύθυνη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών απαιτεί διαρκή έλεγχο, υπενθύμιση και ανατροφοδότηση των προτύπων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΤΟΧΟΙ – ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

5.1 Σκοπός της μελέτης

Στο πλαίσιο του φαινομένου της συνεχούς αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών παγκοσμίως, αλλά και της ιδιαίτερα υψηλής αναλογίας της καισαρικής σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό που παρατηρείται στην Ελλάδα, η παρούσα εργασία, εστιάζει τη μελέτη και την παρατήρησή της στην παράμετρο της ιατρικής κλινικής πρακτικής.

Θεωρώντας τα πρότυπα καλής πρακτικής ένα μέσο περιορισμού της αύξησης των καισαρικών, επιχειρεί να εξακριβώσει το βαθμό που αυτά εφαρμόζονται στην καθημερινή ιατρική πράξη, σύμφωνα με τις απόψεις των γιατρών.

Παράλληλα, μέσα από την εργασία αυτή, γίνεται προσπάθεια να αναδειχθεί η πιθανότητα ύπαρξης ή μη, μιας περαιτέρω δυνατότητας για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στα καθημερινά μαιευτικά δρώμενα.

Συνοπτικά, στόχος της εργασίας αποτελεί η αναδρομική αποτύπωση του τρόπου και της μεθόδου με την οποία πραγματοποιούνται οι τοκετοί στην Ελληνική πραγματικότητα και η συσχετίσή τους με την ιατρική άποψη ως προς την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών στην καθημερινή πρακτική.

5.2 Περιγραφή της διασποράς των μαιευτήρων - γυναικολόγων και των δημόσιων νοσοκομείων στην περιφέρεια Ηπείρου

Ο αριθμός των μαιευτήρων – γυναικολόγων στην περιοχή της Ηπείρου, ανέρχεται στους 91. Από αυτούς, οι 62 ασκούν τη μαιευτική – γυναικολογία με έδρα τα Ιωάννινα, οι 14 την Άρτα, οι 9 την Πρέβεζα και οι 6 τη Θεσπρωτία. Η δραστηριότητα των γιατρών, κατανέμεται τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στο δημόσιο τομέα. Σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, παρέχουν τις υπηρεσίες τους 32 μαιευτήρες – γυναικολόγοι. Στα δημόσια νοσοκομεία του κλάδου ΕΣΥ αλλά και στο Πανεπιστημιακό νοσοκομείο της περιοχής, εφαρμόζουν τη μαιευτική – γυναικολογία 32 γιατροί. Τέλος, 27 γιατροί συμμετέχουν στην άσκηση της μαιευτικής – γυναικολογικής ειδικότητας των δημόσιων νοσοκομείων που την παρέχουν.

ως ειδικευόμενοι. Συγκεντρωτικά, η διασπορά των μαιευτήρων – γυναικολόγων παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

	Ιωάννινα	Άρτα	Πρέβεζα	Θεσπρωτία	Μ/Γ Ηπείρου
Σύνολο Μ/Γ	62	14	9	6	91
Ιδιωτικού Τομέα	15	8	6	3	32
Δημόσιου Τομέα	47	6	3	3	59
Ειδικοί	23	3	3	3	32
Ειδικευόμενοι	24	3	0	0	27

Όσο αφορά τις νοσοκομειακές μονάδες, στην περιφέρεια Ηπείρου, λειτουργούν 5 δημόσια γενικά νοσοκομεία και 2 μαιευτικές κλινικές. Από τα δημόσια νοσοκομεία, το ένα είναι πανεπιστημιακό και τα υπόλοιπα 4 νομαρχιακά.

Κάθε νομός έχει από ένα νομαρχιακό νοσοκομείο με διαφορετική δυναμικότητα. Στο νομό Ιωαννίνων, εκτός του νομαρχιακού, λειτουργεί το πανεπιστημιακό νοσοκομείο και μία από τις δύο ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές της Ηπείρου. Η δεύτερη ιδιωτική μαιευτική κλινική, λειτουργεί στο νομό της Άρτας.

Οι νοσοκομειακές μονάδες ανά νομό, αλλά και η δυναμική τους ως προς τον αριθμό των κλινών, συνοψίζονται στον πίνακα:

ΝΟΜΟΙ	Δημόσια Νοσοκομεία	Συνολικές Κλίνες των Νοσοκομείων	Κλίνες των Μ/Γ τμημάτων
	Ιωαννίνων	Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων	883
Ιωαννίνων	Γ.Ν.Ι. "Χατζηκώστα"	320	30
Άρτας	Γ.Ν. Άρτας	242	28
Πρεβέζης	Γ.Ν. Πρεβέζης	110	15
Θεσπρωτίας	Γ.Ν. Φιλιατών	85	7
Σύνολο		1640	147
	Ιδιωτικές Κλινικές	Συνολικές Κλίνες των Κλινικών	Κλίνες των Μ/Γ τμημάτων
	Ιωαννίνων	Μ/Γ Κλινική	15
Άρτας	Μ/Γ Κλινική	15	15
Σύνολο		30	30

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η εργασία πραγματοποιήθηκε στην γεωγραφική περιφέρεια της Ηπείρου. Αρχικό μέλημα αποτέλεσε η συλλογή των πληροφοριών, που αφορούν τις απόψεις των μαιευτήρων – γυναικολόγων, για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών κατά τη διάρκεια της πράξης τους. Από το σύνολο των μαιευτήρων-γυναικολόγων της περιοχής, επιλέχθηκε για τη μελέτη ο πληθυσμός, μόνο των νοσοκομειακών γιατρών (ειδικών και ειδικευομένων). Η συλλογή των πληροφοριών πραγματοποιήθηκε με τη διανομή ενός δομημένου ερωτηματολογίου.

Οι γιατροί του δείγματος, πριν τη συμμετοχή τους στην έρευνα, πληροφορήθηκαν για το περιεχόμενο και το σκοπό της μελέτης. Τους κατέστη σαφές, πως τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα. Απόρρητες θα είναι και οι πληροφορίες που θα παρέχουν, ενώ τα δεδομένα που θα συλλεχθούν, θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς και μόνο σκοπούς. Έτσι, πριν τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, τους ζητήθηκε η συναίνεσή τους.

Επόμενο μέλημα αποτέλεσε η συλλογή στοιχείων από τα δημόσια νοσοκομεία, αναφορικά με τον αριθμό των επιτόκων που εισήχθησαν σε κάθε μαιευτική κλινική αλλά και το μαιευτικό τους αποτέλεσμα κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Το χρονικό διάστημα των στοιχείων αφορά την ετήσια χρονιά του 2009.

Τα στοιχεία αυτά αντλήθηκαν από το γραφείο κίνησης των ασθενών κάθε νοσοκομείου, μετά από ενημέρωση και την άδεια των αντίστοιχων διοικητών τους. Ακολούθησε συγκεντρωτική ανάλυση των στοιχείων, που συμπέρανε το νούμερο των κοιλιακών τοκετών και των καισαρικών που πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία, ως ποσοστό του συνολικού αριθμού των γεννήσεων.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώθηκε με την κριτική επισκόπηση των ιατρικών απόψεων ως προς τη χρήση των προτύπων της καλής ιατρικής πρακτικής και τη σύγκρισή τους με τα δρώμενα της ιατρικής πρακτικής που εφαρμόστηκε κατά το έτος 2009.

6.1 Επιλογή σχεδίου

Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στους γιατρούς, διαχωρίζεται σε δύο επιμέρους τμήματα. Το πρώτο τμήμα, περιέχει ερωτήσεις που αφορούν δημογραφικά και επαγγελματικά στοιχεία του συμμετέχοντος. Αναφέρεται στην ηλικία και το φύλο, το επίπεδο σπουδών του, τα έτη της επαγγελματικής εμπειρίας του, το χρονικό διάστημα απασχόλησης στο συγκεκριμένο οργανισμό και την πιθανή προϋπηρεσία του σε διαφορετικό φορέα. Το δεύτερο τμήμα του, αποτελείται από 20 ερωτήματα. Αφορούν τις προτάσεις του συμμετέχοντος, στον τρόπο διενέργειας του τοκετού, με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά, τόσο της επιτόκου, όσο και της κύησης. Το τμήμα αυτό του ερωτηματολογίου, αναφέρεται στην ηλικία της μητέρας, σε προϋπάρχουσες αλλά και λοιμώδεις παθολογικές της εγκύου, στην επιθυμία της ως προς τον τρόπο τοκετού, στην παθολογία κύησης και σε κύηση υψηλού κινδύνου. Το μέρος αυτό, κατασκευάστηκε με πρότυπο τον αλγόριθμο της κλινικής πρακτικής που αναπτύχθηκε από το National Collaborating Centre for Women's and Children's Health του Ηνωμένου Βασιλείου το 2004.

Μετά το σχεδιασμό του πρώτου ερωτηματολογίου, επανεξετάστηκε για την ορθότητα της δομής του, για το βαθμό παραλληλισμού του με το πρότυπο του αλγορίθμου βάση του οποίου σχεδιάστηκε και για την απουσία επιρροής των γιατρών και κατεύθυνσης της γνώμης τους σε κάποια επιθυμητή απάντηση. Έτσι, αποφεύχθηκε κάθε αντίθεση με τους όρους της ιατρικής δεοντολογίας και οποιασδήποτε σύγκρουση συμφερόντων.

Στη συνέχεια, έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις ως προς την επιστημονική ορθότητα της διατύπωσης των ερωτήσεων και βελτιώθηκε η διάρθρωσή του. Εξασφαλίστηκε ένας ιδανικός αριθμός ερωτήσεων που θα έκανε ελκυστική και ενδιαφέρουσα την συμπλήρωσή του, χωρίς να κουράζει και να αγανακτεί τους συμμετέχοντες.

Από τα στοιχεία του γραφείου κίνησης των ασθενών των νοσοκομείων, καταγράφηκαν συγκεντρωτικά, αλλά και για κάθε νοσοκομείο χωριστά, ο αριθμός των επιτόκων καθώς και το είδος του τοκετού που αυτές είχαν. Κατά την επεξεργασία των δεδομένων, η καταγωγή, η εθνικότητα, το θρήσκευμα, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των μητέρων, δεν ελήφθησαν υπόψη. Μετά την ποσοστιαία μετατροπή των στοιχείων, δόθηκε η ευκαιρία μιας αναδρομικής μελέτης για τη διενέργεια της καισαρικής τομής σε σχέση με

τον κοιλικό τοκετό, για κάθε ένα υπό εξέταση νοσοκομείο, αλλά και για το σύνολο της περιφέρειας της Ηπείρου.

6.2 Δειγματοληψία

Το στατιστικό δείγμα των γιατρών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, ήταν αποκλειστικά από το χώρο των πέντε δημόσιων νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου. Οι γιατροί που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν ειδικευμένοι, όλων των βαθμίδων της εξελικτικής πορείας του ΕΣΥ (διευθυντές, επιμελητές Α, επιμελητές Β, επικουρικοί γιατροί). Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν και οι ειδικευόμενοι των αντίστοιχων κλινικών.

Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν το διάστημα του Μαρτίου του 2010. Ωστόσο, συναντήθηκαν μια σειρά από δυσκολίες – προκλήσεις για τη συμπλήρωση ικανού αριθμού ερωτηματολογίων.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ήταν εφικτή κατά τη διάρκεια των εξωτερικών ιατρείων, της εξέλιξης ενός τοκετού ή κάποιου χειρουργείου. Θα έπρεπε να συμπληρωθεί, μετά το τέλος της εργασίας των γιατρών. Η ρευστότητα όμως, του χρόνου ολοκλήρωσης της ιατρικής πράξης, αποτέλεσε σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα για τη διαθεσιμότητα των γιατρών. Ταυτόχρονα, το διαφορετικό ωράριο εργασίας του κάθε γιατρού (εφημερία, ρεπό, άδεια) και οι δικαιολογημένες απουσίες των ειδικευομένων (προ εξετάσεων), αύξησε τη δυσκολία πρόσβασης των επιλεγμένων για τη μελέτη γιατρών. Παράλληλα, η χιλιομετρική απόσταση των νοσοκομείων δεν διευκόλυνε την καθημερινή επίσκεψή τους. Ωστόσο, η διάθεση των γιατρών για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, ήταν θετική. Μικρό ήταν το ποσοστό εκείνων που παρουσίασαν διστακτικότητα για τη συμμετοχή τους στην μελέτη.

Η συλλογή των στοιχείων από τα γραφεία κίνησης των ασθενών κάθε νοσοκομείου, αφορούσε το έτος 2009. Πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2010 και στα πέντε νοσοκομεία της περιοχής, μετά την έγκριση και την άδεια της διοίκησης.

