



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και προγεννητική χρήση υπηρεσιών υγείας, από έγκυες γυναίκες στο νομό Ηρακλείου: Μια πιλοτική μελέτη.»

Πατελάρου Ευριδίκη
Νοσηλεύτρια ΠΕ

- Επιβλέποντες:
1. **Μ. Κογεβινας**, Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 2. **Λήδα Χατζή**, Γιατρός, Διδάκτορας Τμήματος Ιατρικής, Παν.Κρήτης



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΕΑΕΚ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



ΠΑΙΔΕΙΑ ΜΠΡΟΣΤΑ
2^ο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα
Εκπαίδευσης και Αρχικής
Επαγγελματικής Κατάρτισης

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την συντονιστική επιτροπή και ιδιαίτερα τον συντονιστή του μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη που μου έδωσαν την ευκαιρία να παρακολουθήσω το πρόγραμμα αυτό.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στον επιβλέποντα μου κ. Μανόλη Κογεβίνα, για τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις του καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της μεταπτυχιακής εργασίας μου. Η βοήθεια του σε κάθε βήμα μου, σε συνάρτηση με την αδιάκοπη και ευγενική προσήλωση του ήταν πολύτιμη.

Παράλληλα, εκφράζω τις ευχαριστίες μου στην Δρ. Λήδα Χατζή για τις χρήσιμες συμβουλές της καθώς και για την συμπαράσταση της έως την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Σημαντικός αρωγός στη προσπάθεια μου αυτή, και ιδιαιτέρως στο κομμάτι της συλλογής των δεδομένων, στάθηκε η κ. Αναστασία Παπαϊωάννου που ευχαριστώ θερμά. Προσθέτοντας, ευχαριστώ πολύ την γυναικολόγο Δρ. Ρασιδάκη Μαρία για τη πολύτιμη βοήθεια της στο Βενιζέλειο- Πανάνειο νοσοκομείο.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ που δεν είναι αρκετό στην οικογένεια μου που με ενθαρρύνει και στηρίζει πάντα κάθε προσπάθεια μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ABSTRACT

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A.1 Προγεννητική Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

A.1.1 Ορισμός- Σκοπός Προγεννητικής Φροντίδας Υγείας

A.1.2 Προϋποθέσεις για την παροχή ολοκληρωμένης προγεννητικής φροντίδας

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B.1 Συνιστώσες Προγεννητικής φροντίδας

B.2 Πληθυσμός αλλοδαπών στην Ελλάδα – Υπηρεσίες Υγείας

B.3 Δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της γυναίκας και η επίδραση τους στην πορεία και στην έκβαση της εγκυμοσύνης.

B.4 Επιπτώσεις ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβρυο.

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γ.1 Σκοπός της μελέτης

Γ.1.1 Συγκεκριμένοι στόχοι της πιλοτικής μελέτης

Γ.2 Μέθοδοι

Γ.2.1 Επιλογή Δείγματος

Γ.2.2 Δεοντολογία

Γ.2.3 Ερωτηματολόγιο

Γ.4 Στατιστική ανάλυση στοιχείων έρευνας

Γ.4.1 Καθορισμός μεγέθους Δείγματος

Γ.4.2 Μεταβλητές

Γ.4.3 Στατιστική ανάλυση- Ποιοτικές και Ποσοτικές Μεταβλητές

Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- Δ.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος Μελέτης (Ελληνίδες και αλλοδαπές).
- Δ.2 Δημογραφικά και κοινωνικό- οικονομικά χαρακτηριστικά των λεχιδών- Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο και το είδος τοκετού.
- Δ.3 Χρήση υπηρεσιών υγείας από τις λεχίδες- Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο και το είδος τοκετού.
- Δ.4 Στοιχεία για το κάπνισμα και την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου- Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με τόπο καταγωγής, τόπο κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο και είδος τοκετού.
- Δ.5 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης και ελέγχου για συγχυτικούς παράγοντες.

Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Περίληψη

Τίτλος εργασίας: “Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά και χρήση υπηρεσιών υγείας, από λεχωίδες νομού Ηρακλείου: Μια πιλοτική μελέτη.”

Της: Πατελάρου Ευριδίκης, Νοσηλεύτριας Πανεπιστημίου Αθηνών
Υπό τη επίβλεψη των: 1. Μανόλη Κογεβίνα, Καθηγήτη Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστημίου Κρήτης
2. Λήδα Χατζή, Γιατρός, Διδάκτορας Τμήματος Ιατρικής, Πανεπιστημίου Κρήτης

Ημερομηνία: Φεβρουάριος 2007

Εισαγωγή: Τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά της εγκύου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του εμβρύου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και στην ανάπτυξη του νεογνού τα πρώτα χρόνια ζωής του. Έχει σημειωθεί ότι οι διαφορές σε αυτούς τους παράγοντες μπορούν να τροποποιήσουν τη δυνατότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας δημιουργώντας ανισότητες μεταξύ των γυναικών και διαφορές στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Στα χαρακτηριστικά αυτά συμπεριλαμβάνονται η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, ο τόπος κατοικίας (αγροτική ή αστική περιοχή) και ο τόπος καταγωγής.

