

01 ΣΕΠ. 2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΑΚΑΔΗΜΑΙΚΟ ΕΤΟΣ 2007-2008



**ΟΙ ΑΥΧΗΤΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΛΕΚΑΝΟΠΕΔΙΟΥ**

ΚΑΝΑΒΑΡΟΥ ΑΘΗΝΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: Κ. Σουλιώτης

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2009

009610

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1.	Εισαγωγή	3
2.	Υπηρεσίες Υγείας για Γυναικείο Πληθυσμό.....	5
2.1	Μαιευτικές Υπηρεσίες.....	6
2.1.1	Προσφορά.....	9
2.1.2	Ζήτηση.....	10
3.	Καισαρική Τομή	12
3.1	Ιατρική – Επιδημιολογική Προσέγγιση της Καισαρικής Τομής.....	13
3.2	Δεδομένα από τη Διεθνή Εμπειρία.....	15
3.3	Δεδομένα από Ελλάδα.....	20
3.4	Αίτια Αύξησης του Ποσοστού των Καισαρικών Τομών στην Ελλάδα...20	
4.	Έρευνα σε Μαιευτήριο του Λεκανοπεδίου.....	25
5.	Κριτική Αποτίμηση – Συμπεράσματα.....	32
	Βιβλιογραφία.....	34

1) Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια έχουν σημειωθεί ραγδαίες εξελίξεις και μεγάλες αλλαγές στον τομέα των παρερχομένων υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη, οι σημαντικές βελτιώσεις στην εκπαίδευση, τη νοοτροπία, τη στάση ζωής, την επαγγελματική καταξίωση και γενικά την οικογενειακή, την προσωπική και την κοινωνική ζωή των γυναικών, είχαν άλλοτε θετικές και άλλοτε αρνητικές συνέπειες στην υγεία της γυναίκας. Οι αυξημένες ανάγκες του γυναικείου πληθυσμού αποτέλεσαν πρόσφορο έδαφος για τη δημιουργία υπηρεσιών που θα ικανοποιούν τις ανάγκες αυτές και μάλιστα ένα ολόκληρο επιχειρηματικό σύστημα κινήθηκε στην κατεύθυνση της αξιοποίησης του νέου αυτού αγοραστικού κοινού, ανταποκρινόμενο στις απαιτήσεις του.

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας εκφράζουμε την παροχή φροντίδων που προέρχονται από προμηθευτές υγείας όπως νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα - θεραπευτήρια, κέντρα υγείας, φαρμακευτικές εταιρίες, ιατρούς, προμηθευτές ιατρικών μηχανημάτων.

Οι υπηρεσίες υγείας με βάση τον τρόπο οργάνωσης και χρηματοδότησης διακρίνονται σε τρεις μορφές: Η πρώτη μορφή αφορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κλινικές) και χρηματοδοτείται από το κρατικό προϋπολογισμό, στοχεύοντας στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών της υγείας όλου του πληθυσμού, σύμφωνα με το μοντέλο Beveridge για τα εθνικά συστήματα υγείας και το μοντέλο Semashsko το οποίο εκπροσωπεί τα κρατικοποιημένα συστήματα στα σοσιαλιστικά καθεστάτα. Η δεύτερη μορφή αποτελεί το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (δημόσια ταμεία, υπηρεσίες περίθαλψης, ιατρικές μονάδες, ιατροί συμβεβλημένοι) το οποίο βασίζεται στην ύπαρξη και λειτουργία πολλών και διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων τα οποία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, μοντέλο Bismark. Και η τρίτη μορφή αφορά το σύστημα της Ιδιωτικής Υγείας, (διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικά θεραπευτήρια, εξωτερικά ιατρεία). Το μοντέλο της ιδιωτικής υγείας διαμορφώνεται σύμφωνα με την προσφορά και την ζήτηση της αγοράς, οι δε, προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ιδιωτικές και κατά κανόνα και οι δαπάνες. Τέλος οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία είναι η επάρκεια ανθρωπίνων πόρων, οι διαθέσιμοι υλικοί πόροι προς

εκμετάλλευση, το εκάστοτε επιδημιολογικό πρότυπο, η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη ενός τόπου.¹

Η ζωή είναι μια από τις σημαντικότερες αξίες και η υγεία είναι το υπέρτατο αγαθό της ζωής. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα που ενσαρκώνει και τις δυο αυτές αξίες είναι η έγκυος γυναίκα που οφείλει να προστατεύει την υγεία της και του κυοφορούμενου εμβρύου της αφού πρόκειται να φέρει μια νέα ζωή στον κόσμο. Βάσει αυτού εύκολα κανείς μπορεί να καταλάβει ότι οι μαιευτικές υπηρεσίες είναι υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες με τη στενή έννοια του όρου, απευθύνονται όμως και στην οικογένεια και ευρύτερα στην κοινωνία αφού η γέννηση ενός παιδιού αφορά το σύνολο μιας υγιούς κοινωνίας που στόχο της έχει την ευημερία και τη συνοχή.

Η αναπαραγωγικότητα είναι ένα πολύ σημαντικό βιολογικό φαινόμενο και ένα γεγονός που σημαδεύει τη ζωή μιας γυναίκας. Ο τοκετός είναι το τελευταίο στάδιο μιας εγκυμοσύνης. Εξαιτίας διαφόρων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών αλλά και μορφωτικών παραγόντων, οι γυναίκες ωθούνται ολοένα και περισσότερο σε τοκετό με καισαρική τομή.

Στην Ελλάδα τα τελευταία 30 χρόνια υπάρχει αυξητική τάση στη χρήση της καισαρικής τομής και οι λόγοι δεν είναι πάντα ιατρικοί. Τη δεκαετία του 1977-1986, το ποσοστό των καισαρικών από 17,7% έφτασε το 2005 στο 45%. Σε διεθνές επίπεδο μετά από μία συνεχή αύξηση την τελευταία τριαντακονταετία έχει παρατηρηθεί μία μικρή μείωση.² Κατά τις συστάσεις του ΠΟΥ το ποσοστό των καισαρικών δεν πρέπει να ξεπερνά το 15% επί του συνόλου των τοκετών. Το ζήτημα όμως της καισαρικής τομής δεν εξαντλείται στην καταγραφή ποσοστών, αλλά αφορά στην ίδια την υγεία του παιδιού και της μητέρας του.

Έπειτα από πρόσφατη έρευνα στις ΗΠΑ αναφέρθηκε ότι τα μωρά που γεννιούνται με καισαρική τομή διατρέχουν τριπλάσιο κίνδυνο να πεθάνουν τον πρώτο μήνα της ζωής τους σε σύγκριση με όσα έρχονται στη ζωή με φυσιολογικό τοκετό. Αντίστοιχα μετά

¹ <http://www.hrima.gr/article.asp?view=633&ref=621>

² Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία*, σελ. 308

από μελέτη που διενεργήθηκε στη Γαλλία, οι ίδιες οι γυναίκες που υποβάλλονται σε καισαρική τομή διατρέχουν μεγαλύτερους κινδύνους θανάτου από θρομβώσεις, λοιμώξεις ή επιπλοκές στην αναισθησία.

Αναλογιζόμενοι τη σπουδαιότητα των παραπάνω και τη σημασία τους για την εξελικτική πορεία του θέματος, η εργασία αυτή επιχειρεί να εξετάσει σε βάθος τους ιατρικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που οδηγούν όλους τους εμπλεκόμενους στην απόφαση διενέργειας καισαρικής τομής.

Για την ολοκλήρωση της μελέτης αυτής, την καθοδήγηση και τη συμπαράσταση ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μου και επιβλέποντα κ. Σουλιώτη. Σημαντική ήταν η συμβολή του ιατρού γυναικολόγου κ. Ι. Χριστόπουλου καθώς και ομάδα ιατρών ιδιωτικού μαιευτηρίου της Αθήνας.

2) Υπηρεσίες Υγείας για Γυναικείο Πληθυσμό

Οι γυναίκες αποτελούν μια πληθυσμιακή μερίδα από την οποία ζητούνται και στην οποία παρέχονται ιδιαίτερης και ξεχωριστής σημασίας υπηρεσίες υγείας. Η ανάλυση της συνάρτησης κόστους οφέλους αλλά και της προσφοράς με τη ζήτηση, έκανε τα συστήματα υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών να στραφούν στο σχεδιασμό υπηρεσιών υγείας αλλά και ολόκληρων κλινικών που στοχεύουν στην αποκλειστική ικανοποίηση των αναγκών του γυναικείου πληθυσμού. Με την αυξανόμενη ζήτηση τέτοιων υπηρεσιών τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί μια ραγδαία αύξηση στην ίδρυση κλινικών και διαγνωστικών κέντρων που αποσκοπούν στη φροντίδα των γυναικών. Με άλλα λόγια, θέματα υγείας που απασχολούν τις γυναίκες η διενέργεια εξετάσεων (μαστογραφία, τεστ pap, προγεννητικός έλεγχος κλπ.).

Επίσης ένα πολύ σημαντικό ποσοστό της ζήτησης υπηρεσιών απευθύνεται στις γεννήσεις. Είναι λογικό η κάθε γυναίκα να απαιτεί την υψηλότερη ποιότητα της συγκεκριμένης υπηρεσίας όταν πρόκειται να γεννήσει ένα παιδί. Οι αυξημένες απαιτήσεις των γυναικών δεν αποσκοπούν μόνο στην εξασφάλιση της υγείας του επερχόμενου παιδιού αλλά και στην προστασία της δικής τους υγείας. Η γέννηση

ενός παιδιού λοιπόν αποτελεί ένα σημαντικό γεγονός και έτσι βασικός στόχος της πολιτικής υγείας είναι η ελαχιστοποίηση των επιπλοκών κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Σε γενικές γραμμές οι μαιευτικές υπηρεσίες μονοπωλούν τη ζήτηση των εγκύων λόγω της αναγκαιότητας για αποτελεσματική έκβαση της εγκυμοσύνης.

2.1) Μαιευτικές Υπηρεσίες

Ο δημόσιος αλλά και ο ιδιωτικός υγειονομικός τομέας ακολουθούν όπως προαναφέρθηκε αυξητική τάση ανάπτυξης δομών αλλά και εξοπλισμού. Στον τομέα αυτό θα μπορούσε να πει κανείς ότι η γυναίκα τυγχάνει της ευνοϊκότερης των μεταχειρίσεων όταν σκεφτεί τις δυνατότητες που έχει σε πλήθος άλλων υπηρεσιών. Η δέσμη των υπηρεσιών, η ποσότητα αλλά και η ποιότητά τους είναι στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα με την τιμή των υπηρεσιών και της ζήτησης. Η ανάγκη γεννά ζήτηση και η ζήτηση γεννά την προσφορά. Αυτές δεν είναι έννοιες που μεταφράζονται αποκλειστικά με οικονομικούς όρους, πολύ συχνά είναι έννοιες που αποτυπώνουν τις κοινωνικές αξιώσεις του γυναικείου πληθυσμού, το επίπεδο της γνώσης, ακόμα και τα σύγχρονα κοινωνικά status. Για τους λόγους αυτούς και για πληθώρα άλλων σκόπιμο είναι να εξεταστεί η ζήτηση και η προσφορά ξεχωριστά η καθεμία αλλά και σε συνδυασμό προκειμένου να ερμηνευτούν στατιστικά στοιχεία, τα φαινόμενα της αγοράς, του ολιγοπωλιακού ανταγωνισμού και των οικονομικών των μαιευτικών υπηρεσιών.