6.3 Ανάλυση των δεδομένων του ερωτηματολογίου

Η παρούσα μελέτη περιλαμβάνει τους 59 γιατρούς που ασκούν τη μαιευτική - γυναικολογία στα δημόσια νοσοκομεία της Ηπείρου. Οι 12 από αυτούς δεν απάντησαν, είτε διότι αρνήθηκαν, είτε γιατί δεν κατέστη δυνατή η πρόσβασή τους. Τελικά, απαντήθηκαν 47 ερωτηματολόγια, βάση των οποίων πραγματοποιήθηκε η ποσοστιαία ανάλυση.

6.3.1 Χαρακτηριστικά των γιατρών

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, συλλέγονται στοιχεία που αφορούν τα χαρακτηριστικά του κάθε γιατρού. Σε σχέση με την ηλικία, το μεγαλύτερο ποσοστό (36%) ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 25-34 χρόνων. Το μικρότερο ποσοστό (15%) βρίσκεται μεταξύ των 55 και 65 ετών. Μεγάλη διαφορά παρατηρείται μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 35-44 και 45-55, όπου στην πρώτη αντιστοιχεί το 32% των γιατρών, ενώ στη δεύτερη το 17% των γιατρών. (Σχήμα 6.3.1.1).

Εδώ πρέπει να επισημανθεί η επίδραση των ειδικευομένων στον παράγοντα ηλικία. Φαίνεται πως από το σύνολο των ειδικευομένων, το 68% ανήκει στη μικρότερη ηλικιακή ομάδα των 25-34, το 28% στην ομάδα των 35-44 χρόνων, ενώ μόλις το 4% αντιστοιχεί στην ηλικιακή ομάδα των 45-55 ετών (Σχήμα 6.3.1.2).

Η επίδραση των ειδικευομένων υφίσταται λόγω του μεγάλου ποσοστού τους, τόσο ως προς το σύνολο των νοσοκομειακών γιατρών (46%), όσο και ως προς το νούμερο των ερωτηθέντων που συμμετείχαν στη μελέτη (53%) (Σχήμα 6.3.1.3 και 6.3.1.4).

Σχετικά με την εκπαίδευση των γιατρών, το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) είναι απόφοιτοι ανώτατης εκπαίδευσης, ενώ ένα ποσοστό γύρω στο 20%, είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (Σχήμα 6.3.1.5).

Μελετώντας τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας ως μαιευτήρα - γυναικολόγου, διακρίνονται πέντε κατηγορίες: ειδικευόμενος, λιγότερο από 3 έτη, από 3 έως 10 έτη, από 10 έως 20 έτη και πάνω από 20 έτη. Πέρα του 53% που αποτελείται από ειδικευόμενους, φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ειδικευομένων (17%) να αντιστοιχεί στην κατηγορία των 10 έως 20 ετών άσκησης της μαιευτικής - γυναικολογίας. Χωρίς μεγάλη απόκλιση

(15%), ακολουθεί η κατηγορία των γιατρών με 3 έως 10 χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας, ενώ στην κατηγορία των γιατρών που ασκούν τη μαιευτική πάνω από 20 χρόνια, αντιστοιχεί το 13%. Μόλις το 2%, αποτελούν οι γυναικολόγοι στα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής, με λιγότερο από 3 χρόνια εμπειρίας.(Σχήμα 6.3.1.6).

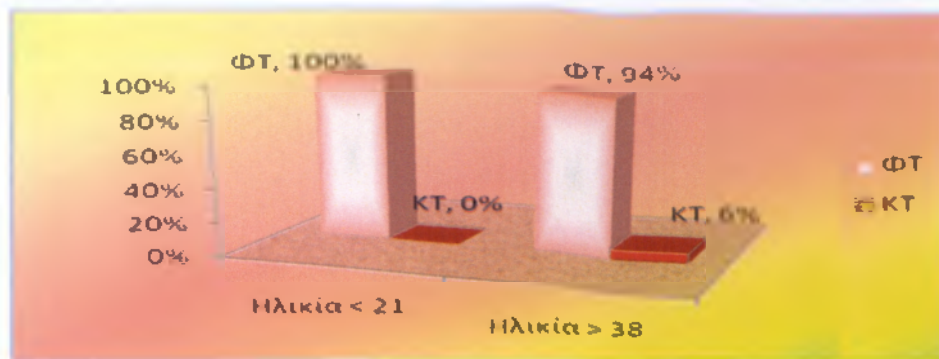
Μεγάλη διαβάθμιση παρατηρείται στο χρονικό διάστημα των γιατρών που βρίσκονται στον οργανισμό. Μέχρι και 5 έτη βρίσκεται το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών (ποσοστό που επηρεάζεται από τους ειδικευόμενους) ενώ από 6 έως και 25 χρόνια, βρίσκεται το 30%-32% των γιατρών.(Σχήμα 6.3.1.7).

Όσο αφορά την επαγγελματική προϋπηρεσία, το 83% των γιατρών δήλωσαν πως δεν είχαν εργαστεί σε κάποιο άλλο φορέα ή οργανισμό, ως μαιευτήρες – γυναικολόγοι. Αντίθετα, το 15% επί του συνόλου των γιατρών που συμμετείχαν στη μελέτη, είχαν δραστηριοποιηθεί στον ιδιωτικό τομέα, ενώ μόλις το 2% είχαν προϋπηρεσία σε διαφορετικό δημόσιο φορέα. (Σχήμα 6.3.1.8).

6.3.2 Προτάσεις των γιατρών στα κλινικά περιστατικά του ερωτηματολογίου.

Τα πρώτα ερωτήματα που τέθηκαν στους γιατρούς, σχετίζονταν με την άποψη που είχαν, για τον τρόπο που έπρεπε να εξελιχθεί ένας τοκετός, σε σχέση με την ηλικία της επιτόκου.

Στην περίπτωση που η ηλικία της γυναίκας είναι κάτω από 21 χρόνων και οι 47 γιατροί (100%) συμφώνησαν πως πρέπει να προτείνεται φυσιολογικός τοκετός. Αντίθετα, στην περίπτωση που η ηλικία της επιτόκου είναι μεγαλύτερη από 38 χρόνων, διατυπώνεται μια διαφοροποίηση των απόψεων. Οι 44 γιατροί ή το 94% θεωρεί τον κοιλικό τοκετό ως καταλληλότερη πρακτική, σε αντίθεση με 3 γιατρούς ή το 6%, που θα πρότειναν καισαρική τομή.



Ακολούθησαν ερωτήματα που αφορούσαν τον προτεινόμενο τρόπο τοκετού, στην περίπτωση που προϋπάρχουν παθολογικές καταστάσεις στη μητέρα, όπως η στένωση μιτροειδούς βαλβίδας και η μυωπία.

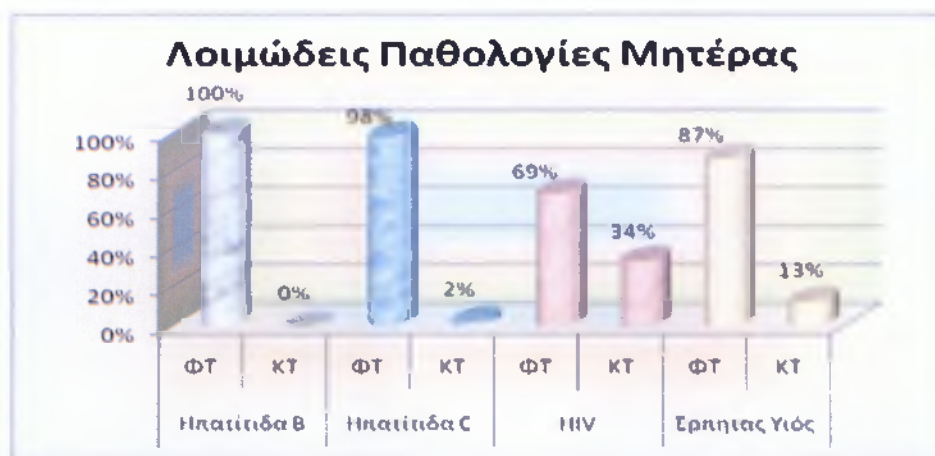
Για την πρώτη παθολογία, οι 42 ή το 89% από τους 47 μαιευτήρες, θα ακολουθούσαν τον κοιλικό τοκετό, ενώ κανένας δεν αναφέρθηκε στην περίπτωση της καισαρικής τομής. Πέντε γιατροί, που αντιστοιχούν στο 11%, έδωσαν εναλλακτική απάντηση. Τον τρόπο του τοκετού θα τον αποφάσιζαν με βάση την γνωμάτευση του καρδιολόγου ή μετά από καρδιολογική εξέταση.

Ωστόσο, το 12,7% των γιατρών θα προχωρούσε φυσιολογικά τον τοκετό σε επιτόκους που είχαν υψηλό βαθμό μυωπίας, ενώ το 46,8%, θα πραγματοποιούσε καισαρική τομή. Υψηλό ήταν το ποσοστό των γιατρών (40,5%), που θα παρέπεμπαν τις γυναίκες σε οφθαλμολογική εξέταση και θα ακολουθούσαν τη γνωμάτευση του οφθαλμιάτρου.



Στο ερωτηματολόγιο, τέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν λοιμώδεις παθολογίες της μητέρας που σχετίζονται με κάθετη μετάδοση, μολύνοντας το νεογνό κατά τη διάρκεια του τοκετού. Έτσι, οι γιατροί ρωτήθηκαν για το σχεδιασμό του τοκετού που θα έκαναν σε γυναίκες - φορείς ηπατίτιδας Β, ηπατίτιδας C, HIV και έρπητα των γεννητικών οργάνων.

Για τη λοίμωξη της ηπατίτιδας Β, όλοι οι γιατροί (100%) θα προχωρούσαν σε κολπικό τοκετό, ενώ μόνο ένας από τους γιατρούς (2%), θα πρότεινε καισαρική τομή σε γυναίκα φορέα ηπατίτιδας C. Φυσιολογικό τοκετό θα εφαρμόζε, το 64% των γιατρών σε περίπτωση λοίμωξης από HIV και το 87% των γιατρών για τον έρπητα υιό.



Οι γιατροί ρωτήθηκαν και για τις προτιμήσεις τους, σε σχέση με τις επιθυμίες της επιτόκου. Ζητήθηκε να γνωστοποιηθεί η απόφαση που θα λάμβαναν και τον τρόπο που θα εκτελούσαν έναν τοκετό, μετά από, μια όποια, απαίτηση της μητέρας.

Στην περίπτωση επιτόκου με ιστορικό καισαρικής τομής, που ζητάει να επιτελέσει τον επόμενο τοκετό της φυσιολογικά, μόνο το 13% των γιατρών θα συμφωνούσαν. Οι απόψεις είναι πιο διάχυτες στην αντίθετη περίπτωση, όπου η γυναίκα που έχει πραγματοποιήσει ήδη φυσιολογικό τοκετό, ζητάει καισαρική τομή. Το 45% των γιατρών αποδέχεται την αίτηση αυτή, ενώ ένα άλλο 45%, εφαρμόζει κολπικό τοκετό χωρίς να συμερίζεται την αίτηση της γυναίκας. Τέλος, το 10% των γιατρών αναφέρει πως θα εξέταζε τους λόγους αυτής της απόφασής της, θα την πληροφορούσε για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα τόσο της καισαρικής όσο και του κολπικού τοκετού και θα την παρότρυνε να αναθεωρήσει την παρούσα απόφασή της.

Όταν το αίτιο αίτησης της επιτόκου για καισαρική τομή, είναι η στειρώση, το 36% του συνόλου των γιατρών οδηγεί τη γυναίκα σε καισαρική τομή με ταυτόχρονη χειρουργική απολίνωση των σαλπίγγων. Αντίθετα, το 64% των γιατρών προτείνουν κοιλικό τοκετό και παράλληλα διαφορετικές μεθόδους αντισύλληψης, είτε απολίνωση σαλπίγγων σε δεύτερο χρόνο.



Για τις παθολογικές καταστάσεις κύησης, οι γιατροί ρωτήθηκαν για την πρότασή τους στην αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού, της ισχιακής προβολής, του “small for date” εμβρύου, αλλά και για την περίπτωση του προδρομικού πλακούντα, τόσο του 1^{ου} – 2^{ου} όσο και του 3^{ου} – 4^{ου} βαθμού.

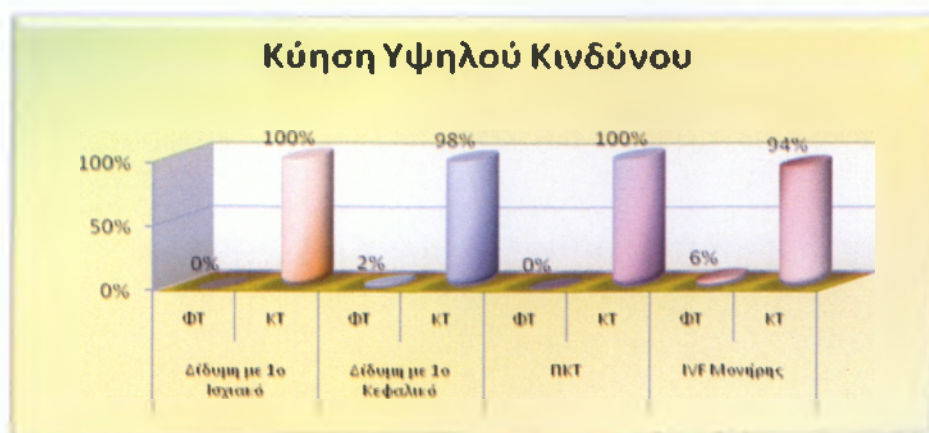
Το σύνολό τους (100%), θα προχωρούσε σε κοιλικό τοκετό, όταν η έναρξή του θα ήταν πρόωρη, ενώ κανένας (0%) δεν θα επέλεγε αυτό τον τρόπο τοκετού στην περίπτωση της ισχιακής προβολής. Για την αντιμετώπιση της προβολής αυτής, το 36% των γιατρών θα ανταποκρινόταν με καισαρική τομή χωρίς άλλη παρέμβαση. Αντίθετα, το 15% θα προγραμματίζε καισαρική τομή στις 38 εβδομάδες κύησης και το 21%, θα επιχειρούσε εξωτερικό μετασχηματισμό σε κεφαλική προβολή στις 36 – 37 εβδομάδες κύησης. Αναποφάσιστο, ήταν το 28% των γιατρών που θα κρατούσαν μια στάση αναμονής και επανεξέτασης της κατάστασης στις 38 εβδομάδες. Για την παθολογία του “small for date” εμβρύου, το 53% των γιατρών προτείνουν την πρόκληση κοιλικού τοκετού, σε αντίθεση με τους υπόλοιπους (47%) που θα προγραμματίζαν καισαρική τομή. Αυτή τη μέθοδο θα

ακολουθούσε το 26% των γιατρών και για την αντιμετώπιση του προδρομικού πλακούντα 1^{ου} – 2^{ου} βαθμού, ενώ το 74% θα πρότεινε κοιλικό τοκετό. Αντίθετα η ίδια παθολογία 3^{ου} – 4^{ου} βαθμού, θα αντιμετωπιζόταν από όλους με καισαρική τομή.



Τέλος, το ερωτηματολόγιο έθετε προβληματισμούς, για τη δράση των γιατρών απέναντι σε κύσεις υψηλού κινδύνου. Η δίδυμη κύηση, η προηγηθείσα καισαρική και ο τρόπος τοκετού σε εγκυμοσύνη από εξωσωματική (IVF), αποτελούσαν περιπτώσεις αυτής της κατηγορίας, για τις οποίες ζητήθηκε η άποψή τους.

Το 100% των γιατρών απάντησε πως θα εφαρμόζε καισαρική τομή σε δίδυμη κύηση όπου το πρώτο έμβρυο βρισκόταν σε ισχιακή προβολή, ενώ την ίδια μέθοδο θα ακολουθούσε το 98% των γιατρών, όταν αυτό προβαλλόταν κεφαλικά. Συνεπώς μόνο το 2%, θα επιχειρούσε κοιλικό τοκετό σε δίδυμη κύηση με το πρώτο έμβρυο σε κεφαλική προβολή. Όσο αφορά την εξέλιξη του τοκετού σε γυναίκα με ιστορικό καισαρικής (προηγηθείσα καισαρική), κανένας (0%) δεν θα πρότεινε φυσιολογικό τοκετό. Τέλος, στο δίλλημα της αντιμετώπισης μιας IVF μνήρους κύησης, το 6% των γιατρών θα τολμούσε να προτείνει κοιλικό τοκετό, σε αντίθεση με το 94% που θα ακολουθούσε τη μέθοδο της καισαρικής.



6.4 Ανάλυση των νοσοκομειακών δεδομένων

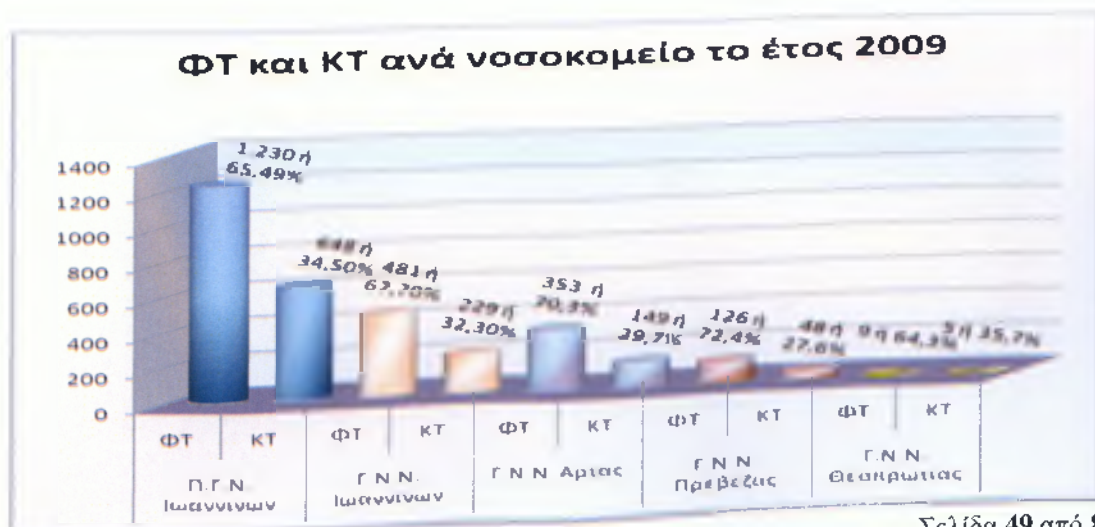
Οι αντιλήψεις των γιατρών ως προς την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, επηρεάζουν και έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή ιατρική πρακτική. Μέσω του ερωτηματολογίου, διαπιστώθηκε το ποσοστό σύμπτωσης των θεωρητικών απόψεων με τα πρότυπα καλής πρακτικής των καισαρικών τομών. Ωστόσο, συμπεράσματα για το βαθμό εφαρμογής των προτύπων στην πράξη, είναι δυνατόν να εξέλθουν, μέσα από την παρατήρηση και καταμέτρηση των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την διεξαγωγή των γεννήσεων.

Όσο αφορά τον αριθμό των γεννήσεων, παρατηρείται μια διάφορη κατανομή στα πέντε νοσοκομεία της Ηπείρου. Με βάση τα δεδομένα των νοσοκομείων αυτών, το έτος 2009 διεκπεραιώθηκαν 3.278 τοκετοί. Από αυτούς, οι 1.878 (57,29%) πραγματοποιήθηκαν στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο των Ιωαννίνων, ενώ το 21,66% των τοκετών (710), έλαβαν χώρα στο νομαρχιακό νοσοκομείο της ίδιας πόλης. Στο νοσοκομείο της Άρτας, ολοκληρώθηκαν 502 τοκετοί, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 15,31% επί του συνόλου. Παράλληλα, στο νοσοκομείο της Πρέβεζας και στο νομαρχιακό νοσοκομείο Θεσπρωτίας, πραγματοποιήθηκαν 174 (5,31%) και 14 (0,43%) τοκετοί, αντίστοιχα.



Εξετάζοντας τα αναδρομικά δεδομένα του τρόπου με τον οποίο επιτεύχθηκαν οι τοκετοί, γίνεται εφικτή η ανάδειξη της δραστηριότητας καθενός εκ των πέντε νοσοκομείων της περιφέρειας Ηπείρου, όσο αφορά την διενέργεια των καισαρικών τομών.

Από το σύνολο των τοκετών που διενεργήθηκαν στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων, οι 648 (34,5%) πραγματοποιήθηκαν με καισαρική τομή, σε αντίθεση με 1.230 τοκετούς που εξελίχθηκαν κολπικά. Αντίστοιχα, στο Γ.Ν.Ν. Ιωαννίνων, πραγματοποιήθηκαν 229 καισαρικές τομές, έναντι των 481 φυσιολογικών τοκετών, ποσοστό που αγγίζει το 32,3%. Στο Γ.Ν.Ν. Άρτας, το ποσοστό των εξελθόντων επιτόκων που υποβλήθηκαν σε καισαρική, έφτασε το 29,7% (149 καισαρικές τομές), ενώ στο Γ.Ν.Ν. Πρέβεζας, 174 επίτοκες διετέλεσαν τοκετό με τη μέθοδο της καισαρικής τομής (27,6%). Τέλος, στο Γ.Ν.Ν. Θεσπρωτίας, το ίδιο έτος, εφαρμόστηκε η καισαρική τομή σε 5 επιτόκους, ποσοστό που αντιστοιχεί στο 35,7% του συνόλου των τοκετών του νοσοκομείου.



Συνολικά, από τους 3.278 τοκετούς που έλαβαν χώρα το 2009 στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της Ηπείρου, οι 1.079 πραγματοποιήθηκαν με τη μέθοδο της καισαρικής τομής, ποσοστό που ανέρχεται στο 32,9%.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στη παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η μεθοδολογία των ιατρικών πράξεων των μαιευτήρων – γυναικολόγων, στα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής της Ηπείρου, με βάση τα Ευρωπαϊκά πρότυπα καλής ιατρικής πρακτικής. Εξετάστηκε ο βαθμός εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών, για τον τρόπο διενέργειας του τοκετού. Μέσω των προτάσεων των γιατρών, για τη μέθοδο αντιμετώπισης του τοκετού αλλά και των αντικειμενικών δεδομένων της δράσης τους, κατά το έτος 2009, αναδείχτηκε η επίδραση των κατευθυντήριων οδηγιών στην ιατρική τους πράξη. Έτσι, εντοπίστηκε η δυνατότητα που υπάρχει, να περιοριστεί το φαινόμενο αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών, μέσω της διάδοσης και εφαρμογής των κατευθυντήριων οδηγιών.

Συζήτηση I: Οι ιατρικές απόψεις και τα πρότυπα καλής πρακτικής

Εξετάζοντας, στο σύνολό τους, τις απαντήσεις των γιατρών στο ερωτηματολόγιο και λαμβάνοντας υπόψη τα δεδομένα των κατευθυντήριων οδηγιών του National Collaborating Centre for Women's and Children's Health του Ηνωμένου Βασιλείου για τη μέθοδο ολοκλήρωσης του τοκετού, είναι δυνατή η εξαγωγή μιας σειράς συμπερασμάτων που αφορούν την επίδραση της ιατρικής πρακτικής, στο ποσοστό διενέργειας καισαρικών τομών.

Απόλυτη ή σχεδόν απόλυτη συμφωνία με τις κατευθυντήριες οδηγίες, έχουν οι γιατροί, στις μισές σχεδόν από τις 20 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Αυτές αναφέρονται σε ηλικία, λοίμωξη ηπατίτιδας Β, C και έρπητα, πρόωρο τοκετό, προηγηθείσα καισαρική, δίδυμη κύηση με το πρώτο έμβρυο ισχιακό και στις περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα.

Ταυτόχρονα, παρατηρείται πως σε 3 ερωτήματα, οι γιατροί έχουν αντίθετη τακτική από αυτή που προτείνουν οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη διεξαγωγή του τοκετού. Αφορούν τη δίδυμη κύηση με το πρώτο έμβρυο σε κεφαλική προβολή, την επιθυμία της γυναίκας με προηγούμενη καισαρική για φυσιολογικό τοκετό και την κύηση από IVF.

Όσο αφορά τις προϋποθέσεις και τις πρακτικές, που συνιστούν οι κατευθυντήριες οδηγίες να εφαρμόσουν οι γιατροί, πριν λάβουν την απόφαση για τη μέθοδο και τον τρόπο του τοκετού, φαίνεται, πως ακολουθούνται, σε ένα μικρό ποσοστό από αυτούς. Μόνο το 10% των γιατρών συζητάει, εξηγεί ή αρνείται την επιθυμία γυναίκας, με προηγούμενο φυσιολογικό τοκετό, να προχωρήσει σε καισαρική τομή. Το ποσοστό των γιατρών, που αποφασίζει τον τρόπο τοκετού σε περίπτωση στένωσης μιτροειδούς βαλβίδας, μετά από καρδιολογική εκτίμηση, περιορίζεται στο 11%, ενώ προσπάθεια μετασχηματισμού, από ισχιακή σε κεφαλική προβολή, εφαρμόζει μόνο το 21% των γιατρών.

Χαμηλό μπορεί να θεωρηθεί και το ποσοστό συμφωνίας της πρακτικής των γιατρών με τα πρότυπα, στη λοίμωξη της μητέρας με τον υιό HIV (36%), στην αντιμετώπιση της μυωπίας (40,5%), στην παθολογία του εμβρύου “small for date” (53%) και στην επιθυμία απολίνωσης των σαλπίγγων (64%).