Η αγορά των μαιευτικών υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από κυριαρχία του παραγωγού και αδυναμία του αγοραστή. Το τίμημα αυτής της ανισορροπίας είναι το υψηλό κόστος και η χαμηλή αξία των παρεχομένων υπηρεσιών. Η μετεξέλιξη των ταμείων υγείας αλλά και των ασφαλιστικών εταιριών σε στρατηγικούς επενδυτές πόρων, που σκοπεύουν στη μεγιστοποίηση των βελτιώσεων στην υγεία των ασφαλισμένων τους, απαιτεί τη βελτίωση της τεχνογνωσίας και της διαπραγματευτικής ικανότητάς τους, αλλά και την αποκατάσταση του μηχανισμού των τιμών.³

Ο τομέας των μαιευτικών υπηρεσιών καταλαμβάνει το 17% περίπου στην συνολική ιδιωτική αγορά υπηρεσιών υγείας. Ιδιαίτερη συγκέντρωση της ιδιωτικής υποδομής

³ <http://books.phigita.net/isbn/9789602182260>

παρουσιάζεται στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, στην οποία συγκεντρώνεται το 40% των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών και το 48,3 % των ιατρών.⁴ Αυτό φαίνεται να είναι η αιτία της μεγάλης συγκέντρωσης πληθυσμού από την περιφέρεια προς το κέντρο. Είναι λογικό και επόμενο από όσα προαναφέρθηκαν να συμπεράνει κανείς ότι οι γυναίκες αποτελούν μια συμπερότερη πληθυσμιακή ομάδα για τις υπηρεσίες υγείας. Βασισμένη σ' αυτή τη λογική η επενδυτική δραστηριότητα βρίσκει πρόσφορο έδαφος στον τομέα τέτοιου είδους υπηρεσιών, που ενισχύεται ακόμα περισσότερο με την επιλογή της εξωσωματικής γονιμοποίησης από πληθώρα ζευγαριών, επίσης με τη διαδικασία του προγεννητικού ελέγχου καθώς και με ένα μεγάλο αριθμό προληπτικών και διαγνωστικών υπηρεσιών για τις γυναίκες.

Το σύστημα αυτό είναι εξαιρετικά κερδοφόρο και για το λόγο αυτό αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς. Τα κέρδη των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών έχουν αυξηθεί μέσα στην τελευταία πενταετία πάνω από 230%. Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος του τοκετού αρκετές φορές είναι δυσβάστακτο καθώς μπορεί να φτάσει μέχρι και τις 10.000 ευρώ, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του καλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Η ιδιωτικοποίηση της περιγεννητικής φροντίδας, κοστίζει πολλά δισεκατομμύρια, που βέβαια βγαίνουν από τις τσέπες των πολιτών, της ίδιας της ελληνικής οικογένειας.

Αυτό είναι αποτέλεσμα της εκρηκτικής και ανεξέλεγκτης ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα τα τελευταία χρόνια και της αποδυνάμωσης των μαιευτικών κλινικών στα δημόσια νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι στην περιοχή της Αττικής οι γεννήσεις είναι 37% στο δημόσιο τομέα και 63% στον ιδιωτικό, ενώ στην υπόλοιπη χώρα τα ποσοστά είναι 45% και 55% αντίστοιχα. Επισημαίνεται επίσης ότι είναι σημαντικές οι ελλείψεις ιατρών και μαιών στις δημόσιες μαιευτικές κλινικές (Ε.Σ.Υ. και πανεπιστημιακές), η μη ανανέωση του εξοπλισμού, η έλλειψη επαρκούς χώρου, καθώς και το σύστημα εφημεριών, το οποίο δυστυχώς περιορίζει το δικαίωμα της γυναίκας να επιλέξει ιατρό ή μαία για τον τοκετό της.⁵

Γενικά, η εθνική πολιτική υγείας στοχεύει στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας για την οικογένεια και ακόμα ειδικότερα για την έγκυο γυναίκα με το χαμηλότερο

⁴ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία*, σελ 133

⁵ <http://www.paidiatros.gr/index.php?cid=1&id=162&st=2>

δυνατό κόστος. Είναι ευρέως γνωστό ότι η εθνική πολιτική δεν έχει επιτύχει το στόχο αυτό αλλά είναι και αρκετά μακριά από ένα τουλάχιστον ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Το μεγαλύτερο κομμάτι της πίτας εκμεταλλεύεται ο ιδιωτικός τομέας και ένα πολύ μικρότερο αναλαμβάνει ο δημόσιος λόγω της έλλειψης ανταγωνιστικών συνθηκών. Αυτό είναι ένα φαινόμενο της αγοράς που αξίζει να αναλυθεί και να ερμηνευτεί προκειμένου να αποτυπωθεί σε αποτέλεσμα η συνάρτηση προσφοράς και ζήτησης. Οι κυριότεροι λόγοι που παρουσιάζονται να είναι καταλυτικοί σχετίζονται αρχικά με τη φύση του τοκετού, ο οποίος έχει πάρει τη μορφή μιας διαδικασίας που επιτάσσει η κοινωνία να γίνεται κάτω από συγκεκριμένα standards. Σε δεύτερο επίπεδο σχετίζονται με την ανεπαρκή ανάπτυξη των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών στην επαρχία με αποτέλεσμα την προσέλευση επιτόκων σε μαιευτήρια της Αθήνας. Τέλος σχετίζονται με την υπερπροσφορά ειδικών ιατρών που παρέχουν ειδικές υπηρεσίες υγείας αναμένοντας να τους αποφέρουν το ανάλογο μέγιστο κέρδος.⁶

Η αδυναμία ευελιξίας των δημόσιων μαιευτηρίων να συνεργαστούν με ιδιώτες γιατρούς – μαιευτήρες αυξάνει τις γεννήσεις και αντίστοιχα τα κέρδη των ιδιωτικών κλινικών. Πολλοί οικονομολόγοι και επαγγελματίες της υγείας έχουν κατά καιρούς επισημάνει τη σημασία και τη σπουδαιότητα των συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτών ιατρών. Δυστυχώς κάτι τέτοιο δεν έχει βρει ακόμα το δρόμο του και τα δημόσια μαιευτήρια προσελκύουν πλειοψηφικά αλλοδαπές και οικονομικά ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Όπως προαναφέρθηκε οι έννοιες της προσφοράς και της ζήτησης είναι σκόπιμο να εξεταστούν ξεχωριστά ως δύο από τις βασικότερες μεταβλητές που συνδέονται με τη χρήση των μαιευτικών υπηρεσιών.

Η πραγματική επίδραση της οικονομίας στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού εκτιμάται από την οργανωτική δομή μιας κοινωνίας, από την οργάνωση της οικονομίας, και της μορφής της κοινωνικής διαστρωμάτωσης σε σχέση με την παραγωγή.

⁶ Ματσαγγάνης Μ. (2001), *Η Οικονομία των Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα*, σελ 31

2.1.1) Προσφορά

Ο νόμος της προσφοράς και της ζήτησης είναι ένας από τους σημαντικότερους, βασικότερους και διαχρονικούς νόμους της οικονομίας. Η προσφορά και η ζήτηση αφορά δύο ανθρώπινες ομάδες: τους καταναλωτές ή τους αγοραστές που διαμορφώνουν με τις αγορές τους τη ζήτηση και τους πωλητές που καθορίζουν την προσφορά. Επίσης ο νόμος της προσφοράς μας λέει ότι όταν αυξάνεται η τιμή ενός προϊόντος αυξάνεται και η ποσότητα που προσφέρει ο παραγωγός ενώ η μείωση της τιμής φέρνει ως συνέπεια τη μείωση της ποσότητας που προσφέρεται.

Οι γυναικολογικές – μαιευτικές υπηρεσίες σύμφωνα με στοιχεία του 2004 συμμετέχουν με το 11,6 % του συνόλου των θεραπευτηρίων.⁷ Η ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας ευνοείται από τη σταθερότητα της ζήτησης και ακόμα περισσότερο από την επιλογή ιατρού από την χρήστη και κατ' επέκταση από την επιλογή της κλινικής.

Με την προϋπόθεση ότι η ζήτηση για τοκετούς είναι σταθερή (περίπου 100.000 ετησίως), η προσφορά οφείλει να προσανατολιστεί στην ικανοποίησή της⁸. Στις μαιευτικές υπηρεσίες κυριαρχεί η παροχή υπηρεσιών του ιδιωτικού υγειονομικού τομέα. Παρατηρείται μια υπεροχή του ιδιωτικού τομέα στη διαθεσιμότητα των μαιευτικών κλινών και όχι μόνο. Οι εγκαταστάσεις, το ιατρικό προσωπικό, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, αλλά και η δυνατότητα πολλαπλών επιλογών καθιστούν τον ιδιωτικό τομέα τρομερά ανταγωνιστικό, και ως εκ τούτου αποδοτικό και κερδοφόρο.

Η προσφορά είναι συνήθως αποτέλεσμα της ζήτησης και στοχεύει στην ικανοποίησή της γι' αυτό και είναι εξαιρετικής σημασίας να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνεται η μεταβλητή της προσφοράς στην αγορά της ζήτησης. Επιπλέον σημαντικό στοιχείο είναι το συνολικό μέγεθος των δαπανών υγείας που η συγκεκριμένη αγορά απορροφά ως ένα τμήμα της συνολικότερης αγοράς των υπηρεσιών υγείας. Η ανταπόκριση της προσφοράς στη ζήτηση στην περίπτωση των

⁷ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία, Σουλιώτης*, σελ 132

⁸ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία, Ο Καταμερισμός της Εργασίας στην Οικογένεια και η Συμβολή της Γυναίκας στην Επένδυση του Κεφαλαίου Υγείας*, Γ. Κυριόπουλος, σελ 30

μαιευτικών υπηρεσιών εξαρτάται από το υπόδειγμα χρήσης των υπηρεσιών στη χώρα και από την ευκολία πρόσβασης στον ειδικό ιατρό και στο νοσοκομείο που θα γίνει ο τοκετός.

Με δεδομένο μέγεθος ζήτησης και αυξανόμενη προσφορά ειδικών ιατρών ασκείται πίεση προς το δημόσιο τομέα και αυξάνουν οι γεννήσεις στα ιδιωτικά μαιευτήρια. Έτσι, ο συνολικός αριθμός των ιατρών στους οποίους μπορούν να απευθυνθούν οι γυναίκες σε συνδυασμό με τη χρηματοδότηση των τοκετών από το ΕΣΥ είναι τα σημεία που καθορίζουν την κατανομή του μεγέθους των μαιευτικών υπηρεσιών μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Παράλληλα οι νοσοκομειακές υποδομές σε συνδυασμό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες ασκούν επίδραση στην τελική επιλογή των χρηστών. Βλέπουμε λοιπόν ότι περίπου το 70% των γεννήσεων λαμβάνει χώρα σε ιδιωτικές μαιευτικές μονάδες και το υπόλοιπο ποσοστό σε δημόσιες.

2.1.2) Ζήτηση

Η ζήτηση ενός προϊόντος είναι η επιθυμία του καταναλωτή/χρήστη να αγοράσει/χρησιμοποιήσει κάποια ποσότητα αγαθού σε συγκεκριμένη τιμή. Η προσφορά εκφράζει την επιθυμία του παρόχου να πουλήσει μια ποσότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας σε μια συμφέρουσα τιμή.

Με λίγα λόγια ο νόμος της ζήτησης εξηγεί το ότι όσο αυξάνεται η τιμή ενός προϊόντος, μειώνεται η ποσότητα που ζητά ο αγοραστής, ενώ όσο μειώνεται η τιμή αυτού του προϊόντος αυξάνεται η ποσότητα που ζητείται. Εξαιρετικής σημασίας είναι το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης στις υπηρεσίες υγείας. Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι η ζήτηση που δεν αντιστοιχεί σε υπαρκτές ανάγκες υγείας, αλλά προκαλείται από άλλους παράγοντες. Ο πιο σημαντικός από τους παράγοντες αυτούς είναι ο ίδιος ο γιατρός, που προκαλεί αύξηση της ζήτησης των ιατρικών υπηρεσιών, με σκοπό την άμεση ή έμμεση αύξηση των αποδοχών του.

Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, μπορεί να προκληθεί για εκπαιδευτικούς και ερευνητικούς λόγους, για την πλήρωση κενών

νοσηλευτικών κρεβατιών, ή για την ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών, κυρίως όταν αυτοί δεν είναι σωστά πληροφορημένοι.

Από τη σκοπιά των οικονομικών της υγείας, το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης ερμηνεύεται με βάση το σημείο ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή το σημείο όπου η ζήτηση ισούται με την προσφορά. Αν αυξηθούν οι γιατροί και επομένως και η προσφορά υπηρεσιών, τότε οι τιμές θα μειωθούν και η ποσότητα των υπηρεσιών θα αυξηθεί.⁹

Η ζήτηση είναι η κινητήριος δύναμη της αγοράς. Είναι η μεταβλητή που αποτελείται από τη συνολική ζήτηση υπηρεσιών ενός συγκεκριμένου κάθε φορά καταναλωτικού κοινού για συγκεκριμένη δέσμη υπηρεσιών. Στην προκειμένη των περιπτώσεων η πληθυσμιακή ομάδα που διαμορφώνει τη ζήτηση είναι οι επίτοκες.

Η ζήτηση είναι λίγο πολύ δεδομένη και οφείλεται στην απόφαση κάθε γυναίκας να τεκνοποιήσει. Αυτό όμως που συμβαίνει είναι η εκδήλωση προκλητής ζήτησης στην επιλογή τρόπου τοκετού. Αυτή η επιλογή καθορίζεται από την ίδια την πρόγνωση και τις ενδεχόμενες επιπλοκές μιας εγκυμοσύνης, αλλά και από τις εκάστοτε επιλογές και προτιμήσεις του ιατρού και της επιτόκου. Η μεγαλύτερη αμοιβή του ιατρού στην περίπτωση της καισαρικής τομής επηρεάζει την τελική απόφασή του καθώς και η αδυναμία πρωτοβουλίας της επιτόκου.

Το συνολικό κόστος ενός τοκετού στα δημόσια μαιευτήρια διαμορφώνεται διαφορετικά σε σχέση με τα ιδιωτικά. Οι τιμές δεν καλύπτουν το κόστος λειτουργίας των δημόσιων κλινικών μαιευτικών μονάδων, οι οποίες επιχορηγούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό, οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επιτρέπεται να ζητήσουν αμοιβή για τις υπηρεσίες τους ενώ παράλληλα προσφέρουν υπηρεσίες χωρίς καμία αποζημίωση σε περιπτώσεις ανασφάλιστων και άπορων.

Από την άλλη το συνολικό κόστος του τοκετού και η αμοιβή του ιατρού σε ένα ιδιωτικό μαιευτήριο καθορίζεται ελεύθερα από την αγορά κι έτσι διογκώνεται η ιδιωτική δαπάνη. Αυτές οι δύο παράμετροι καθορίζουν το πρόβλημα της υψηλής

⁹ Ματσαγγάνης Μ. (2001), *Η Οικονομία των Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα*, σελ.30-31

επιβάρυνσης των μαιευτικών υπηρεσιών, το οποίο σχετίζεται κυρίως με την επιλογή μαιευτήρα και τον τρόπο πρόσβασης της εγκύου γυναίκας στο συγκεκριμένο επαγγελματία. Η έλλειψη εμπιστοσύνης προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι αυτή που αυξάνει το μερίδιο αγοράς του ιδιωτικού τομέα. Κατά τα άλλα η υποδομή του δημόσιου τομέα είναι ικανή να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στη δεδομένη ζήτηση. Ο δημόσιος τομέας υστερεί στο επίπεδο των ξενοδοχειακών υπηρεσιών, αλλά όχι στην ποιότητα της περίθαλψης. Προς απόδειξη αυτού, οι περισσότερες ιδιωτικές μαιευτικές κλινικές συνηθίζουν να μεταφέρουν τους ασθενείς που υφίστανται σοβαρές επιπλοκές σε δημόσια νοσοκομεία.

3) Καισαρική Τομή

Με τη μέθοδο αυτή η γέννηση του παιδιού γίνεται με τομή στα τοιχώματα της κοιλιάς και της μήτρας της μέλλουσας μητέρας. Η προέλευση της λέξης «καισαρική» δεν είναι σαφής. Λέγεται ότι οφείλει το όνομά της στον καισαρικό νόμο, ο οποίος στα ρωμαϊκά χρόνια υποχρέωνε την εξαγωγή του βρέφους από την κοιλιά της μητέρας του, αν αυτή τύχαινε να πεθάνει στον τοκετό. Σύμφωνα με μία εκδοχή οφείλεται στον Ιούλιο Καίσαρα, που γεννήθηκε μ' αυτόν τον τρόπο (1ος αιώνας π.Χ.). Μία άλλη εκδοχή μιλάει για έναν κυβερνήτη της Ρώμης τον 8ο αιώνα π.Χ., ο οποίος επέβαλλε την μεταθανάτια επέμβαση σε μητέρες που έχαναν τη ζωή τους στο τέλος της κύησης, με σκοπό να σωθεί το έμβρυο. Υπάρχει και τέταρτη εκδοχή, που αναφέρεται στην λατινική λέξη του Μεσαίωνα «caedere», που σημαίνει «τέμνω».

Η καισαρική είναι μια χειρουργική επέμβαση που απαιτεί ολική νάρκωση και γίνεται για διάφορους λόγους και μόνο όταν υπάρχει σοβαρή αιτία. Λόγω του ότι οι γεννήσεις με καισαρική τομή έχουν σημειώσει τρομακτική αύξηση σκόπιμο είναι να εξεταστούν όλες οι παράμετροι που οδηγούν στην επιλογή της συγκεκριμένης μεθόδου τοκετού.¹⁰

Κατά τη διαδικασία της καισαρικής τομής η γυναίκα οδηγείται στο χειρουργείο και της χορηγείται αναισθησία (είτε γενική, είτε επισκληρίδιος ή ραχιαία). Ο

¹⁰<http://health.in.gr/pregn/Article.asp?ArticleId=17756&CurrentTopId=17670&IssueTitle=%C5%E3%EA%F5%EC%EF%F3%FD%ED%E>

γυναικολόγος συνήθως κάνει μια μικρή οριζόντια τομή στο κατώτερο μέρος της κοιλιάς και αφού ανοίξει τα κοιλιακά τοιχώματα κάνει μια τομή στην μήτρα και βγάζει το έμβρυο και το παραδίδει στη ομάδα περιποίησης του νεογνού. Στη συνέχεια αφού αφαιρέσει και τον πλακούντα ράβει τη μήτρα και τα κοιλιακά τοιχώματα μέχρι το δέρμα της κοιλιάς. Ενώ το νεογνό βγαίνει σε μερικά λεπτά από την έναρξη του χειρουργείου, η διαδικασία της αποκατάστασης της μήτρας και των τοιχωμάτων της κοιλιάς μπορεί να πάρει αρκετή ώρα, προκειμένου να εξασφαλιστεί επαρκής αιμόσταση και να γίνουν όλοι οι απαραίτητοι έλεγχοι. Μετά το πέρας της διαδικασίας η γυναίκα συνήθως αισθάνεται ήπια ναυτία, ιδίως αν έχει λάβει γενική αναισθησία. Μόλις περάσει το πρώτο 24ωρο νοσηλεύτριες θα βοηθήσουν τη γυναίκα να σηκωθεί από το κρεβάτι και θα την ενθαρρύνουν να αρχίσει να κινείται, προκειμένου να μειωθεί η πιθανότητα ανάπτυξης θρόμβων στα κάτω άκρα. Υπάρχουν πλέον πάρα πολλά και πολύ αποτελεσματικά παυσίπονα φάρμακα, οπότε η γυναίκα θα πρέπει να ζητήσει επαρκή αναλγησία αν αισθάνεται ότι πονάει. Μέσα στο επόμενο 24ωρο θα αφαιρεθούν οι ενδοφλέβιοι οροί και ο ουροκαθετήρας και η γυναίκα μπορεί να αρχίσει να πίνει υγρά και σιγά-σιγά να σιτίζεται με σούπες. Τα ράμματα του δέρματος αν δεν είναι απορροφήσιμα αφαιρούνται σε 5-6 ημέρες. Η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση, στην οποία είναι αρκετά πιθανόν να συμβούν απρόοπτα. Η περισσότερο συνήθης επιπλοκή της καισαρικής τομής είναι η λοίμωξη και ο μετεγχειρητικός πυρετός, τα οποία αναγκαστικά παρατείνουν την παραμονή της γυναίκας στο νοσοκομείο. Άλλες επιπλοκές είναι η μεγάλη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και οι βλάβες της μήτρας ή παρακείμενων οργάνων. Ευτυχώς η συχνότητα αυτών των επιπλοκών είναι χαμηλή.¹¹

3.1) Ιατρική – Επιδημιολογική Προσέγγιση της Καισαρικής Τομής

Η καισαρική τομή διαχωρίζεται σε προγραμματισμένη και επείγουσα. Η προγραμματισμένη γίνεται όταν ο φυσιολογικός τοκετός είναι αδύνατος είτε επικίνδυνος για τη μητέρα ή το έμβρυο. Οι ενδείξεις για προγραμματισμένη καισαρική τομή μπορεί να είναι απόλυτες ή σχετικές. Οι απόλυτες ενδείξεις περιλαμβάνουν:

¹¹ www.synidisi.gr

- Προδρομικό ή επιπωματικό πλακούντα
- Εγκάρσιο σχήμα του εμβρύου
- Πολύδυμη κύηση ή δίδυμη κύηση όταν το πρώτο έμβρυο δεν έχει κεφαλική προβολή
- Όγκοι, ινομοιώματα που εμποδίζουν το φυσιολογικό τοκετό
- Κλασσική καισαρική τομή (λόγω του μεγάλου μήκους και της κάθετης τομής της μήτρας παρατηρείται αυξημένη πιθανότητα πρόωρου τοκετού και ρήξης της μήτρας στην επόμενη εγκυμοσύνη)
- Προηγούμενη εκπυρήνιση ινομοιώματος από το συνολικό πάχος του μυομητρίου με διάνοιξη της ενδομητρικής κοιλότητας.
- Υπάρχει ασυμβατότητα Ρέζους ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό
- Ύπαρξη νευρολογικών και αιματολογικών παθήσεων της μητέρας