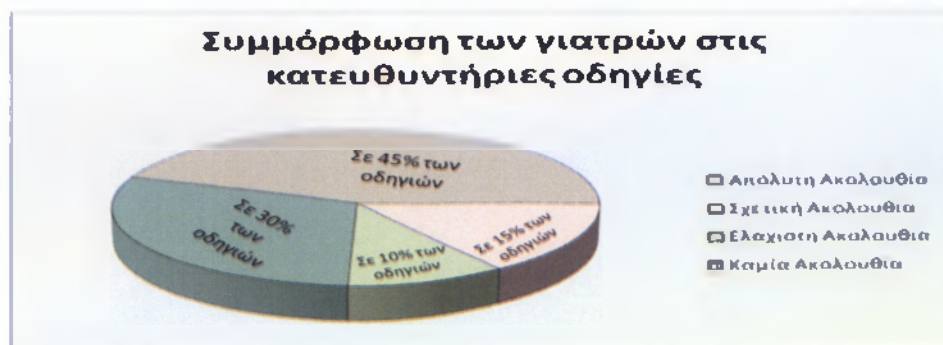
Μια φθίνουσα ποσοστιαία κατάταξη της συμφωνίας των απόψεων των γιατρών, με τις προτάσεις του National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health για τον τρόπο εξέλιξης ενός τοκετού, φαίνεται στον παρακάτω πίνακα:

Παράγοντας επίδρασης των τρόπων διενέργειας του τοκετού	Ποσοστό συμφωνίας με τις κατευθυντήριες οδηγίες
Ηλικία < 21	100%
Ηπατίτιδα Β	100%
ΠΚΤ	100%
Πρόωρος Τοκετός	100%
Δίδυμη κήση με 1ο έμβρυο ισχιακό	100%
Προδρομικός πλακούντας 3ου-4ου βαθμού	100%
Ηπατίτιδα C	98%
Ηλικία > 38	97%
Έρπης	87%
Προδρομικός πλακούντας 1ου-2ου βαθμού	74%
Απολίνωση σαλπγγων	64%
Small for date έμβρυο	53%
Μυωπία	40,50%
ΗΙΥ	36%
Ισχιακή προβολή	21%
ΠΚΤ και επιθυμία για ΦΤ	13%
Στένωση μιτροειδούς	11%
ΦΤ και επιθυμία για ΚΤ	10%
ΙVΦ κήση	6%
Δίδυμη κήση με 1ο έμβρυο κεφαλικό	2%

Από τα παραπάνω, γίνεται εμφανές πως στις 9 από τις 20 οδηγίες του Ευρωπαϊκού προτύπου καλής πρακτικής που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, απόλυτη συμφωνία παρατηρείται στο σύνολο των γιατρών (συμφωνία > 75%). Μερική συμφωνία (συμφωνία από 50% έως 75%) καταγράφεται και σε τρεις ακόμα πρακτικές, που προτείνονται για την αντιμετώπιση των ιδιαιτεροτήτων του τοκετού. Αντίθετα, για δύο από τις κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης της κήσης, επισημαίνεται μια διχογνωμία (συμφωνία από 25% έως 50%), ενώ για τις οδηγίες των 6 λοιπών περιπτώσεων, η σύγκλιση των απόψεων είναι ελάχιστη (συμφωνία από 0% έως 25%).



Συμπερασματικά, η μελέτη των ερωτηματολογίων, οδηγεί στο γεγονός, πως τα πρότυπα καλής πρακτικής, εφαρμόζονται και ακολουθούνται από όλους τους γιατρούς, σε ένα 45% του συνόλου τους. Σε αυτό μπορεί να προστεθεί άλλο ένα 15% των οδηγιών, αφού λαμβάνονται υπ' όψη στην καθημερινή δράση ενός μεγάλου αριθμού γιατρών (50% - 75%). Ωστόσο, η συμμόρφωση των γιατρών στις υπόλοιπες οδηγίες (40%), φαίνεται να είναι περιορισμένη, αφού αυτές ασκούν μικρή έως και καμία επιρροή στις προτάσεις και αποφάσεις τους, για την καθημερινή αντιμετώπιση των τοκετών.

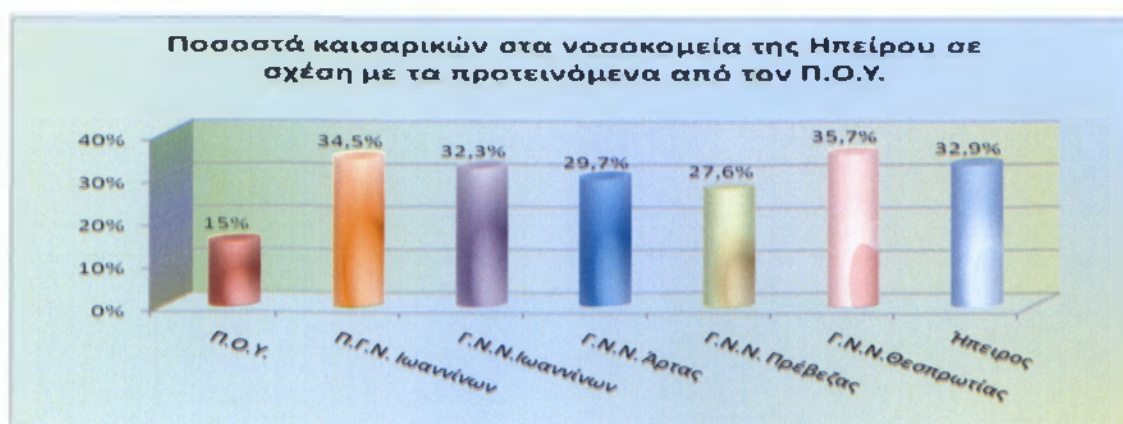


Συζήτηση 2: Ιατρική πρακτική και το φαινόμενο αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών

Με τη συλλογή του αριθμού των γεννήσεων αλλά και του τρόπου με τον οποίο αυτές επιτελέστηκαν στα νοσηλευτικά ιδρύματα της περιοχής, είναι εφικτή η διαπίστωση της αύξησης ή μη, του ποσοστού της καισαρικής τομής, στην περιοχή της Ηπείρου.

Σύμφωνα με τις οδηγίες και τις υποδείξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το προτεινόμενο ποσοστό των καισαρικών τομών, ανέρχεται στο 15% επί του συνόλου των γεννήσεων. Από την ποσοστιαία μετατροπή του αριθμού των καισαρικών τομών, που καταγράφηκαν για το 2009 στα νοσοκομεία της Ηπείρου και μετά τη σύγκρισή τους με το προτασόμενο από τον Π.Ο.Υ. ποσοστό, εμφανίζεται μια αυξανόμενη απόκλιση, σε κάθε ένα από τα νοσοκομεία αυτά.

Στο Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων παρατηρείται μια απόκλιση, της τάξης του 19.5%, ενώ η αντίστοιχη απόκλιση στο Γ.Ν.Ν. Ιωαννίνων, αγγίζει το 17,3%. Στο Γ.Ν.Ν. Άρτας, πραγματοποιήθηκαν 14,7% επιπλέον καισαρικές τομές, ενώ η αντίστοιχη απόκλιση του ποσοστού στο Γ.Ν.Ν. Πρέβεζας, ανέρχεται στο 12,6%. Τέλος, για το Γ.Ν.Ν. Θεσπρωτίας, καταγράφεται η διενέργεια 20,7% καισαρικών τομών, πάνω από το προτεινόμενο ποσοστό του Π.Ο.Υ.. Συνολικά, στην περιοχή της Ηπείρου, το 32,9% του συνόλου των γεννήσεων, πραγματοποιήθηκε με καισαρική τομή. Γίνεται επομένως εμφανής, η σημαντική αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών που διενεργείται στην περιοχή και που ξεπερνά το προτεινόμενο ποσοστό, κατά 17,9%.



Συμπερασματικά, στα νοσοκομειακά ιδρύματα της Ηπείρου, παρατηρείται μια περιορισμένη εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών από τους γιατρούς, ενώ παράλληλα καταγράφεται ένα αυξημένο ποσοστό καισαρικών τομών σε σχέση με εκείνο που προτείνεται από τον Π.Ο.Υ. Παρά την ευρεία διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών, η επίδρασή τους στην αλλαγή της κλινικής συμπεριφοράς των γιατρών και η αναμενόμενη, από την εφαρμογή τους, συγκράτηση του αριθμού των καισαρικών τομών, φαίνεται να αποτελεί μια δύσκολη διαδικασία.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν όλοι οι γιατροί, που απαρτίζουν τους δημόσιους λειτουργούς στα μαιευτικά – γυναικολογικά τμήματα των νοσηλευτικών ιδρυμάτων της περιοχής της Ηπείρου. Ωστόσο, ο αριθμός αυτών, περιορίζεται στους 59 μαιευτήρες – γυναικολόγους, γεγονός που καθιστά πολύ μικρό τον αριθμό του δείγματος. Επιπλέον, το δείγμα περιορίζεται ακόμα περισσότερο, λόγω του υψηλού ποσοστού (20%) των γιατρών που δεν συμμετείχαν στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμμετοχή των ειδικευόμενων, αποτελεί άλλο ένα περιορισμό της παρούσας μελέτης. Οι ειδικευόμενοι, διαμορφώνουν μια ανάλογη με των επιμελητών τους στάση, απέναντι στην εφαρμογή ή μη της καισαρικής τομής. Δεν διαθέτουν κλινική εμπειρία και δεν επιβαρύνονται με την ευθύνη των αποφάσεων και των πράξεών τους. Το μεγάλο ποσοστό της συμμετοχής τους (53%) στο σύνολο των ερωτηθέντων, επηρεάζει τα αποτελέσματα της μελέτης.

Ωστόσο, οι συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών, βάση των οποίων διαμορφώθηκε το ερωτηματολόγιο, αναφέρονται σε μια και συγκεκριμένη παράμετρο. Η απόφαση του τρόπου διενέργειας ενός τοκετού όμως, λαμβάνεται συνυπολογίζοντας όλους τους παράγοντες που πιθανώς να επηρεάζουν το τελικό αποτέλεσμα. Ως εκ τούτου, οι απαντήσεις των γιατρών ενδέχεται να αναφέρονται σε υποκειμενικές ερμηνείες, των αναφερόμενων στο ερωτηματολόγιο, περιστατικών.

Για τη μεγιστοποίηση της ευαισθησίας της έρευνας, θα ήταν ιδανικό να μελετηθεί ένας μεγαλύτερος όγκος ειδικευμένων και μόνο γιατρών, περιλαμβάνοντας ίσως και τους γιατρούς του ιδιωτικού τομέα. Θα ήταν σκόπιμο στην περίπτωση αυτή, να αναζητηθούν οι απόψεις τους για την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών, σε περισσότερα αλλά και πιο εξειδικευμένα περιστατικά.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ

Κύριος στόχος των κατευθυντήριων γραμμών είναι η υποστήριξη και προώθηση της ορθής κλινικής πρακτικής, κατά το καλύτερο συμφέρον των ασθενών. Μέσω των κατευθυντήριων οδηγιών, τα μέλη της ιατρικής ομάδας, οδηγούνται σε μεγαλύτερη ενότητα, αποκτώντας τη δυνατότητα μιας κοινής δράσης στην προαγωγή της υγείας. Έτσι, επιτυγχάνεται η βελτίωση της ποιότητας και της καταλληλότητας των υπηρεσιών και προάγεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα σε ολόκληρο το σύστημα υγείας.

Η διάδοση των κατευθυντήριων οδηγιών, μπορεί να αποτελέσει βασικό εργαλείο στην επίτευξη του κεντρικού πολιτικού σχεδιασμού. Με την προαγωγή προγραμμάτων που στοχεύουν σε πολλαπλά ακροατήρια (επαγγελματίες, ασθενείς και υπεύθυνους χάραξης πολιτικής) και είναι διαθέσιμα σε κατάλληλες μορφές για τις ομάδες αυτές, υλοποιείται μια βιώσιμη και υψηλής ποιότητας ενημέρωση. Παράλληλα, η επισήμανση των κατευθυντήριων οδηγιών στην προπτυχιακή και κλινική εκπαίδευση των επαγγελματιών της υγείας, καθώς και στη συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη των ομάδων της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να συντελέσει στην αλλαγή της κλινικής συμπεριφοράς των γιατρών.

Η υποστήριξη της χρήσης τους, καθίσταται απαραίτητη, τόσο σε εθνικό, όσο και σε τοπικό επίπεδο. Ο προσδιορισμός των επαγγελματικών, οργανωτικών, οικονομικών, και ρυθμιστικών κινήτρων και αντικινήτρων, για την εφαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών, πρέπει να στοχεύει σε σημαντικά ζητήματα του τομέα της υγείας. Με τον τρόπο αυτό, θα εξυπηρετείται το συμφέρον του ασθενούς και θα γίνονται σεβαστές, τόσο οι επαγγελματικές ευθύνες, όσο και τα δικαιώματα των ασθενών.