Οι σχετικές ενδείξεις περιλαμβάνουν :

- Ισχιακή προβολή του εμβρύου
- Υπολειπόμενη ανάπτυξη εμβρύου
- Προηγηθείσα καισαρική τομή
- Οροθετική για HIV μητέρα
- Επεισόδιο πρωτολοίμωξης με HSV κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης
- Μεγάλου βαθμού μυωπία της επιτόκου
- Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας
- Προηγούμενη κολπορραφία ή χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων
- Επιθυμία της μητέρας

Οι ενδείξεις για επείγουσα καισαρική τομή περιλαμβάνουν :

- Εμβρυική δυσχέρεια
- Προσωπική προβολή εμβρύου

- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία
- Εργώδης τοκετός
- Εκλαμψία ή βαριάς μορφής προεκλαμψία
- Αποκόλληση πλακούντα¹²

Οι περισσότερες από αυτές τις παραμέτρους δεν είναι δυνατόν να προσδιορισθούν εκ των προτέρων. Μόνο αφού ξεκινήσει και προχωρήσει αρκετά ο τοκετός, είναι δυνατόν να γνωρίζουμε αν θα ολοκληρωθεί. Το ερώτημα είναι, πόσο μπορεί κανείς να περιμένει; Οι μαιές, όπως και οι παλιότεροι γιατροί, περιμένουν περισσότερο και χρησιμοποιούν πιο συντηρητικές μεθόδους. Αφήνουν τον τοκετό να προχωρήσει έστω και αν πηγαίνει αργά. Μερικοί από αυτούς τους παρατεταμένους τοκετούς κατέληγαν σε δύσκολες γέννες με εμβρυολόγο, που συχνά προκαλούσαν μεγαλύτερη ζημιά στο έμβρυο και ίσως και στη μητέρα από μία καισαρική με τον τρόπο που διεξάγεται σήμερα. Σήμερα οι καισαρικές χρησιμοποιούνται σε δύσκολους τοκετούς γιατί η καισαρική είναι τώρα πιο ασφαλής.

Όμως, κάποιοι γιατροί χρησιμοποιούν υπέρ το δέον τη διάγνωση της δυστοκίας, και μάλιστα πολύ πριν αυτή είναι λογικά εφικτή, δηλαδή πριν ακόμη η γυναίκα φτάσει στην ενεργητική φάση του τοκετού (διαστολή 5 εκατοστών). Πιστεύουν ότι δεν έχει νόημα να περιμένουν να δουν αν ο τοκετός θα προχωρήσει φυσιολογικά, αφού ο φυσιολογικός τοκετός δεν έχει ούτε χρηματικό ούτε χρονικό όφελος. Για αυτούς τους λόγους ο αριθμός καισαρικών λόγω "δυστοκίας" έχει αυξηθεί πολύ.

3.2) Δεδομένα από τη Διεθνή Εμπειρία

Αυτό το ποσοστό ανάγκασε την Π.Ο.Υ. να προχωρήσει με συγκεκριμένη σύσταση, στην οποία τονίζει την ανάγκη διεξαγωγής καισαρικών τομών, μόνο εκεί που ενδείκνυται ιατρικά απαραίτητη. Η Π.Ο.Υ. τονίζει ταυτόχρονα ότι, παρ' όλων που η καισαρική τομή είναι μια ασφαλισμένη χειρουργική επέμβαση, παραμένει μια επέμβαση και γι' αυτό είναι σημαντικό να περιορίσουμε την αύξηση του αριθμού της για την προστασία της υγείας της γυναίκας. Επίσης, πανευρωπαϊκά στοιχεία

¹² Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία*, σελ 308-309

αναφέρουν ότι, αν μια γυναίκα γεννήσει με καισαρική επέμβαση το πρώτο της παιδί, παρουσιάζεται 50% περισσότερη πιθανότητα να γεννήσει τα επόμενά της παιδιά με τον ίδιο τρόπο και όχι με φυσιολογικό τοκετό.

Αδιαμφισβήτητα, αποτελεί επιστημονική ευθύνη του/της γυναικολόγου να λαμβάνει την απόφαση ως προς το ποια μέθοδος τοκετού είναι η καταλληλότερη για τη μητέρα και το παιδί. Ταυτόχρονα, υπάρχουν ιατρικοί και άλλου είδους παράγοντες που καθορίζουν την απόφαση για καισαρική τομή ή όχι. Συγκεκριμένα, μερικοί από τους ιατρικούς λόγους αφορούν στην ασφάλεια της υγείας της μητέρας και των παιδιών, την αύξηση του αριθμού των πολύδυμων κνήσεων, το ηλικιακό επίπεδο της μητέρας στον πρώτο τοκετό κ.ά. Άλλου είδους παράγοντες αποτελούν η επιλογή της μητέρας, ο φόβος για φυσιολογικό τοκετό, θέματα οργάνωσης υπηρεσιών, έλλειψη μαιών κ.ά.

Σκόπιμο είναι να παρατεθούν και συγκριθούν τα στοιχεία της χώρας μας με τα διεθνή για ευνόητους λόγους. Αυτό θα χρησιμεύσει στην ερμηνεία αυτής της τόσο μεγάλης αύξησης των καισαρικών τομών και σε διεθνές επίπεδο αλλά και σε εθνικό. Μετά από την ανάλυση και σύγκριση αυτών θα μπορέσει κανείς να συμπεράνει αν η αύξηση αυτή οφείλεται σε μεθοδεύσεις ιατρών κυρίως και όχι τόσο σε ιατρικές ενδείξεις.

Τις τρεις τελευταίες δεκαετίες η συχνότητα της καισαρικής τομής παρουσίασε ανοδική τάση. Στις ΗΠΑ από 4,5% το 1965 έφτασε το 21% το 1998. Ανάλογο ποσοστό εμφανίστηκε στην Αγγλία και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, χωρίς να εξαιρείται η Ελλάδα. Σε αντίθεση με τις Ελληνίδες, πολλές Βρετανίδες εξακολουθούν να γεννούν όπως οι πρόγονοί τους. Μάλιστα, η δεύτερη μεγαλύτερη ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία της Βρετανίας έπαψε να δικαιολογεί τις δαπάνες των καισαρικών τομών, αφενός διότι δεν μπορούσε να ελέγξει το ακριβές κόστος τους, αφετέρου για να συμβάλει στη μείωση του ποσοστού που υπολογίζεται ότι ανέρχεται στο 19%.¹³ Τα τελευταία 20 χρόνια το ποσοστό των καισαρικών αυξήθηκε από 5% σε 21,5%. Αυτό κάνει το Ηνωμένο Βασίλειο να έχει την τρίτη κατά σειρά υψηλότερη συχνότητα καισαρικών τομών στον κόσμο. Σχεδόν οι μισοί από τους μαιευτήρες που ερωτήθηκαν κατά την επισκόπηση από το Βασιλικό Κολέγιο των μαιευτήρων και

γυναικολόγων θεώρησαν τη συχνότητα πολύ μεγάλη και δέχθηκαν ότι πολλές επεμβάσεις δεν ήταν αναγκαίες. Το Κολέγιο αναστατώθηκε από τα ευρήματά του που –κάλεσε για υποχρεωτικό περιορισμό των καισαρικών τομών– αλλά ήδη σε πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία το ποσοστό των γυναικών που επιλέγουν τοκετό με καισαρική τομή εκτιμάται ότι ανέρχεται στο 60%. Η αύξηση της συχνότητας καισαρικών τομών βαίνει αυξανόμενη παρά τους πρόσφατους θανάτους της Τρέσι Σάμσον 35 ετών και της Λόρα Τους 31 ετών, στο νοσοκομείο Πόρτλαντ του Λονδίνου.

Τα στοιχεία λοιπόν από Η.Π.Α. και Ευρώπη τα τελευταία χρόνια δείχνουν μια αύξηση στον αριθμό των τοκετών με καισαρική τομή, και αυτό αποδίδεται σε πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες, τόσο ιατρικούς όσο και κοινωνικούς. Συγκεκριμένα, στις Η.Π.Α., μία στις τέσσερις γυναίκες γεννούν σήμερα με αυτόν τον τρόπο. Υπήρξε συμφωνία των ειδικών ότι το 25% των καισαρικών που παρατηρήθηκε στη δεκαετία του '80 ήταν υπερβολικά υψηλό και ότι το επιθυμητό για την καλύτερη δυνατή περίθαλψη των γυναικών θα ήταν γύρω στο 12 με 15 %. Έτσι η κυβέρνηση των Η.Π.Α. είχε θέσει στόχο για το 2000, το ποσοστό των καισαρικών τομών να μειωθεί στο 12%. Εφαρμόζονται από τις ασφαλιστικές εταιρίες στρατηγικές με στόχο τη μείωση του ποσοστού. Οι πιο σημαντικές από τις στρατηγικές που ακολουθούνται είναι:

- Φυσιολογικός τοκετός μετά από καισαρική τομή. Επειδή το 35% των προγραμματισμένων καισαρικών τομών είναι εξαιτίας προηγούμενης καισαρικής τομής φαίνεται ότι αυτή η στρατηγική θα μπορούσε να φέρει μείωση του ποσοστού.
- Διαχείριση της ισχιακής προβολής. Παρότι συνηθίζεται η καισαρική τομή, δυο κλινικές μελέτες απέδειξαν ότι η νοσηρότητα του εμβρύου και η επικινδυνότητα για τη γυναίκα είναι στατιστικά ασήμαντη.
- Η συνεχής υποστήριξη κατά τη διάρκεια του τοκετού από μαία φέρνει καλύτερα αποτελέσματα και συμβάλλει στη μείωση του ποσοστού των καισαρικών τομών.
- Η σωστή χρήση επισκληριδίου αναισθησίας και η χρήση άλλων μορφών αναλγησίας.
- Δυστοκία που αποτελεί συνηθισμένη ένδειξη για καισαρική τομή, η οποία μπορεί λανθασμένα να επιλεγεί από τον εκάστοτε ιατρό ή τη μαία.

- Εμβρυικό στρες. Το διαγνωσμένο εμβρυικό στρες από τον καρδιακό ρυθμό του εμβρύου δεν είναι αποτελεί εξειδικευμένη μέτρηση και μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση του ποσοστού των καισαρικών τομών¹⁴

Εκρηκτικό και συγκεκριμένα το μεγαλύτερο που σημειώνεται είναι το ποσοστό των καισαρικών τομών και στη Βραζιλία που αγγίζει το 70% το 2000 καθώς άμεσες είναι και οι συνέπειες που μπορούν να κοστίσουν στην υγεία τόσο των ίδιων των γυναικών όσο και των παιδιών τους, τα οποία έρχονται στον κόσμο με ένα επιβεβαρωμένο μέλλον χωρίς καν να ερωτηθούν.¹⁵

Στα πλαίσια του ερευνητικού προγράμματος europurse σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες τα ποσοστά κυμαίνονται από 12% στη Δανία έως 24% στην Ιταλία, ενώ στην Ελλάδα το ποσοστό των καισαρικών (πάνω από 30%) θεωρείται υπερβολικά υψηλό.¹⁶

Πρόσφατα στοιχεία που αφορούν στο ασυνήθιστα μεγάλο ποσοστό γυναικών, που γεννούν με καισαρική τομή στην Κύπρο, είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το ανώτερο αναμενόμενο όριο που θέτει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.). Δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για οποιαδήποτε γεωγραφική περιοχή να παρουσιάζει ποσοστό καισαρικών τομών μεγαλύτερο του 10-15%, υποστηρίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Στην Κύπρο υπολογίζεται ότι ξεπερνούν το 30%. Η κοινή εντύπωση, αλλά και στοιχεία που είδαν το φως της δημοσιότητας -τα οποία προκύπτουν από την έρευνα Μ.Α.Μ.Α. (Μητέρες Απαντούν Μαιευτήρες Ακούν)- δεικνύουν πως και στην Κύπρο το ποσοστό των καισαρικών τομών αυξάνεται σημαντικά. Το 2007, σύμφωνα με την προαναφερθείσα έρευνα, άγγιξε το 32%. Δηλαδή ένας στους τρεις τοκετούς στη χώρα μας γίνεται με καισαρική τομή, γεγονός ιδιαίτερα ανησυχητικό, αφού έχουν ήδη παρέλθει δύο χρόνια από την έρευνα και ενδεχομένως το ποσοστό να έχει αυξηθεί ακόμα περισσότερο.