Στο πλαίσιο μιας εθνικής υγειονομικής πολιτικής, είναι επίσης σημαντική η εξασφάλιση της αξιολόγησης των ιατρικών πρακτικών, ώστε αυτές να συμμορφώνονται με τα τρέχοντα διεθνώς αποδεκτά πρότυπα. Η ενεργή υποστήριξη και η στοιχειοθετημένη διάδοση των συστάσεων αυτών, προϋποθέτει την ιδιαίτερη προσοχή σε άτομα και οργανώσεις που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της περίθαλψης. Σημαντικό ρόλο στην προσπάθεια αυτή, αποτελεί η προώθηση της διεθνούς δικτύωσης μεταξύ οργανώσεων, ερευνητικών ιδρυμάτων, γραφείων εκκαθάρισης και άλλων φορέων που βασιζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία ιατρικών πληροφοριών.

Ωστόσο, η μεθοδολογία για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών, διαπερνά τα εθνικά σύνορα. Σε διαφορετικά έθνη, αυτές προσαρμόζονται ανάλογα με το περιβάλλον του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και τους ηθικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, νομικούς και άλλους παράγοντες. Η χρήση τους, στο πολύπλοκο περιβάλλον ενός συστήματος υγείας, αποτελεί προϋπόθεση για τη στήριξη της υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε κάθε χώρα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Althabe F, Sosa C, Belizán J, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E: Caesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium- and high-income countries: an ecological study. *Birth* 2006, 33:270-277.
2. World Health Organization: Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985, 2:436-437.
3. World Health Organization: Indicators to monitor maternal health goals. In Report of a Technical Working Group Geneva: WHO; 1994.
4. Lagrew, D.C. and J.A. Adashek (1998), "Lowering the Cesarean Section Rate in a Private Hospital: Comparison of Individual Physicians' Rates, Risk Factors and Outcomes", *Am J Obstet Gynecol*, Vol. 178, pp. 1207-1214.
5. Sachs, B.P., C. Kobelin, M.A. Castro and F. Frigoletto (1999), "The Risks of Lowering the Cesarean-delivery Rate", *New England Journal of Medicine*, Vol. 340, pp. 54-57.
6. World Health Organization, The World Health Report 2005, σελ. 212, <http://www.who.int/whr/2005/annexes-en.pdf>
7. Editorial, Caesarean section on the rise, *The Lancet*, Vol 356, Number 9243, p 1697, 18/11/2000.
8. V.S. Ribeiro, F. P. Figueiredo, A. A. M. Silva, H. Bettioli, R. F. L. Batista, L. C. Coimbra, Z. C. Lamy, M. A. Barbieri, Why are the rates of caesarean section in Brazil Higher in more Developed cities than in less developed ones? *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* (2007) 40: 1211-1222.
9. OECD. OECD health data. Paris: OECD, 2002.
10. Feng L, Yue Y. Analysis on the 45-year caesarean section rate and its social factors. *Med Soc* 2002;15:14-6.
11. Wu WL. Cesarean delivery in Shantou, China: a retrospective analysis of 1922 women. *Birth* 2000;27:86-90.
12. Lin Y, Wen A, Zhang X. [Analysis on the 10-year changes of rates and indications of caesarean section]. *Guangdong Yi Xue* 2000;21:477-8.
13. Zhu L, Zhou B, Hua J. [Study on the situation of caesarean-section in Shanghai]. *Shanghai Yixue Jianyan Zazhi* 1999;22:349-51.

14. Cai WW, Marks JS, Chen CHC, Zhuang YX, Morris L, Harris JR. Increased cesarean section rates and emerging patterns of health insurance in Shanghai, China. *Am J Public Health* 1998;88:777-80.
15. Khawaja M, Kabakian-Kasholian T, Jurdi R. Determinants of caesarean section in Egypt: evidence from the demographic and health survey. *Health Policy* 2004;69:273–281. [PubMed: 15276307].
16. Padmadas SS, et al. Caesarean section delivery in Kerala, India: evidence from a National FamilyHealth Survey. *Social Science and Medicine* 2000;51:511–21. [PubMed: 10868667].
17. Μπάκουλα Κ, Λακέα Β, Καβαδίας Γ, Μακρής Α, Κουτσοβίτης Π, Ματσανιώτης Ν. Περιγεννητική Φροντίδα στην Ελλάδα στα τελευταία 15 έτη: Πρακτικά της Ακαδημίας Αθηνών, Συνεδρία της 20ης Απριλίου 2000.
18. P. Tampakoudis, E. Assimakopoulos, G. Grimbizis, M Zafrakas, G. Tampakoudis, S. Mantalenakis, J. Bontis, Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24-year period in a teaching hospital, *Clinical and experimental, obstetrico & gynecology*, 2004, vol.31, no 4, p 289-292.
19. K. Dinas, G. Mavromatidis, D. Dovas, Ch. Giannoulis, Th. Tantanasis, Ar. Loufopoulos, J. Tzafettas, Current cesarean delivery rates and indications in a major public hospital in northern Greece, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 48: 142-146.
20. E. Mossialos, S. Allin, K. Karras, K. Davaki, An investigation of caesarean section in three Greek hospitals, the impact of financial incentives and convenience, *European Journal of Public Health*, Vol 15, No 3, p. 288-295, 27/5/2005.
21. Declercq, E., F. Menacker and M. Macdorman (2005), “Rise in ‘No Indicated Risk’ Primary Caesareans in the United States, 1991-2001: Cross Sectional Analysis”, *British Medical Journal*, Vol. 330, pp. 71-72.
22. FHF – Fédération hospitalière de France (2008), *Étude sur les césariennes*, FHF, Paris.
23. Belizán, J.M. et al. (1999), “Rates and Implications of Caesarean Sections in Latin America: Ecological Analysis”, *BMJ*, Vol. 319, pp. 1397-1400.
24. Minkoff, H. and F.A. Chervenak (2003), “Elective Primary Cesarean Section”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 348, pp. 946-950.

25. Bewley, S. and J. Cockburn (2002), "The Unethics of 'Request' Caesarean Section", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 109, pp. 593-596.
26. Villar, J. et al. (2006), "Caesarean Delivery Rates and Pregnancy Outcomes: The 2005 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health in Latin America", *The Lancet*, Vol. 367, pp. 1819-1829.
27. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada et al. (2008), "Joint Policy Statement on Normal Childbirth", *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vol. 30, No. 12, pp. 1163-1165.
28. Catherine Deneux-Tharoux, MD, MPH, Elodie Carmona, MPH, Marie-Hélène Bouvier-Colle, PhD, and Gérard Bréart, MD, Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery, (*Obstet Gynecol* 2006;108:541-8).
29. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354(9180):776.
30. Hebert PR, Reed G, Entman SS, Mitchel EF Jr, Berg C, Griffin MR. Serious maternal morbidity after childbirth: Prolonged hospital stays and readmissions. *Obstet Gynecol* 1999;94:942-947.
31. Broe S, Khoo SK. How safe is cesarean section in current practice? A survey of mortality and serious morbidity. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1989;29:93-98.
32. Petitti DB, Cefalo RC, Shapiro S, Whally P. In-hospital maternal mortality in the United States: Time trends and relation to method of delivery. *Obstet Gynecol* 1982;59:6-12.
33. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, Easterling TR. Association between method of delivery and maternal rehospitalization. *JAMA* 2000;283:2411-2416.
34. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J. *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. 2nd ed. Oxford, England: Oxford University Press; 1995.
35. Hemminki W. Impact of cesarean section on future pregnancy: A review of cohort studies. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996;10: 366-379.
36. Why mothers die 1997-1999. Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the United Kingdom. RCOG. 2001.
37. León-Cava N, Lutter C, Ross J, Martin L. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Pan American Health Organization, Washington DC, 2002.

38. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997;100:1035-9.
39. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996;335(10):689-95.
40. . Glazener CM. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Gynaecol* 1997;107:330-5.
41. Farrell SA, Allen VM, Baskett TF. Parturition and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynaecol* 2001;97(3):350-6.
42. Goetsch MF. Postpartum dyspareunia. An unexplored problem. *J Reprod Med* 1999;44:963-8.
43. MacArthur C, Bick DE, Keighley MR. Faecal incontinence after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(1):46-50.
44. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. *CMAJ* 2002;166(3):326-30.
45. Williams A, Herronmarx S, Knib R. The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. *J Clin Nurs* 2007;16:549-61.
46. Glazener CM, Herbison GP, Wilson PD, MacArthur C, Lang GD, Gee H, et al. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomized controlled trial. *BMJ* 2001;323(7313):593-6.
47. . Heffner LJ, Elkin E, Fretts RC. Impact of labor induction, gestational age, and maternal age on cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2003;102(2):287-93.
48. Hildingsson I, Radestad I, Rubertsson C, Waldenstrom U. Few women wish to be delivered by caesarean section. *BJOG* 2002;109(6):618-23.
49. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993;72(4):280-5.
50. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002;287(14):1822-31.

51. Matthews TG, Crowley P, Chong A, McKenna P, McGarvey C, O'Regan M. Rising caesarean section rates: A cause for concern? *BJOG* 2003;110(4):346-9.
52. Joseph KS, Young DC, Dodds L, O'Connell CM, Allen VM, Chandra S, et al. Changes in maternal characteristics and obstetric practice and recent increases in primary cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2003;102(4):791-800.
53. Baicker, K., K.S. Buckles, and A. Chandra, Geographic variation in the appropriate use of cesarean delivery. *Health Aff (Millwood)*, 2006. 25(5): p. w355-67.
54. Weiss JL, M.F., Emig D, Ball RH, Nyberg DA, Comstock CH, Saade G, Eddleman K, Carter SM, Craigo SD, Carr SR, D'Alton ME, Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate - A population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol*, 2004. 190: p. 1091-7.
55. Ehrenberg HM, D.C., Catalano P, Mercer BM, The influences of obesity and diabetes on the risk of caesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2004. 191: p. 969-74.
56. Tjepkema, M., Adult Obesity in Canada: Measured height and weight. . Statistics Canada, (Cat. No. 82-620-MWE2005001).
57. Thomas J, Paranjothy S, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. The National Sentinel Caesarean Section Audit Report. London: RCOG Press; 2001.
58. E. B. Cragin, Conservatism in obstetrics. *N.Y. Med J* 1916; 104: 1-3.
59. Rageth JC, Juzi C, Grossenbacher H. Delivery after previous cesarean: A risk evaluation. *Obstet Gynecol* 1999;93:332-337.
60. Bell JS, et al. Do obstetric complications explain high caesarean section rates among women over 30? A retrospective analysis. *British Medical Journal* 2001;322:894-895. [PubMed: 11302901].
61. Webster LA, et al. Prevalence and determinants of caesarean section in Jamaica. *Journal of Biosocial Science* 1992;24(4):515-25. [PubMed: 1429779].
62. Hofberg, K., & Brockington, I. (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 83-85.
63. Park, C. S., Yeoum, S. G., & Choi, S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing & Health Sciences*, 7, 3-8.

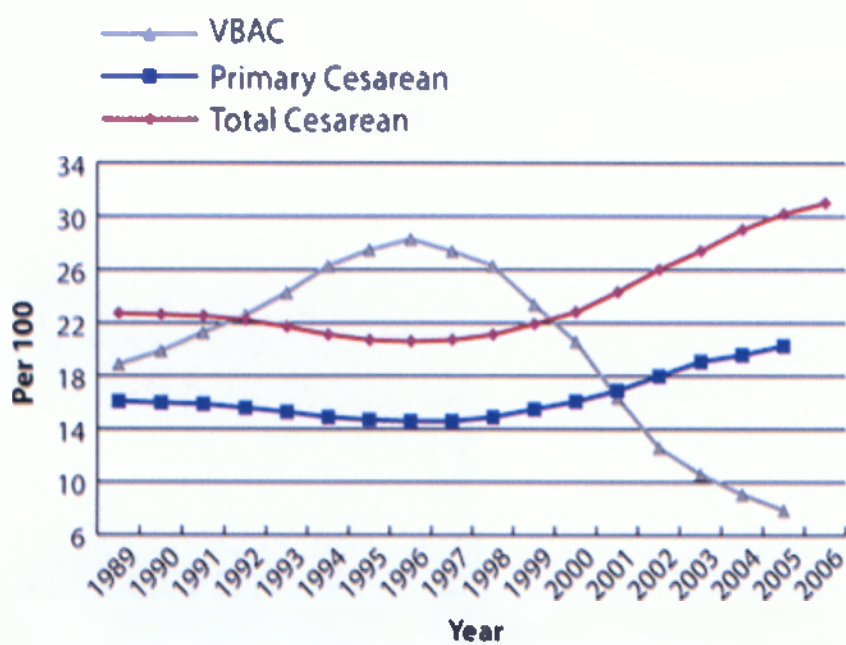
64. Saisto, T. (2001). Obstetric, psychosocial, and pain-related background, and treatment of fear of childbirth. Unpublished doctoral dissertation, University of Helsinki.
65. Bryant, J., Porter, M., Tracy, S. K., & Sullivan, E. A. (2007). Caesarean birth: Consumption, safety, order, and good mothering. *Social Science & Medicine*, 66, 1192-1201.
66. Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T., & Olian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth*, 33, 221-228.
67. McCourt, C., Weaver, J., Statham, H., Beake, S., Gamble, J., & Creedy, D. K. (2007). Elective cesarean section and decision making: A critical review of the literature. *Birth*, 34, 65-9.
68. Penna, L., & Arulkumaran, S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 82, 399-409.
69. McFarlin, B. L. (2004). Elective cesarean birth: Issues and ethics of informed consent. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49, 421-429.
70. Lo, J. C. (2003). Patients' attitudes vs. physicians' determination: implications for cesarean sections. *Social Science & Medicine*, 57, 91-96.
71. Brown, H. S., III. (1996). Physician demand for leisure: Implications for cesarean section rates. *Journal of Health Economics*, 15, 233-242.
72. Viswanathan, M., Visco, A. G., Hartmann, K., Wechter, M. E., Gartlehner, G., Wu, J. M., et al. (2006). Cesarean delivery on maternal request. Evidence Report/Technology Assessment No. 133. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No. 290-02-0016.). Agency of Healthcare Research and Quality Publication No. 06-E009. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
73. Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., & Blackstone, J. (2005). Patient choice cesarean—the Maine experience. *Birth*, 32, 203-206.
74. Cheung, N. F., Mander, R., Cheng, L., Chen, V. V., & Yang, X. Q. (2006). Caesarean decision-making: Negotiation between Chinese women and healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery*, 4(1), 24-30.