Η αναζήτηση στοιχείων για το πραγματικό ποσοστό των καισαρικών σήμερα και στην Κύπρο δεν είναι εύκολη υπόθεση. Πέραν των ιατρικών λόγων που επιβάλλουν καισαρική τομή, σε μεγάλη μερίδα του κοινού υπάρχει η εντύπωση πως κάποιои

¹⁴ Ματσαγγάνης Μ. (2001), *Η Οικονομία των Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα*, σελ 76

¹⁵ www.tovima.gr

¹⁶ Ματσαγγάνης Μ. (2001), *Η Οικονομία των Μαιευτικών Υπηρεσιών στην Ελλάδα*, σελ 75

γιατροί εύκολα και αχρείαστα καταλήγουν σε αυτή τη μέθοδο, για εξοικονόμηση χρόνου, υποβάλλοντας όμως τις εγκύους σε πιθανούς κινδύνους και σε πρόσθετα έξοδα.¹⁷

Ο φυσιολογικός τοκετός για μια γυναίκα που έχει γεννήσει παλιότερα με καισαρική, έχει αρχίσει να γίνεται όλο και πιο συνηθισμένο φαινόμενο, αφού γονείς και γιατροί τώρα πια αμφισβητούν ότι η καισαρική είναι αναγκαία στους επόμενους τοκετούς της γυναίκας. Αυτό το σημαντικό θέμα αξίζει να διερευνηθεί στο γενικότερο πλαίσιο του. Πολλές από τις καισαρικές γίνονται επειδή προηγήθηκε καισαρική σε παλιότερο τοκετό. Γεννιέται λοιπό το ερώτημα: είναι άραγε όλες αυτές οι καισαρικές απαραίτητες και δεοντολογικά σωστές; Μέχρι πρόσφατα στη Βόρεια Αμερική δεν υπήρχε καν η πιθανότητα μιας φυσιολογικής γέννας μετά απο καισαρική, παρόλο που ήταν συνηθισμένη στην Ευρώπη και άλλες χώρες για πολλά χρόνια. Οι γιατροί δίσταζαν πολύ να ενθαρρύνουν τη λεγόμενη VBAC ή "Κολπική Γέννα μετά απο Καισαρική" (Vaginal Birth After Cesarean), κυρίως επειδή δεν είχαν τις γνώσεις που χρειάζονται γι' αυτή την περίπτωση.¹⁸

Όμως, στις ιατρικά προηγμένες χώρες, πολλές γυναίκες που είχαν βιώσει την καισαρική τομή, άρχισαν οι ίδιες να ζητούν φυσιολογικό τοκετό στις επόμενες γέννες τους. Οι επαναλαμβανόμενες καισαρικές αντιπροσωπεύουν ποσοστό 30 ως 40 τοις εκατό όλων των καισαρικών σήμερα, ενώ στη Βόρειο Αμερική λιγότερο από 20 τοις εκατό των γυναικών κάνουν VBAC. Είναι φανερό ότι υπάρχει τρόπος να βελτιωθούν τα ποσοστά μητρικής θνησιμότητας και καισαρικών, και να δίνονται στις γυναίκες καλύτερες εμπειρίες γέννας: χρειάζεται να γίνονται λιγότερες επαναλαμβανόμενες καισαρικές και πολύ περισσότερες VBAC. Και πράγματι, η VBAC έχει αρχίσει να γίνεται πολύ συνηθισμένη στις ιατρικά προηγμένες χώρες.

¹⁷ <http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=862603,printer.html&-V=archivearticles>

¹⁸ http://www.eutokia.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=77:-vbac-&catid=39:2009-02-08-18-03-26&Itemid=56

3.3) Δεδομένα από Ελλάδα

Ένας στους δυο τοκετούς περίπου στην Ελλάδα γίνεται με καισαρική τομή, γεγονός που δίνει στη χώρα μας μια αρνητική πρωτιά μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Εκείνη της εντατικοποίησης της διαδικασίας του τοκετού που οδηγεί με τη σειρά της στην πλήρη βιομηχανοποίησή της. Σύμφωνα με στοιχεία πρόσφατης έρευνας το ποσοστό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα αγγίζει το 47,3%, που βασίστηκε σε στοιχεία από δύο κρατικά και ένα ιδιωτικό μαιευτήριο της Ελλάδας.¹⁹ Η ιδιωτικοποίηση της περιγεννητικής φροντίδας, τονίζεται στην έρευνα, κοστίζει πολλά δισεκατομμύρια, που βέβαια επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό της ελληνικής οικογένειας:

3.4) Αίτια Αύξησης του Ποσοστού των Καισαρικών Τομών στην Ελλάδα

Τα τελευταία χρόνια όπως προαναφέρθηκε οι γεννήσεις με καισαρική τομή έχουν όχι μόνο αυξητική τάση για λόγους ιατρικούς αλλά και για λόγους κοινωνικούς, προσωπικούς και γενικά για πληθώρα αιτιών. Ένα εξαιρετικά συνηθισμένο χαρακτηριστικό των εγκύων γυναικών σε όλη την διάρκεια και εξέλιξη της εγκυμοσύνης τους είναι η ύπαρξη ανησυχιών, αμφιβολιών και ερωτηματικών σχετικά με την ομαλή έκβαση της και σχετικά με την μέθοδο διεξαγωγής του τοκετού. Το σύνολο των μαιευτήρων και μαιών αντιμετωπίζουν με πολύ μεγάλη ευαισθησία την ποιότητα της περιγεννητικής έκβασης, καθώς γνωρίζουμε ότι με τα σημερινά δεδομένα δεν αρκεί ένα απλώς και μόνο καλό περιγεννητικό αποτέλεσμα, αλλά το καλύτερο δυνατό. Γι' αυτόν λοιπόν τον λόγο πρέπει να εξατομικεύεται η κάθε περίπτωση και να επιλέγεται ως μέθοδος τοκετού η πλέον συμφέρουσα για την μητέρα και το παιδί. Παρόλα αυτά δεν μπορεί να παραβλεφθεί μια τόσο μεγάλη αυξητική πορεία γι' αυτό και παρακάτω αναλύονται οι επικρατέστεροι παράγοντες που καθορίζουν την αύξηση της συχνότητας της καισαρικής τομής.

1. Η βελτίωση της τεχνικής της καισαρικής τομής. Η βελτιωμένη χειρουργική τεχνική, η βελτίωση στην ποιότητα και στο είδος των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων, η βελτίωση της γενικής νάρκωσης αλλά

¹⁹<http://www.politis-news.com/cgi-bin/hweb?-A=862603,printer.html&-V=archivearticles>

και η ευρεία χρησιμοποίηση της επισκληρίδιας αναισθησίας που επιτρέπει τη συμμετοχή της επιτόκου στον τοκετό με καισαρική, η μεγάλη μείωση των μετεγχειρητικών πόνων και των επιπλοκών, όλα μαζί συντείνουν ασφαλώς στην ευκολότερη απόφαση για καισαρική τομή. Λόγω των ανωτέρω μειώθηκε σημαντικά ο χρόνος της καισαρικής τομής σε μισή ώρα περίπου ενώ παλαιότερα χρειαζόταν 2 και 3 ώρες. η εγκυμοσύνη επιβαρύνει περισσότερο το γυναικείο οργανισμό και οι πιθανότητες επιπλοκών είναι μεγαλύτερες. Η καισαρική τομή πλέον έχει γίνει ασφαλέστερη. Η μητρική θνησιμότητα δεν είναι υψηλότερη από τρεις θανάτους ανά 100.000 γεννήσεις²⁰. Παρόλα αυτά ο κίνδυνος παραμένει 4-6 φορές υψηλότερος σε σχέση με τον κοιλιακό τοκετό.

2. Η ελαχιστοποίηση του ποσοστού περιγεννητικής θνησιμότητας και νοσηρότητας του νεογνού με την καισαρική τομή. Οι κίνδυνοι για το έμβρυο και τη μητέρα έχουν μειωθεί και λόγω της ευρείας χρήσης της επισκληρίδιου αναισθησίας μέσω της οποίας έχουν εξαλειφθεί οι επιπτώσεις της γενικής αναισθησίας τόσο στο έμβρυο όσο και στη μητέρα. Την τελευταία δεκαετία η περιγεννητική θνησιμότητα έχει μειωθεί από 24 θανάτους νεογνών ανά 1000 τοκετούς σε 7 ανά 1000 τοκετούς. Τα ποσοστά αυτά στη χώρα μας μοιάζουν κατά πολύ με τα αντίστοιχα των άλλων αναπτυγμένων χωρών.
3. Η απόκτηση μικρού αριθμού παιδιών. Σήμερα τα περισσότερα ζευγάρια αποκτούν μετά από σωστό οικογενειακό προγραμματισμό ένα ή δύο, σπάνια τρία παιδιά και θέλουν να εξασφαλίσουν 100% την επιβίωσή τους. Τα παλιότερα χρόνια έκαναν πολύ μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, ένας αριθμός των οποίων χανόταν από μαιευτικές επιπλοκές.
4. Ελαττώθηκε ο συνολικός αριθμός των κηύσεων και συγχρόνως αυξήθηκε το ποσοστό των πρωτοτόκων. Ένας αριθμός καισαρικών τομών γίνεται λόγω επιπλοκών που συνδέονται με την πρωτοτοκία.
5. Η απόκτηση παιδιών σε μεγαλύτερη ηλικία των ζευγαριών για λόγους μόρφωσης και σταδιοδρομίας της γυναίκας. Στη μεγαλύτερη ηλικία της γυναίκας η εγκυμοσύνη επιβαρύνει περισσότερο το γυναικείο οργανισμό και οι πιθανότητες επιπλοκών είναι μεγαλύτερες. Σύμφωνα με την Εθνική

²⁰ Κορνάρου Ε., Ρουμελιώτη Α. (2008), *Γυναίκα και Υγεία*, σελ 309

Στατιστική Υπηρεσία, οι τοκετοί από γυναίκες ηλικίας 25 έως 29 μειώθηκαν από 34.000 το 2000 σε 32.000 το 2005. Αντίστροφα οι τοκετοί γυναικών σε ηλικιακή κλίμακα 30 με 34 αυξήθηκαν από 32.000 το 2000 σε 34.000 το 2005. συγκεκριμένα σε τρία μεγάλα ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας ο αριθμός γυναικών ηλικίας 36 με 40 αυξήθηκε κατά μέσο όρο 31%. Επίσης το 40% των τοκετών του 2006 αφορούσαν γυναίκες άνω των 35. Είναι επόμενο συνεπώς η καισαρική να είναι συχνότερη όταν οι γυναίκες αποφασίζουν να αποκτήσουν παιδί σε μεγαλύτερες ηλικίες απ' ότι παλιότερα, επειδή προβλήματα όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και άλλα εμφανίζονται επηρεάζοντας σημαντικά τον τρόπο γέννησης.²¹

6. Η αύξηση του ποσοστού υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ,όπως η σπερματέγχυση και η εξωσωματική γονιμοποίηση. Το θέμα αφορά στην Ελλάδα 20,000 ζευγάρια. Ο αριθμός των ζευγαριών αυτών αυξάνεται συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες όπου δεν πρέπει να παραβλέπεται ένα σύνολο παραγόντων όπως η αντισύλληψη, η έναρξη της σεξουαλικής δραστηριότητας πολλά χρόνια πριν από το γάμο και η καθυστερημένη επιθυμία τεκνοποιίας. Κατά τη διάρκεια της χρονικής αυτής περιόδου έχουμε πολλές αρνητικές επιπτώσεις στη γυναικεία και στην ανδρική γονιμότητα λόγω σαλπινγικών βλαβών, συμφύσεων στην πύελο, χειρουργικών επεμβάσεων , ενδομητρίωσης και τοξικών επιδράσεων στα σπερματοζώαρια και στα ωάρια από βλαπτικούς παράγοντες του περιβάλλοντος. Η αύξηση λοιπόν των εξωσωματικών επηρεάζει επίσης την αναλογία υπέρ των καισαρικών αφού υπολογίζεται ότι πάνω από 5.000 παιδιά συλλαμβάνονται ετησίως από εξωσωματική γονιμοποίηση, 90 % των οποίων γεννιούνται με καισαρική. Αυτά τα παιδιά θεωρούνται «πολυτιμότερα». Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους 16.000 τοκετούς που πραγματοποιήθηκαν το 2006 σε δυο ιδιωτικά μαιευτήρια της Αθήνας, οι 1500 προέρχονταν από κύκλους εξωσωματικής γονιμοποίησης.
7. Η αύξηση του ποσοστού προωρότητας λόγω εργασίας της σύγχρονης γυναίκας συχνά σε στρεσογόνα επαγγέλματα, επιβαρύνσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής καθώς και επιδράσεις του περιβάλλοντος και γενικά πολλών κοινωνικών παραγόντων. η προωρότητα που σημειώνεται

²¹ www.alopsis.gr

επιβάλλει διενέργεια καισαρικής τομής για την αποφυγή του εμβρυικού στρες.

8. Η κατάργηση των μεταλλικών εμβρυουλκών οι οποίοι επειδή συχνά προκαλούσαν βλάβες στο έμβρυο καταργήθηκαν σταδιακά και αποτελούν πλέον μουσειακό είδος. Η χρήση του ελαστικού απορροφητικού εμβρυουλκού παραμένει επειδή θεωρείται γενικά ακίνδυνη. Τα τελευταία τριάντα χρόνια η εξέλιξη των νέων τεχνολογιών όπως το υπερηχογράφημα και η καρδιοτοκογραφία αυξάνουν τη συχνότητα της διάγνωσης τόσο των εμβρύων με δυσχέρεια όσο και αυτών σε ισχιακή προβολή με αποτέλεσμα την κατάργηση των συγκεκριμένων εξαρτημάτων.
9. Η αύξηση του ποσοστού προκλήσεως τοκετών , είτε γιατί ο μαιευτήρας προκαλεί με ωδυνοποιητική αγωγή τον τοκετό νωρίτερα είτε γιατί η γυναίκα ζητά την πρόκληση του τοκετού νωρίτερα του αναμενόμενου επειδή ζει στην επαρχία και φοβάται το χρόνο που θα μεσολαβήσει από τη στιγμή που θα αρχίσουν οι ωδίνες μέχρι τη στιγμή που θα μεταφερθεί στο κατάλληλα οργανωμένο μαιευτήριο των μεγάλων αστικών κέντρων και αποφασίζει εύκολα την πρόκληση τοκετού λίγο πριν το τέλος του ένατου μήνα. Οι πιθανές επιπλοκές από την πρόκληση τοκετού είναι περισσότερες και οδηγούν σε αυξημένο ποσοστό καισαρικής τομής.
10. Η επιθυμία της γυναίκας να μην πονέσει και να μην ταλαιπωρηθεί με πολύωρο τοκετό και να μην αντιμετωπίσει στο μέλλον προβλήματα με χαλάρωση, απώλεια ούρων, αερίων και χρειαστεί να υποβληθεί σε εγχειρήσεις αποκατάστασης του πυελικού εδάφους. Είναι παρατηρημένο ότι ο μεγαλύτερος αριθμός γυναικών μαιευτήρων αλλά και μαιών τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό προτιμούν για τον εαυτό τους την καισαρική τομή. Υπάρχει επίσης μια τάση μίμησης των διασήμεων που προτιμούν σε μεγάλο ποσοστό την καισαρική .Μικρό ποσοστό γυναικών επιθυμούν συγκεκριμένες ημερομηνίες τοκετού για λόγους επετειακούς, αποφυγής περιόδου εορτών ακόμα και επιλογής ιδιαίτερου ζωδίου. Πολλές Ελληνίδες για λόγους διευκόλυνσης, προγραμματισμού, αποφυγή του πόνου, του φόβου που συνεπάγεται ο φυσιολογικός τοκετός επιλέγουν την καισαρική τομή είτε αγνοώντας είτε παραβλέποντας τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

11. Η προσπάθεια των ιατρών να ρυθμίσουν τα της ιδιωτικής τους ζωής , ιδίως σε εποχές καλοκαιρινών διακοπών, Πάσχα, Χριστουγέννων, αργιών ή επιστημονικών Συνεδρίων. Η μεγάλη αύξηση των αναγκών συνεχούς εκπαίδευσης λόγω αύξησης του επιστημονικού πεδίου της μαιευτικής και γυναικολογίας, συνεπάγεται αναπόφευκτα και την αύξηση των σεμιναρίων η συνεδρίων. Η αναπλήρωση του μαιευτήρα από αντικαταστάτη ιατρό, ο οποίος αισθάνεται διπλό το βάρος της ευθύνης ,αντιμετωπίζεται με δυσπιστία από την επίτοκο και το περιβάλλον της λόγω μη προηγούμενης γνωριμίας, καταλήγει ευκολότερα σε καισαρική τομή με σχετική και όχι απόλυτη ένδειξη. Η καισαρική τομή διαρκεί κατά μέσο όρο 20 λεπτά ενώ ο φυσιολογικός τοκετός μπορεί να κρατήσει και ένα 24ωρο. Ο χρόνος που κερδίζει λοιπόν ο γιατρός είναι χρόνος που μεταφράζεται σε χρήμα και που αξιοποιείται καταλλήλως από την πλειονότητα των μαιευτήρων. Ο μαιευτήρας μπορεί να προγραμματίσει ως και 4 καισαρικές επεμβάσεις ημερησίως με αυτό τον τρόπο, πράγμα πολύ δύσκολο εάν επρόκειτο για φυσιολογικούς τοκετούς.
12. Η συνεχής επικρεμμάμενη απειλή για malpractice εκ μέρους του ιατρού με πιθανή μελλοντική δίκη και αναζήτηση ευθυνών για μελλοντικές περιπτώσεις προβληματικών παιδιών με μαθησιακά προβλήματα, δυσλεξία, προβλήματα συμπεριφοράς, εγκεφαλικών βλαβών, επιληψίας κ.α. σύμφωνα με τις ασφαλιστικές εταιρίες οι γυναικολόγοι είναι πρώτοι στη λίστα των ιατρών για τους οποίους κατατίθενται αγωγές. Έτσι πολλοί δεν διακινδυνεύουν ενδεχόμενες επιπλοκές κατά τον τοκετό και καταφεύγουν ευκολότερα στην καισαρική τομή. Αυτό είναι καθαρή έκφραση αμυντικής ιατρικής, η οποία βρίσκει πρόσφορο έδαφος στα ιδιωτικά μαιευτήρια καθώς σε αυτά το βάρος της αποζημίωσης για ιατρικό λάθος κατά τον τοκετό επωμίζεται ο ίδιος ο ιατρός.
13. Η μεγάλη αύξηση του αριθμού των ιατρών που δεν προάγει ούτε την εκπαίδευση αλλά ούτε και την ηθική των ιατρών. Οδηγεί αντίθετα σε ιατρογενή νοσήματα και ιατρικές εκεί που δεν υπάρχουν.
14. Το επίμαχο θέμα της ιατρικής αμοιβής γίνεται συχνά αιτία καχυποψίας μεταξύ της ασθενούς και του γιατρού. Υπάρχουν γιατροί υψηλά αμειβόμενοι αλλά και χαμηλά αμειβόμενοι. Δεν είναι ο κανόνας αλλά υπάρχουν και μαιευτήρες το ίδιο αμειβόμενοι στο φυσιολογικό τοκετό και

στην καισαρική τομή. Το θέμα της ιατρικής αμοιβής πρέπει να επαφίεται στην ακεραιότητα της ηθικής κάθε ιατρού. Πάντως ακόμα κι αν η αμοιβή του ιατρού δεν αλλάζει, αλλάζει η τιμή του δωματίου. Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος του τοκετού αρκετές φορές είναι δυσβάστακτο καθώς μπορεί να φτάσει μέχρι και τις 10.000 ευρώ, ενώ το μεγαλύτερο μέρος του καλύπτεται από τις ίδιες τις γυναίκες και τις οικογένειές τους. Συγκεκριμένα σε μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας, ενώ ο φυσιολογικός τοκετός σε τρίκλινο κοστίζει 1.900 ευρώ και σε μονόκλινο 4.750 ευρώ. Σε περίπτωση διενέργειας καισαρικής οι τιμές διαμορφώνονται στα 2050 ευρώ και 4.950 αντίστοιχα. Η σουίτα από την άλλη κοστίζει 10.800 ευρώ και 11.500 ευρώ στην περίπτωση της καισαρικής.