75. Bateman, C. (2004). Rendering unto Caesar? *South African Medical Journal*, 94, 800-802.
76. Tsai, Y., & Hu, T. (2002). National health insurance, physician financial incentives, and primary cesarean deliveries in Taiwan. *American Journal of Public Health*, 92, 1514-1516.
77. Cohen, W. R., & Schifrin, B. S. (2007). Medical negligence lawsuits relating to labor and delivery. *Clinics of Perinatology*, 34, 345-360.
78. Α. Λιαρόπουλος, Ο. Σίσκου, Δ. Καϊτελίδου, Μ. Θεοδώρου, Τ. Katostaras, Άτυπες πληρωμές στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα Πολιτική για την υγεία, Τόμος 87, Τεύχος 1, σελίδες 72-81.
79. Gruber, J., Kim, J., & Mayzlin, D. (1999). Physician fees and procedure intensity: The case of cesarean delivery. *Journal of Health Economics*, 18, 473-490.
80. Walker, R., Turnbull, D., & Wilkinson, C. (2004). Increasing cesarean section rates: Exploring the role of culture in an Australian community. *Birth*, 31, 117-124.
81. U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. Retrieved October 29, 2006, from <http://www.healthypeople.gov/About/hpfact.htm>.
82. Audet AM, Greenfield S, Field M. Medical practice guidelines: current activities and future directions. *Ann Intern Med*. 1990;30:709-714.
83. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *CMAJ*. 1997;157:408-416.
84. Balk SJ, Landesman LY, Spellmann M. Centers for Disease Control and Prevention lead guidelines: do pediatricians know them? *J Pediatr*. 1997;131:325-327.
85. Chassin MR. Practice guidelines: best hope for quality improvement in the 1990s. *J Occup Med*. 1990; 32:1199-1206.
86. Lomas J, AndersonGM,Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? the effect ofaconsensus statementonthe practice of physicians.*NEngl JMed*. 1989;321:1306-1311.
87. Field MJ, Lohr MJ, eds. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program*. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

88. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Caesarean Section, Clinical Guideline (Funded to produce guidelines for the NHS by NICE), RCOG Press, 4/2004.
89. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Birth after previous Caesarean Birth, Green-Top Guideline No 45, 2/2007, <http://www.rcog.org.uk/>.
90. M. J. Martel, C. J. MacKinnon et al, Guidelines For Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth, SOGC Clinical Practice Guidelines, No 147, p 660-670, 7/2004.
91. American Academy of Family Physicians, Trial of Labor After Cesarean (TOLAC) , Formerly trial of labor versus elective repeat cesarean section for the woman with a previous cesarean section, 3/2005, <http://www.aafp.org>.
92. www.nice.org.uk/CG013
93. www.rcog.org.uk
94. www.nice.org.uk/CG013NICEguideline
95. Mansfield CD. Attitudes and behaviours towards clinical guidelines: the clinicians' perspective. *Qual Health Care*. 1995;4:350-355.
96. Lohr K. The quality of practice guidelines and the quality of health care. In: Selbmann H-K, ed. *Guidelines in health care*. Baden-Baden: Nomos, 1998.
97. Grimshaw J, Russel I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993;342:1317-22.

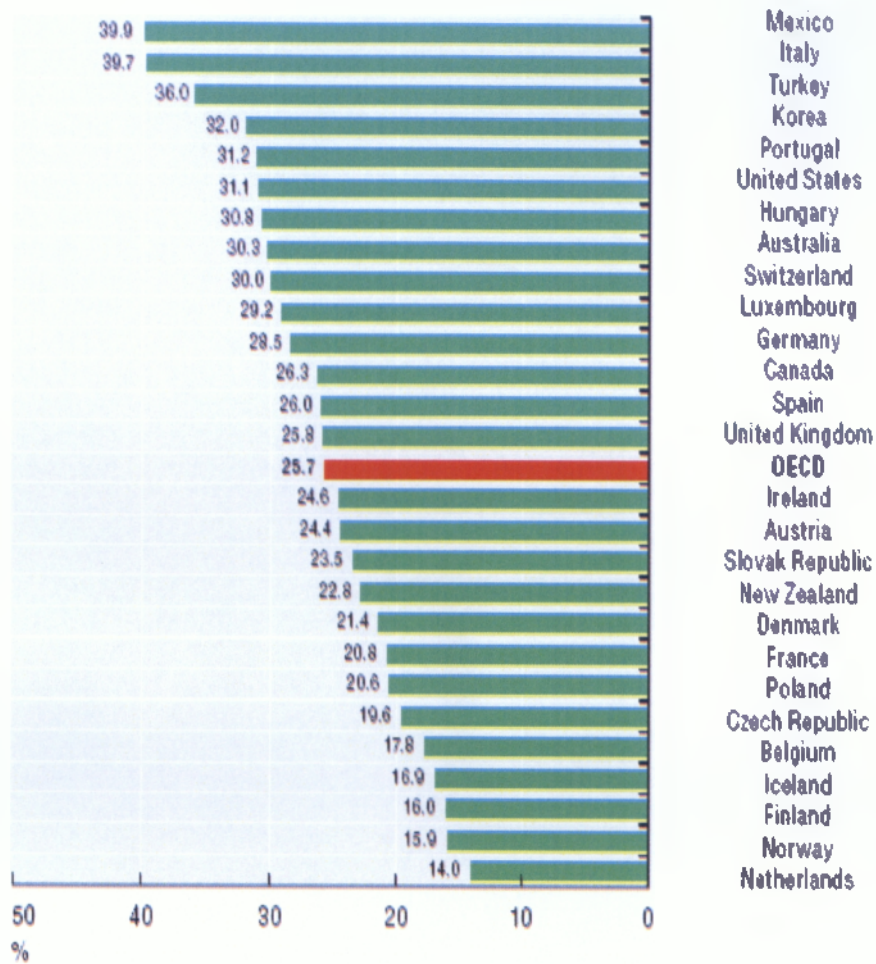
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α ΣΧΗΜΑΤΑ

Σχήμα 1.1 Total cesarean, primary cesarean and vaginal birth after cesarean rates, United States, 1983-2006.



Total cesarean, primary cesarean and vaginal birth after cesarean rates, United States, 1983-2006

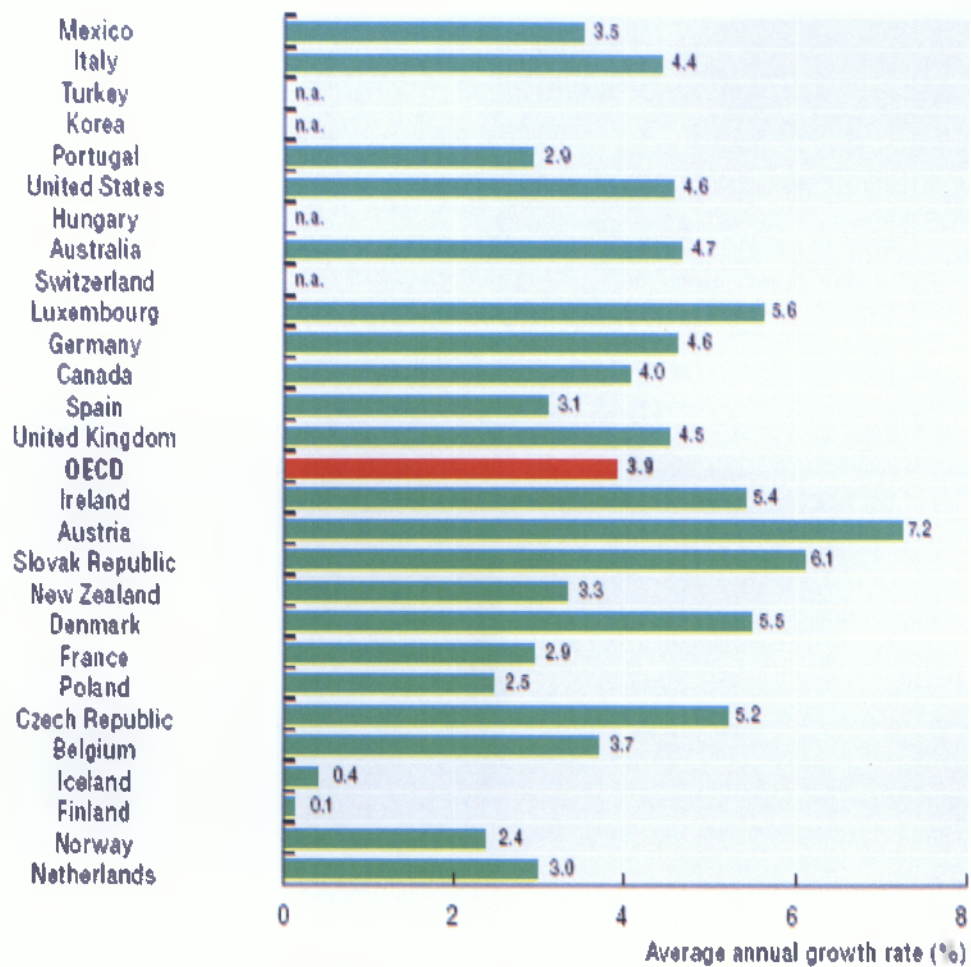
Σχήμα 1.2: Caesarean sections per 100 live births, 2007 (or latest year available)



Average annual growth rate (%)

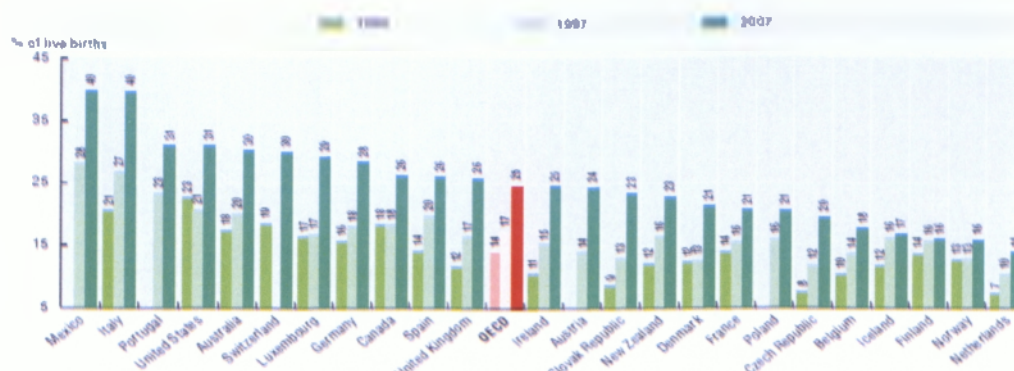
Source: OECD Health Data 2009.

Σχῆμα 1.3: Rise in caesarean sections per 100 live births, 1997-2007 (or nearest year).



Source: OECD Health Data 2009.

Σημια 1.4: Caesarean sections per 100 live birth, 1990–2007 (or nearest year).



Source: OECD Health Data 2009

Σημια 1.5: Trends in caesarean births and institutional births by year and region in China, 1993–2002.