15. Τέλος, η επιθυμία των συγγενών, η κοινωνική τάξη και το μορφωτικό επίπεδο, παίζουν ρόλο στην επιλογή της καισαρικής τομής ιδιαίτερα σε υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα.²²

Συνοψίζοντας, θα πρέπει να θυμόμαστε ότι η εγκυμοσύνη σήμερα είναι πιο ασφαλής από ποτέ, οι γυναίκες ζουν περισσότερο, διεκδικούν κι απολαμβάνουν πιο πολλά κι εκείνο που προέχει είναι η υγεία μητέρας και παιδιού, γιατί η αξία της ποιότητας ζωής αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία.²³

4. Έρευνα σε Μαιευτήριο του Λεκανοπεδίου

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η έρευνα που έγινε για τους σκοπούς της μελέτης. Όπως προαναφέρθηκε την τελευταία τριακονταετία έχουν αυξηθεί σε παγκόσμια κλίμακα τα ποσοστά των καισαρικών τομών. Η αύξηση αυτή όχι μόνο είναι τρομακτικά ραγδαία αλλά είναι και συνεχόμενη. Καθώς δεν έχει γίνει ποτέ καμία προσπάθεια να ανασταλεί, ούτε από επαγγελματίες υγείας, αλλά ούτε και από κυβερνητικούς φορείς, γνωρίζει μεγάλη έξαρση. Βέβαια έχουν γίνει κάποιες κινήσεις στις Η.Π.Α. και στη Βρετανία προκειμένου να σταματήσει αυτή η έξαρση, αλλά κρίνονται ανεπαρκείς και μικρής σημασίας. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ενημερωτικές και συμβουλευτικές

²² Στοιχεία από έρευνα του ιατρού γυναικολόγου Ι. Χριστόπουλου

²³ <http://www.nikoloudakis.gr/p98.html>

εκστρατείες απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες που ήδη έχουν στο ιστορικό τους μια καισαρική τομή. Αυτό όμως δεν προσφέρει ενημέρωση σε γυναίκες που δεν έχουν γεννήσει ποτέ. Από την άλλη οι ιατροί δεν αφήνουν περιθώριο στις μαιές να αναλάβουν πρωτοβουλίες ούτως ώστε οι επίτοκες να επιλέξουν το φυσιολογικό τοκετό (σε περίπτωση που αυτό είναι εφικτό). Μάλιστα έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, ιατροί να προσφέρουν οικονομικά ανταλλάγματα σε μαιές προκειμένου να μην έχει μια μελλοντική μητέρα καμία ευκαιρία στον φυσιολογικό τοκετό.

Με βάση τα παραπάνω κρίθηκε σκόπιμο, για την ολοκληρωμένη παρουσίαση του θέματος, να διενεργηθεί έρευνα σε μεγάλο ιδιωτικό μαιευτήριο της Αθήνας, ώστε να υπάρξει μια εγκυρότερη πηγή συμπερασμάτων. Η επιλογή του συγκεκριμένου μαιευτηρίου έγινε με κριτήριο το μεγάλο αριθμό συνεργαζόμενων ιατρών γυναικολόγων, καθώς και τον αυξανόμενο αριθμό τοκετών. Στα κριτήρια συμπεριλήφθηκε και ο αριθμός των ετών λειτουργίας του, της πληρότητας των κλινών του, του μεγάλου αριθμού των περιστατικών του καθώς και της εδραιωμένης αναγνώρισής του στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών.

Κατά την επεξεργασία των στοιχείων των τελευταίων 5 ετών προέκυψαν τα εξής εντυπωσιακά ευρήματα.

2004	2005	2006	2007	2008
Φ.Τ. 5428	Φ.Τ. 5338	Φ.Τ. 5279	Φ.Τ. 5041	Φ.Τ. 5211
Κ.Τ. 5874	Κ.Τ. 6181	Κ.Τ. 6888	Κ.Τ. 7318	Κ.Τ. 7785
Σ: 11302	Σ: 11519	Σ: 12167	Σ: 12359	Σ: 12996

*Φ.Τ.: Φυσιολογικός Τοκετός, Κ.Τ. : Καισαρική Τομή.

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι η αύξηση των καισαρικών τομών είναι μεγάλη (ο αριθμός τους από το 2004 έως το 2008 αυξήθηκε σχεδόν κατά 2.000), ενώ αντίθετα των φυσιολογικών τοκετών παραμένει στάσιμος με μικρές πτωτικές διακυμάνσεις. Παρά δηλαδή την αύξηση του αριθμού συνολικά των γεννήσεων,

αυξάνεται μόνο ο αριθμός των καισαρικών τομών ανοίγοντας την ψαλίδα περισσότερο μεταξύ των δυο μεγεθών.

Εξετάζοντας ένα δείγμα χιλίων εξακοσίων (1600) γυναικών κατά το 2008 στοχεύουμε στην εξαγωγή συμπερασμάτων που ίσως αποτυπώσουν τους πραγματικούς λόγους αύξησης διενέργειας της καισαρικής τομής, καθώς και τις ιδιαιτερότητες κάθε επιτόκου που αποφασίζει να φέρει στον κόσμο το παιδί της με κάθε τρόπο.

Από τις 1600 γυναίκες, οι 734 γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και οι υπόλοιπες 866 γέννησαν με καισαρική τομή. Το δείγμα των γυναικών αφορά τις γεννήσεις στη διάρκεια ενός μήνα. Κρίθηκε σκόπιμο να εξεταστεί η επαγγελματική κατάσταση, η ηλικία, ο αριθμός τόκου και το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών του συγκεκριμένου δείγματος. Μέσα στους παράγοντες που θεωρούνται ότι διαδραματίζουν κάποιο ρόλο συμπεριλήφθηκαν και ο τόπος διαμονής καθώς και η εθνικότητα.

Από το συνολικό δείγμα, η έρευνα επικεντρώθηκε στις 866 γυναίκες που έκαναν καισαρική. Από αυτές οι 381 είναι ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης. Η πλειοψηφία των υπολοίπων ανήκουν στην κατηγορία της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και λιγότερες σε αυτή της υποχρεωτικής.

Αναλυτικότερα, το δείγμα των γυναικών ανήκει στα παρακάτω επαγγέλματα:

Ιδιωτικοί υπάλληλοι : 357

Τραπεζικοί υπάλληλοι: 19

Εκπαιδευτικοί: 67

Δικηγόροι: 11

Ψυχολόγοι: 4

Αρχιτέκτονες: 9

Στρατιωτικοί: 9

Δημοσιογράφοι: 3

Δημόσιοι υπάλληλοι: 55

Έμποροι – Ελεύθεροι επ. & Λογιστές : 35

Επιχειρηματίες: 38

Επαγγελματίες υγείας: 27

Φοιτήτριες – Μαθήτριες: 8

Οικιακά: 224

Σύνολο: 866

Σχετικά με την ηλικιακή κλίμακα του δείγματος είχαμε στη μικρότερη, την ηλικία των 17 ετών με μεγαλύτερη αυτή των 43 ετών. Οι περισσότερες βέβαια γυναίκες κυμαίνονταν μεταξύ των 27 και 40 με μέσο όρο ηλικίας τα 33 έτη. Σχετικά με τον αριθμό τόκου, οι πρωτοτόκες υπερέχουν έναντι των άλλων (359), με αριθμό 507. Από τις 359 που είναι δευτεροτόκες, οι 316 είναι προηγηθείσες καισαρικές τομές και οι 43 μόνο είχαν γεννήσει το πρώτο τους παιδί φυσιολογικά. Από το σύνολο των 866 οι 176 ζουν στην επαρχία και προσήλθαν στην πρωτεύουσα με αποκλειστικό σκοπό τον τοκετό στο συγκεκριμένο μαιευτήριο.

Για την επαρκέστερη κατανόηση του θέματος και την πληρέστερη εξαγωγή συμπερασμάτων, κρίθηκε απαραίτητο εκτός από τις επίτοκες γυναίκες να καταθέσουν τις απόψεις τους επί του θέματος και οι ιατροί. Έτσι λοιπόν κατά την άποψή τους, ευθύνονται για την αύξηση των καισαρικών τομών ιατρικοί και κοινωνικοοικονομικοί λόγοι. Σύμφωνα λοιπόν με τους ιατρούς που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας οι ιατρικοί λόγοι έχουν να κάνουν με:

- μια προηγηθείσα καισαρική τομή
- δυσαναλογία θέσης
- ισχιακή προβολή
- σακχαρώδη διαβήτη κύησης
- πολύδυμη κύηση
- εξωσωματική γονιμοποίηση
- κατάσταση υγείας του μωρού
- προβλήματα υγείας της μητέρας προϋπάρχοντα της εγκυμοσύνης

Οι παραπάνω λόγοι προβάλλονται ως οι ιατρικοί, αλλά όπως προαναφέρθηκε σύμφωνα με κάποιους από τους ιατρούς γυναικολόγους του μαιευτηρίου,

σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι παρακάτω κοινωνικοοικονομικοί λόγοι, οι οποίοι σχετίζονται με:

- το οικογενειακό περιβάλλον της εγκυμονούσας
- την άποψη του συζύγου για τον τρόπο που θα έρθει το παιδί του στον κόσμο
- το φόβο για τον επερχόμενο πόνο
- την ηλικία της επιτόκου σε σχέση με την πρώτη κύηση όσον αφορά στις δευτεροτόκες
- την πολυτιμότητα της κύησης
- το μορφωτικό επίπεδο της επιτόκου (συνήθως όσο πιο χαμηλό και όσο πιο υψηλό είναι τόσο συχνότερα επιλέγεται η καισαρική τομή, δηλαδή γυναίκες μεσαίου μορφωτικού επιπέδου προτιμούν το φυσιολογικό τοκετό)
- λόγους καλαισθησίας
- οικονομικά κίνητρα επειδή η κ.τ. είναι χειρουργική επέμβαση και αποζημιώνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία

Σημαντικές πληροφορίες έδωσε έρευνα που δημοσιεύτηκε σε βρετανικό περιοδικό μαιευτικής και γυναικολογίας. Σύμφωνα μ' αυτή, οι ερευνητές παρακολούθησαν επί πέντε χρόνια 500 γυναίκες, οι οποίες γέννησαν το πρώτο τους παιδί μερικές με φυσιολογικό τρόπο και μερικές με καισαρική τομή.

«Ούτε οι γιατροί ούτε οι υποψήφιες μητέρες συνειδητοποιούν την έκταση και τη σοβαρότητα μακροχρόνιων προβλημάτων που μπορούν να προκληθούν από καισαρικές τομές», είπε ο καθηγητής Τζέιμς Γουόκερ επικεφαλής του πανεπιστημιακού τομέα παιδιατρικής μαιευτικής και γυναικολογίας του Πανεπιστημίου του Λιντς και συν-συγγραφέας της μελέτης.

«Όταν οι γιατροί και οι μητέρες μετρούν τους κινδύνους της καισαρικής τομής σκέπτονται γενικώς μόνο ποιοι είναι οι άμεσοι κίνδυνοι και αγνοούν τον αντίκτυπο των επιπλοκών που μπορούν ενδεχομένως να εμφανιστούν για παράδειγμα έπειτα από πέντε χρόνια», είπε ο καθηγητής. Σε άλλα θέματα υγείας τα άτομα σκέπτονται για το μέλλον, αλλά όταν κάνουν καισαρικές τομές, με τις οποίες έχουν πολύ μεγάλο

κίνδυνο να χάσουν το δεύτερο παιδί τους αποφασίζουν χωρίς να γνωρίζουν ή να σκέπτονται τους ενδεχόμενους κινδύνους.

Από τις 165 γυναίκες της μελέτης, οι οποίες γέννησαν με καισαρική, 42,4% δεν απέκτησαν άλλα παιδιά – 30% απ' αυτές για λόγους υπογονιμότητας και 19% διότι δεν άντεχαν να περάσουν και πάλι την εμπειρία του τοκετού. Αντιθέτως μόνο 29,1% από 148 γυναίκες, οι οποίες γέννησαν φυσιολογικά δεν απέκτησαν άλλα παιδιά. Αν και σοβαροί τραυματισμοί εξαιτίας καισαρικής τομής είναι σπάνιοι, εν τούτοις βλάβες από αυτήν περιλαμβάνουν εκτός από σημαντικές επεμβάσεις στην κοιλιακή χώρα, μολύνσεις, αιμορραγία, βλάβες σε άλλα όργανα και επιπλοκές από την αναισθησία.²⁴

Μακροπρόθεσμες επιπλοκές σε επόμενες εγκυμοσύνες περιλαμβάνουν κίνδυνο διάρρηξης της μήτρας και προβλήματα στον πλακούντα που μπορούν να οδηγήσουν σε έλλειψη γονιμότητας και αυξημένα αναπνευστικά προβλήματα του νεογνού.