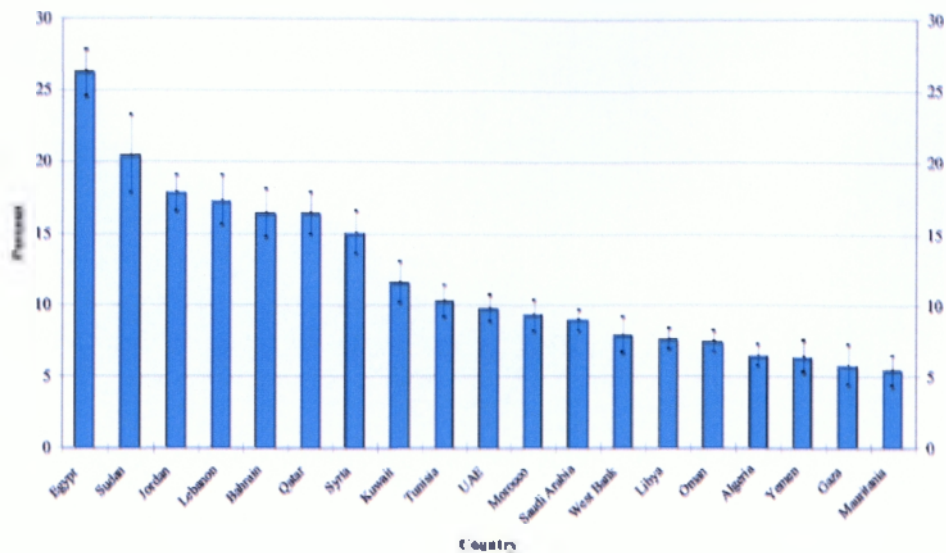
Region	Births by caesarean and/or in institution ^a	Year of birth					Total
		1993–1994	1995–1996	1997–1998	1999–2000	2001–2002	
East	Number of births	242	255	194	193	233	1117
	Overall CS ^b (%)	7.3	10.1	15.5	19.3	24.7	15.1
	Institutional births (%)	65.7	74.1	76.3	89.2	89.3	78.4
Central	Number of births	11.2	13.6	20.4	21.6	27.8	19.3
	Overall CS ^b (%)	3.2	3.3	8.2	14.0	23.5	10.3
	Institutional births (%)	57.2	57.8	71.2	85.6	83.6	70.9
West	Number of births	5.6	5.7	11.5	16.4	28.1	14.6
	Overall CS ^b (%)	3.9	6.4	3.6	9.9	12.5	6.7
	Institutional births (%)	41.7	45.8	50.3	57.1	73.2	52.1
All regions	Number of births	8.8	14.1	7.1	17.2	17.2	12.8
	Overall CS ^b (%)	4.9	6.9	8.3	14.4	20.4	10.6
	Institutional births (%)	53.5	59.2	64.1	77.2	82.2	66.3
	CS within institution (%)	8.9	11.7	13.0	18.8	24.8	15.9

CS: caesarean section

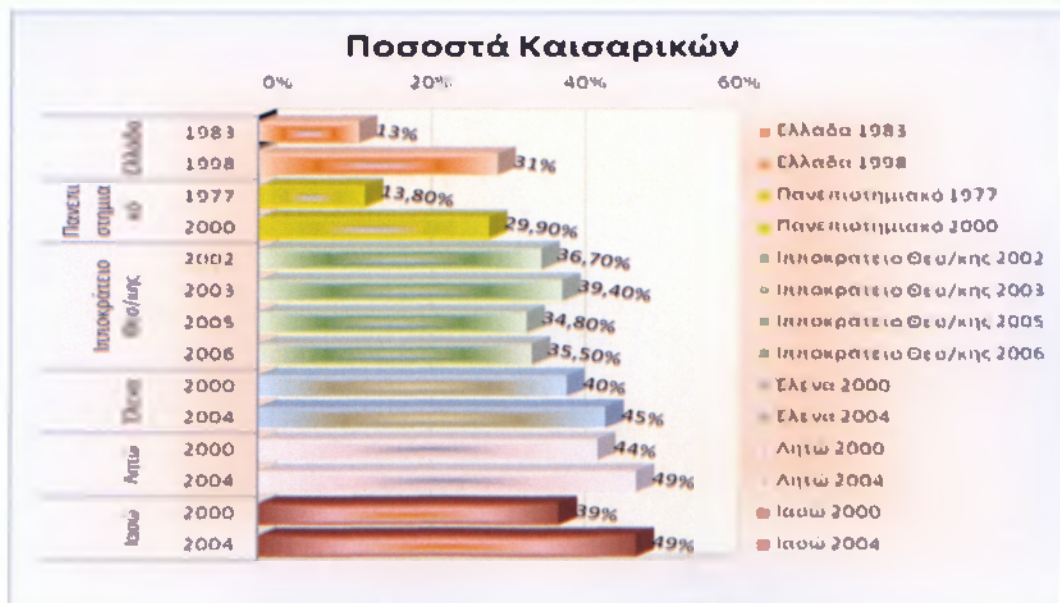
^a The percentages shown are based on weighted data controlling for women aged less than 40 years at delivery.

^b Population-level estimates.

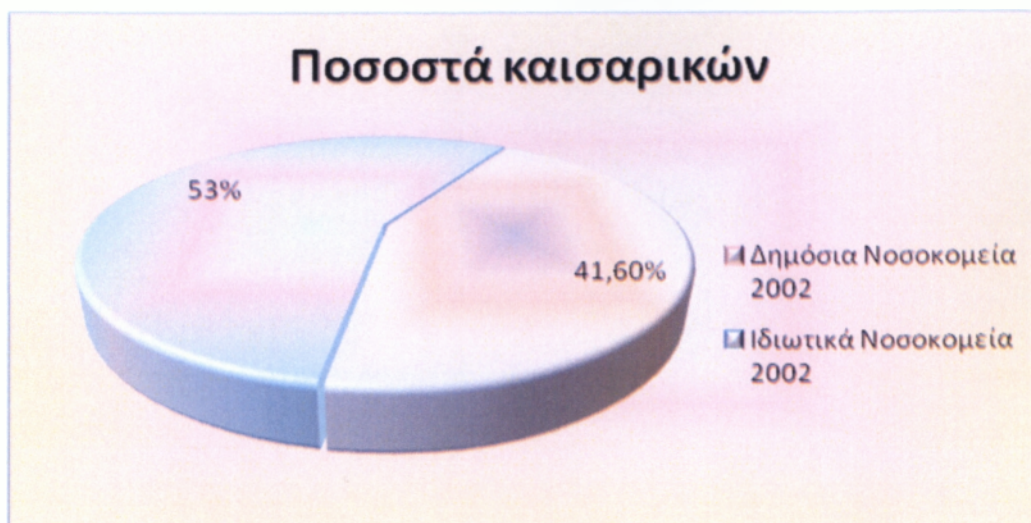
Σχήμα 1.6: Hospital based caesarean section rates in selected Arab countries.



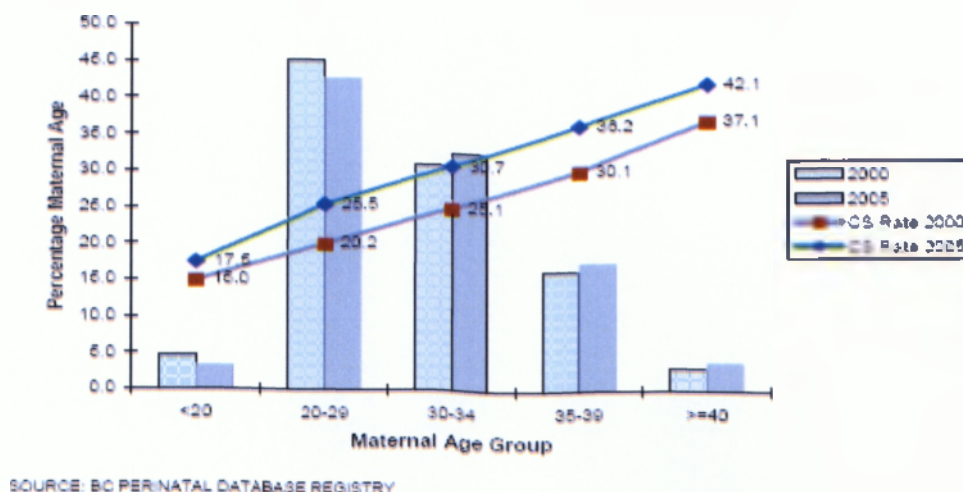
Σχήμα 1.7: Η μεταβολή του ποσοστού των καισαρικών τομών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της Ελλάδας



Σχήμα 1.8: Ποσοστά καισαρικών τομών μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών νοσοκομείων της Αθήνας το 2002.



Σχήμα 3.1: Caesarean birth rate by maternal age groups 2000 and 2005

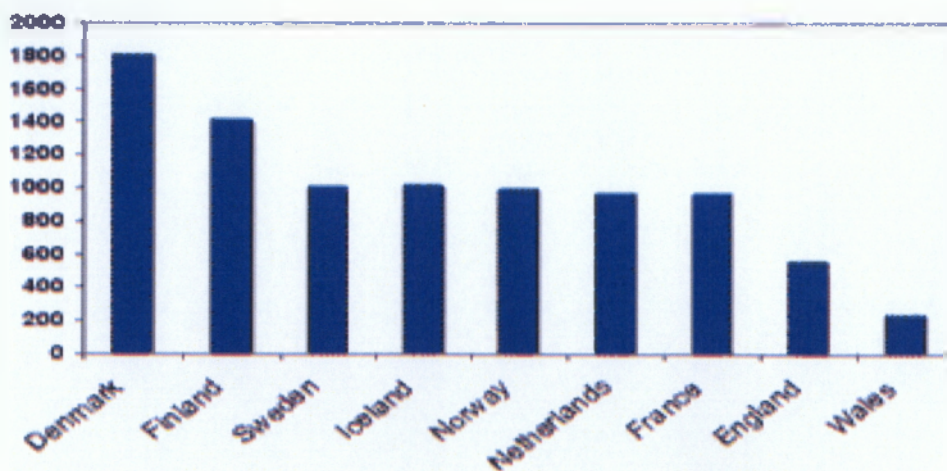


Σχήμα 3.2: Κατανομή των γυναικών, ως προς τον τρόπο τοκετού, με βάση τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

	All women (%)	CS before labour (%)	CS during labour (%)
Maternal age (years)			
12-19	7.4	4.4	9.3
20-24	17.4	6.2	9.9
25-29	26.1	6.8	12.1
30-34	29.9	11.9	13.1
35-39	14.0	15.0	14.3
40-50	2.4	20.1	15.8
Missing data	0.8	11.4	10.0
Ethnicity			
White	84.3	10.2	11.8
Black African	2.0	12.1	21.0
Black Caribbean	1.1	9.5	15.4
Black Other	0.9	10.2	14.3
Bangladeshi	0.7	7.8	11.7
Indian	2.5	9.4	13.9
Pakistani	3.1	8.4	10.4
Chinese	0.8	6.8	12.3
Asian Other	1.4	9.2	15.5
Other	2.1	8.7	13.2
Not known	0.2	7.0	9.4
Missing data	0.7	7.8	9.8

Πηγή : www.nice.org.uk.

Σχήμα 3.3: Number of IVF cycles per million people



Πηγή : www.nice.org.uk.

Σχήμα 3.4: Why Women Choose Cesarean Delivery on Maternal Request (CDMR)

Internal Influences

- Personality
- Views of childbirth
- Meaning of "becoming a mother"
- Previous traumatic birth experiences
- Preexisting emotional problems
- History of physical or sexual abuse

External Influences

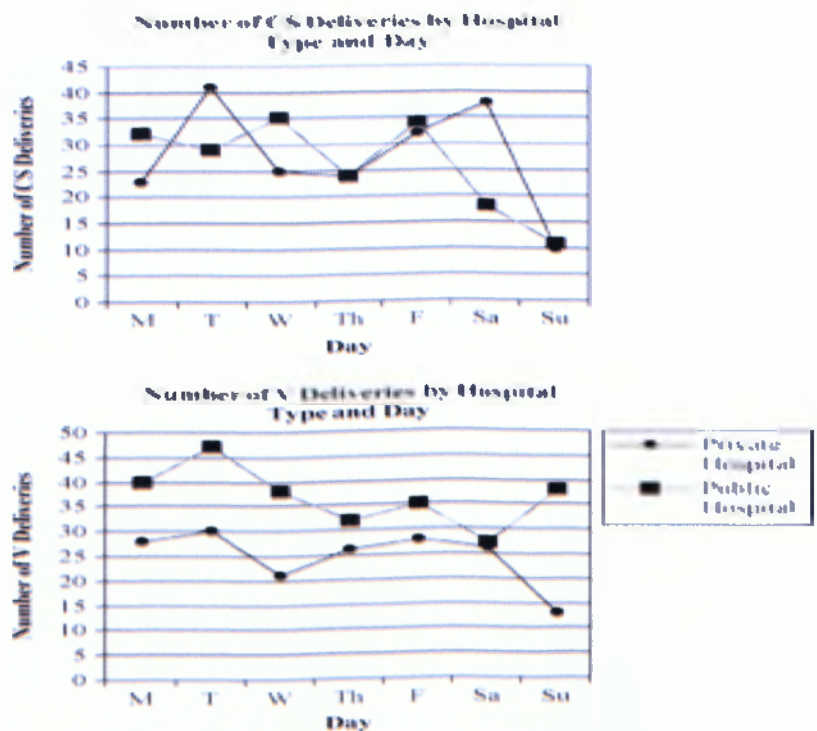
- Family members
- Friends
- Media (Internet, television, newspaper and magazines, celebrities)
- Health care providers

Specific Reasons

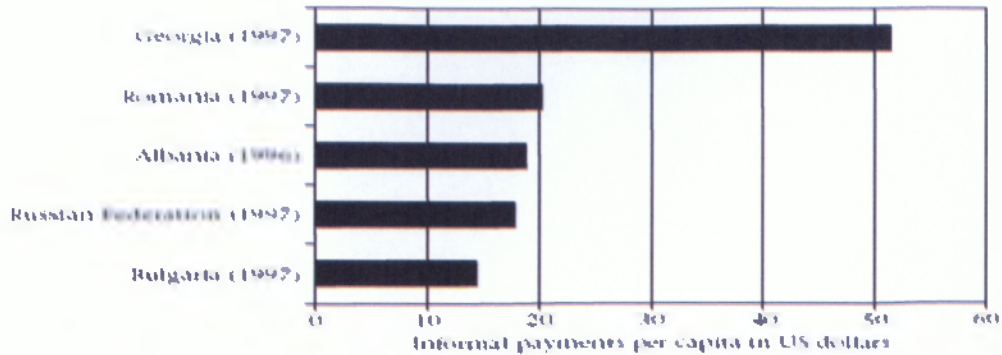
- Perception of increased fetal safety
- Fear for fetus and self
- Convenience and control
- Preservation of body shape and function
- Physician influences

Medscape Source: Neonatal Netw © 2009 Neonatal Netw

Σχήμα 3.5: Αριθμός καισαρικών τομών κατά τύπο νοσοκομείου και ημέρα

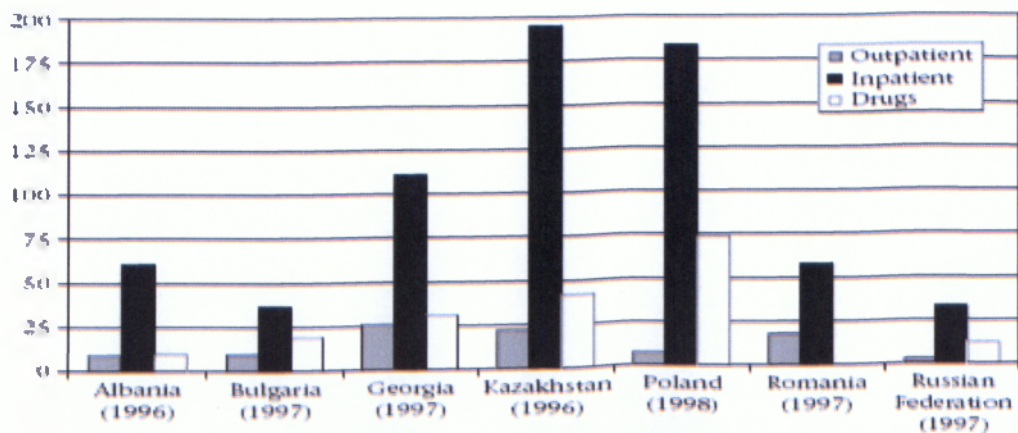


Σχήμα 3.6 : Average informal payments (in 1995 US dollars adjusted for purchasing power parity) per capita for people who sought care in five CEE and FSU countries, 1996 or 1997.



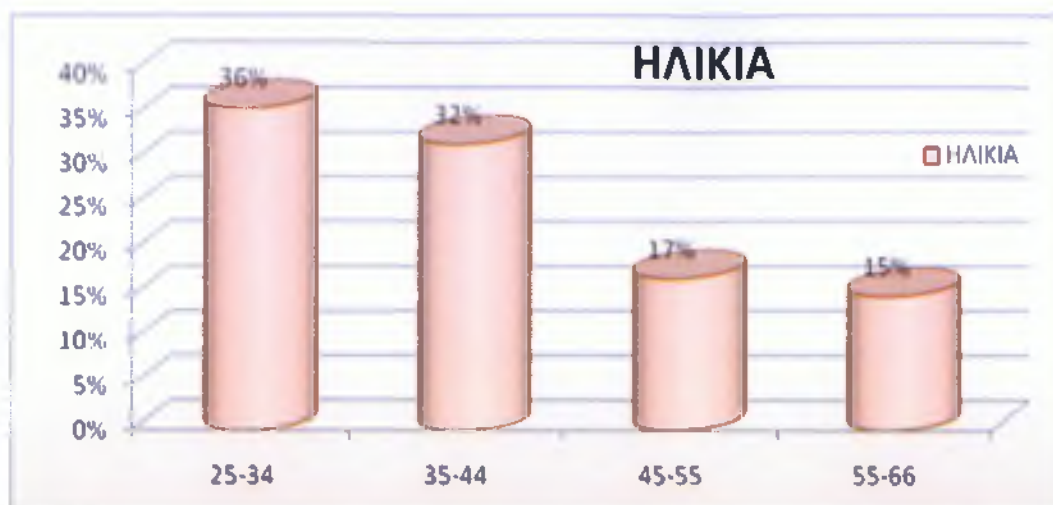
Sources: per-capita income from World Bank (2000d) and informal payments data from World Bank (1996, 1997c, 1999b), Balabanova (1999), Botkov and Feeley (1999) and Feeley *et al.* (1999).

Σχήμα 3.7: Average informal payments (in 1995 US dollars adjusted for purchasing power parity) per visit for outpatient care, inpatient care and drugs for seven CEE and FSU countries, 1996, 1997 or 1998.



Sources: World Bank (1996, 1997c, 1999b), Balabanova (1999), Botkov and Feeley (1999), Feeley *et al.* (1999), GUS (1999) and San *et al.* (2000).

Σχήμα 6.3.1.1: Ποσοστό των γιατρών ανά ηλικιακή ομάδα



Σχήμα 6.3.1.2: Ηλικιακή κατανομή ειδικευομένων



Σχήμα 6.3.1.3: Ποσοστό ειδικευομένων σε σχέση με το σύνολο των νοσοκομειακών γιατρών



Σχήμα 6.3.1.4: Ποσοστό ειδικευομένων σε σχέση με το σύνολο των ερωτηθέντων γιατρών



Σχήμα 6.3.1.5: Ποσοστό το γιατρών με βάση την εκπαίδευσή τους



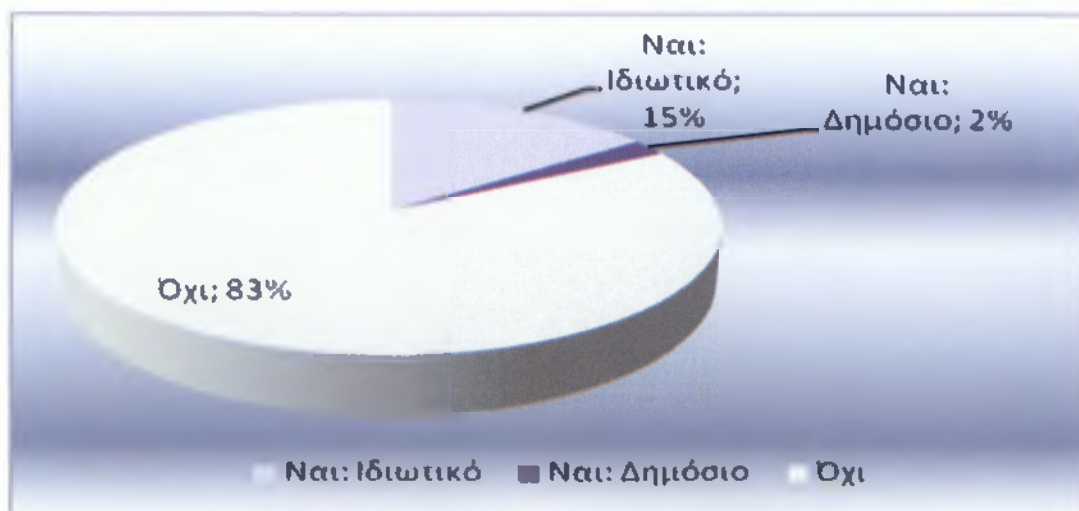
Σχήμα 6.3.1.6: Ποσοστό των γιατρών με βάση την επαγγελματική τους εμπειρία



Σχήμα 6.3.1.7: Ποσοστό των γιατρών ανάλογα με τα έτη που βρίσκονται στον οργανισμό



Σχήμα 6.3.1.8: Ποσοστό των γιατρών με βάση την προϋπηρεσία τους



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Καλαμάτα, 1/03/2010

Συνοδευτική επιστολή

Αγαπητέ Κύριε / Αγαπητή Κυρία,

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι εκπονείται πτυχιακή εργασία με τίτλο:

**«ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ: ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΚΑΛΗΣ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ»**

από τη φοιτήτρια Αγγελική Μηνά στο ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, με επιβλέπουσα την Επίκουρο Καθηγήτρια Α. Καστανιώτη.

- Στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας θα γίνει προσπάθεια καταγραφής και ανάλυσης της γνώσης των μαιευτήρων σχετικά με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Για την υλοποίηση της εργασίας έχει σχεδιαστεί κατάλληλο ερωτηματολόγιο το οποίο είναι συνημμένο.

Η γνώμη σας, μας είναι ιδιαίτερα χρήσιμη για την επιτυχή ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας γι' αυτό παρακαλώ για την συμπλήρωσή του.

Θα ήθελα, επίσης να σας διαβεβαιώσω ότι τα στοιχεία που θα συλλεγούν, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά στα πλαίσια της εργασίας και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν αυστηρά εμπιστευτικές.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία και τον χρόνο που θα διαθέσετε.

Με εκτίμηση

Αικατερίνη Καστανιώτη
Επίκουρος Καθηγήτρια

ΑΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Ερωτηματολόγιο

Στοιχεία ερωτώμενου

Όνομασία Νοσοκομείου:

Προσωπικά στοιχεία

1. Ηλικία

25-34		35-44		45-54		55-65	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

2. Εκπαίδευση

Απόφοιτος Ανώτατης Σχολής	
Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου	
Κάτοχος Διδακτορικού τίτλου	

3. Εμπειρία

Έτη επαγγελματικής εμπειρίας ως μαιευτήρα-γυναικολόγου:

Ειδικευόμενος	Λιγότερο από 3έτη	Από 3 έως 10 έτη	Από 10 έως 20 έτη	Περισσότερο από 20 έτη
---------------	-------------------	------------------	-------------------	------------------------

Από αυτά στον Οργανισμό :..... έτη.

Πριν την πρόσληψη σας στον Οργανισμό είχατε εργαστεί αλλού (Ναι / Όχι) ;

Εάν ΝΑΙ η θέση ήταν :

στον ιδιωτικό τομέα	
στον δημόσιο τομέα	

Ποιο τρόπο τοκετού προτείνετε, στις παρακάτω περιπτώσεις:				
A/A	Χαρακτηριστικά επιτόκου - κύησης	ΚΤ	ΦΤ	ΑΛΛΟ
1	Σε επίτοκο ηλικίας ≤ 21 χρονών			
2	Σε επίτοκο ηλικίας ≥ 38 χρονών			
3	Σε επίτοκο με ιστορικό στένωσης μιτροειδούς			
4	Σε επίτοκο με μυωπία 6 βαθμών			
5	Σε επίτοκο με ηπατίτιδα Β			
6	Σε επίτοκο με ηπατίτιδα C			
7	Σε επίτοκο με HIV			
8	Σε επίτοκο με έρπη γεννητικών οργάνων			
9	Σε επίτοκο με προηγούμενη καισαρική			
10	Σε επίτοκο με προηγούμενη καισαρική που επιθυμεί φυσιολογικό τοκετό			
11	Σε επίτοκο με φυσιολογικό τοκετό που επιθυμεί καισαρική τομή			
12	Μετά από επιθυμία της επιτόκου για απολίνωση σαλπίγγων			
13	Σε πρόωρο τοκετό			
14	Σε έμβρυο small for date			
15	Σε ισχιακή προβολή 36 εβδομάδων			
16	Σε δίδυμη κύηση με το πρώτο έμβρυο σε κεφαλική προβολή			
17	Σε δίδυμη κύηση με το πρώτο έμβρυο σε ισχιακή προβολή			
18	Σε προδρομικό πλακούντα 1 ^{ου} – 2 ^{ου} βαθμού			
19	Σε προδρομικό πλακούντα 3 ^{ου} – 4 ^{ου} βαθμού			
20	Σε IVF, μονήρη κύηση			