Από την άλλη μεγάλη έμφαση είναι σκόπιμο να δοθεί και στους λόγους που μια γυναίκα επιλέγει την καισαρική τομή. Είναι εντυπωσιακό βέβαια πόσο εκ διαμέτρου αντίθετες μπορεί να είναι οι απόψεις γυναικών που πρόκειται να γεννήσουν και πόσο αντιφατικές μπορεί να γίνουν αφότου γεννήσουν.

Είναι απολύτως λογικό και επόμενο οι απόψεις των εγκύων γυναικών να είναι σε ένα μεγάλο βαθμό κατευθυνόμενες από τον προσωπικό τους ιατρό. Αυτό είναι φυσικό λόγω της απόλυτης εμπιστοσύνης που του έχουν όχι μόνο λόγω της άγνοιάς τους, αλλά και επειδή αυτός θα τις παρακολουθήσει καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους μέχρι τον τοκετό.

Αρχικά, σαν μια πρώτη επικρατέστερη και συνηθισμένη απάντηση στην ερώτηση γιατί μια γυναίκα επιλέγει την καισαρική τομή συναντάται αυτή του άγχους για τον επερχόμενο πόνο. Ακόμα και με την επιλογή της επισκληριδίου ο φόβος δεν αποφεύγεται και η επιλογή του τρόπου τοκετού μοιάζει μονόδρομος. Οι λόγοι γενικά που ωθούν τις γυναίκες στο να επιλέγουν την καισαρική τομή περιλαμβάνουν την

²⁴ <http://mammyland.com/egkymosyni/toketos/kaisariki2-2>

αποφυγή των επιπλοκών από μια φυσιολογική γέννα και την ανάγκη για καλύτερο προγραμματισμό λόγω της ύπαρξης άλλων παιδιών, των αναγκών της ευρύτερης οικογένειας, αλλά και των υπόλοιπων απαιτήσεων που χαρακτηρίζουν τη ζωή της σύγχρονης γυναίκας.

Σχεδόν οι μισές από τις γυναίκες που γεννούν το πρώτο τους παιδί με επείγουσα καισαρική τομή δεν αποκτούν άλλο παιδί, με σχεδόν μια στις τρεις να υποφέρει από μακροχρόνια υπογονιμότητα και μια στις πέντε να έχει υποστεί τόσο σοβαρή τραυματική εμπειρία από τον πρώτο τοκετό με καισαρική τομή, ώστε να αποφεύγει δεύτερο τοκετό. Σε μια μελέτη από διακεκριμένους Βρετανούς μαιευτήρες διαπιστώθηκε για πρώτη φορά ότι τριπλάσιες γυναίκες είχαν μακροχρόνια προβλήματα υπογονιμότητας, ύστερα από πρώτο τοκετό με καισαρική τομή σε σύγκριση προς γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά.

Διαπιστώθηκε επίσης ότι έξι φορές περισσότερες πρωτόγεννες μητέρες που γέννησαν με καισαρική τομή υπέστησαν τραυματική εμπειρία που τις εμπόδισε να αποκτήσουν δεύτερο παιδί απ' ό,τι πρωτόγεννες μητέρες που είχαν φυσιολογικό τοκετό.

Όπως προαναφέρθηκε οι σύγχρονες γυναίκες λόγω των αυξημένων απαιτήσεων της σύγχρονης εποχής αποκτούν παιδιά σε μεγαλύτερες ηλικίες απ' ό,τι παλιότερα. Για το λόγο αυτό θεωρούν την εγκυμοσύνη τους πολυτιμότερη και έτσι επιλέγουν την καισαρική τομή ως ασφαλέστερη μέθοδο. Μερίδιο ευθύνης εκτός όμως από τους ιατρούς γυναικολόγους και τις ίδιες τις γυναίκες έχουν και οι μαιές. Πολλές είναι αυτές που ωθούν τις έγκυες στην καισαρική για διάφορους λόγους όπως την εξοικονόμηση χρόνου και την διευκόλυνσή τους μιας και δεν έχουν ουσιαστικές αρμοδιότητες στο χειρουργείο. Από την άλλη όμως υπάρχουν και ευσυνείδητες μαιές που στόχο τους έχουν την προστασία της μητέρας και του βρέφους και συχνά είναι αυτές που ενημερώνουν την εγκυμονούσα για τη σπουδαιότητα του φυσιολογικού τοκετού, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που προσπαθούν να επηρεάσουν το γιατρό προς αυτή την κατεύθυνση.

Σχετικά με τις γυναίκες που έχουν ήδη τουλάχιστον μία καισαρική τομή στο ιστορικό τους, σπάνια μπαίνουν στη διαδικασία να γεννήσουν με φυσιολογικό τοκετό το

επόμενο παιδί τους, αφού εξαιτίας της αμυντικής ιατρικής πρακτικής που ακολουθεί ο ιατρός δεν ενθαρρύνονται προς αυτή την κατεύθυνση.

Το σημαντικότερο είναι η ύπαρξη μιας λειτουργικής σχέσης μεταξύ του ιατρού και της μητέρας. Είναι μια σχέση που πρέπει για την ομαλή εξέλιξη των πραγμάτων και για τη λήψη των πλέον κατάλληλων αποφάσεων προς όφελος του βρέφους και της μητέρας να διακατέχεται από πνεύμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης.

5) Κριτική Αποτίμηση – Συμπεράσματα

Αυξάνεται συνεχώς στη χώρα μας το ποσοστό τοκετών με καισαρική τομή, καθώς και το "πρωτότυπο" φαινόμενο της πρόκλησης τοκετού κατά παράβαση της φυσιολογίας και ανατρέποντας τα διεθνή δεδομένα για την αναλογία φυσιολογικής-παθολογικής κύησης. Η γυναίκα αντιμετωπίζεται σαν αντικείμενο, το ίδιο και το νεογνό. Στόχος είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους, η ελαχιστοποίηση της απασχόλησης ανθρωπίνου δυναμικού και η αύξηση "παραγωγής".

Η καισαρική δεν είναι λύση για να γλιτώσει μια γυναίκα τη φυσιολογική διαδικασία του τοκετού ούτε για να προγραμματίσει τη γέννηση του παιδιού της, αλλά ούτε για να μπορεί να κανονίζει τις άλλες της δραστηριότητες. Η επέμβαση αυτή γίνεται μόνο όταν συντρέχουν ορισμένοι λόγοι, οι οποίοι άλλοτε είναι γνωστοί πριν ξεκινήσει ο τοκετός και άλλοτε παρουσιάζονται κατά τη διάρκειά του.

Στο εξωτερικό, για να διενεργηθεί μια καισαρική τομή θα πρέπει να αποφασιστεί από ομάδα δυο – τριών επιστημόνων. Μόνο στην Ελλάδα η απόφαση αυτή λαμβάνεται μόνο από το μαιευτήρα γυναικολόγο. Είναι γεγονός ότι βάσει αυτού εύκολα μπορεί να καταλάβει κανείς ότι όταν δεν υπάρχει έλεγχος από πουθενά οι αποφάσεις μπορούν να είναι εντελώς αυθαίρετες. Για να βασίζονται οι αποφάσεις σε επιστημονικά κριτήρια και όχι σε άλλου είδους κριτήρια κρίνεται απαραίτητη η αλλαγή νοοτροπίας όχι μόνο των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας, αλλά γενικά της κοινωνίας. Από την άλλη, η δια βίου εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη επιστημονική κατάρτιση όλων των εμπλεκομένων είναι μια διαδικασία που πρέπει να ενθαρρύνεται αλλά και να δίνονται κίνητρα για να την ακολουθούν όλοι όσοι

διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο χώρο των μαιευτικών υπηρεσιών. Για το σκοπό αυτό απαραίτητο είναι να διοργανώνονται συνέδρια, ημερίδες, σεμινάρια και άλλες μορφές εκπαίδευσης. Μεγάλης σημασίας είναι η διεξαγωγή πρωτογενών ερευνών από επιστήμονες του αντικειμένου αλλά και η διενέργεια αυτών που έχουν γίνει στο παρελθόν και πρέπει να ξαναγίνουν έτσι ώστε τα στοιχεία των ερευνών να είναι σύγχρονα προκειμένου να είναι αξιοποιήσιμα.

Δεν υπάρχει καμία δικαιολογία για οποιαδήποτε γεωγραφική περιοχή να παρουσιάζει ποσοστό καισαρικών τομών μεγαλύτερο του 10-15%, όπως υποστηρίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Αντιθέτως στην χώρα μας όπως είδαμε το 47% αποτελεί μια μεγάλη αλήθεια. Στο σημείο αυτό σκόπιμο είναι να αναρωτηθεί κανείς τι πρέπει να γίνει. Επιβάλλεται σε πρώτη φάση τουλάχιστον, να γίνει μέσω μιας σοβαρής εκστρατείας η υποστήριξη και προώθηση του φυσικού τοκετού και η κατάδειξη από τη μια της συνεχώς αυξανόμενης εμπορευματοποίησης των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα και από την άλλη της έλλειψης ενημέρωσης για τις διαφορετικές δυνατότητες τοκετού που υπάρχουν. Η ανάπτυξη ενός δημόσιου και εποικοδομητικού διαλόγου πάντα βοηθάει και στην κατεύθυνση αυτή είναι το εργαλείο που θα ρίξει φως στην αμέλεια των ιδιωτικών κλινικών και των νοσοκομείων, και που θα δώσει στις γυναίκες τη δύναμη να απαιτούν μεθόδους τοκετού και μεταγεννητικής φροντίδας διαφορετικές από αυτές που παρέχονται τώρα. Η βιομηχανία της γέννας, στηρίζεται στο φόβο καθώς επίσης και στην εκμετάλλευση της λανθασμένης πληροφόρησης που πολύ συχνά παρέχουν οι ιατροί, κλινικές και επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δείχνουν να αγνοούν τι είναι φυσικός τοκετός. Τίποτα δε θα αλλάξει αν οι ίδιοι οι γονείς, οι χρήστες των μαιευτικών υπηρεσιών αλλά και οι επαγγελματίες υγείας δεν εναντιωθούν στην αυξανόμενη εμπορευματοποίηση των μαιευτικών υπηρεσιών. Έρευνες δείχνουν, πως μια εμπειρία τοκετού ήρεμη, χωρίς παρεμβάσεις και χωρίς στρες είναι το καλύτερο ξεκίνημα για τη ζωή του βρέφους καθώς βοηθάει στην δημιουργία ισχυρών δεσμών αγάπης μεταξύ των γονιών και του παιδιού. Τέλος, θα θέλαμε να υπογραμμίσουμε ότι παρόλο που πιστεύουμε πως ο φυσικός τοκετός είναι η καλύτερη λύση για τη μητέρα και το παιδί. Ταυτόχρονα υποστηρίζουμε και το δικαίωμα για όλες τις γυναίκες να αποφασίσουν τι είναι καλύτερο για τις ίδιες και το μωρό τους εφόσον έχουν ενημερωθεί πλήρως για τις επιλογές τους.