Σκοπός: Στόχος της μελέτης ήταν να ολοκληρωθεί η πιλοτική φάση της μελέτης Μητέρας-Παιδιού, «PEA», στην Κρήτη που αποτελεί μέρος των νέων προοπτικών μελετών στα πλαίσια του προγράμματος NewGeneris. Οι αντικειμενικοί στόχοι ήταν να προσδιοριστούν τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και η χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των γυναικών. Ο επιπολασμός του ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος πριν και κατά τη διάρκεια την εγκυμοσύνη μελετήθηκε επίσης.

Μέθοδος: Ο πληθυσμός μελέτης απαρτίστηκε από το σύνολο των γυναικών που γέννησαν στις μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές των δύο δημόσιων νοσοκομείων (ΠΕΠΙΑΓΝΗ και Βενιζέλειο) στο Ηράκλειο κατά τη διάρκεια 06/06/06 – 06/07/06. Οι γυναίκες απάντησαν με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης σε ένα ερωτηματολόγιο, που αποτελεί μέρος του κυρίως ερωτηματολογίου του NewGeneris.

Αποτελέσματα: Το τελικό δείγμα αποτελείται από 196 γυναίκες (μέση ηλικία $28\pm 5,8$) και το ποσοστό συμμετοχής ήταν 100%. Μεταξύ των εγκύων γυναικών 28% ($n=54$) ήταν αλλοδαπές και ένα ποσοστό περίπου 50% δεν είχαν καλή κατανόηση της ελληνικής γλώσσας. Μεταξύ των γυναικών 48% γέννησαν με καισαρική τομή. Ο μέσος αριθμός πραγματοποίησης υπερήχων ήταν $8\pm 4,8$ και ο μέσος αριθμός επισκέψεων στον γυναικολόγο $11\pm 5,3$ με υψηλότερα ποσοστά για τις ελληνίδες. Τα αποτελέσματα έδειξαν, επίσης υψηλό επιπολασμό μητρικής έκθεσης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης στο ενεργητικό (22%) και το παθητικό (69%) κάπνισμα. Υψηλότερος επιπολασμός παρατηρήθηκε στις ελληνίδες με σταθμισμένο Odds Ratio 2,12 (CI 95% 0,9-5,0) για ενεργητικό κάπνισμα και Odds Ratio 1,82 (CI 95% 0,9-3,8) για παθητικό κάπνισμα αντίστοιχα συγκριτικά με τις αλλοδαπές.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν το γεγονός ότι οι έγκυες γυναίκες αποτελούν μια ομάδα με ειδικά χαρακτηριστικά όσον αφορά τους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, που μπορούν να επηρεάσουν την στάση τους απέναντι στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στο κάπνισμα επίσης. Από άποψη δημόσιας υγείας, υιοθέτηση πολιτικών απαιτείται για τον περιορισμό του αριθμού των καισαρικών τομών, των υπερήχων και των επισκέψεων στον γυναικολόγο καθώς και την μείωση της έκθεσης των γυναικών στο ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, έγκυες γυναίκες, καισαρική τομή, υπέρηχοι, κάπνισμα

Abstract

Title: “Socio-demographic characteristics and prenatal health care service utilization by pregnant women in Heraklion, Crete: A pilot study.”

By: Evridiki Patelarou, RN, Faculty of Nursing, University of Athens

Supervisors: 1.Manolis Kogevinas, MD, Faculty of Medicine, University of Crete
2.Leda Chatzi, MD, Faculty of Medicine, University of Crete

Date: February 2007

Background: Socio-demographic factors play an important role in the development of the embryo during pregnancy and in the growth of the infant in the first years of its life. Socioeconomic status is also associated with access to health care services and differences in pregnancy outcome. These characteristics include the age, educational level, the families' economical status, the place of residence (rural or urban) and ethnic origin.

Objectives: The aim of this study was to complete the pilot phase of the mother and child cohort in Crete, “Rhea study” that forms part of the new cohorts of NewGeneris. The specific objectives were to identify the sociodemographic characteristics and the health care services utilization among pregnant women. The prevalence of active and passive smoking before and during pregnancy was also studied.

Methods: The study population consisted of women who gave birth in the Obstetrics and Gynaecology Clinics of the two public hospitals (PEPAGNH and Venizeleio) in Heraklion during 06/06/06 – 06/07/06. The women answered, through a face-to-face interview, a short version of the main NewGeneris questionnaire.

Results: The final sample consisted of 196 women (mean age 28 ± 5.8) and the response rate was 100%. Among pregnant women 28% (n=54) were non-Greek. Among non-Greek women about 50% did not understand well the Greek language. Among women 48% gave birth with a caesarean section. The average number of obstetric ultrasound scans was 8 ± 4.8 and the average number of visits to the gynaecologist was 11 ± 5.3 with higher rates for Greek women. The study also reveals a high prevalence of prenatal maternal exposure to active (22%) and passive (69%) smoking during pregnancy. Higher prevalence of smoking was observed among Greek women with adjusted Odds Ratio of 2.12 (95% CI 0.9-5.0) for active and 1.82 (95% CI 0.9-3.8) for passive smoking respectively when compared to non-Greek women.

Conclusion: Pregnant women consist a group with special characteristics concerning social and demographic factors, including a higher proportion of non-Greek, low income women. Sociodemographic characteristics are associated with different attitudes towards health care service utilization and differences in exposures such as smoking. From a public health point of view, policies are needed to limit the number of caesarean sections and ultrasound use during pregnancy.

Key words: socio-demographic characteristics, pregnant women, caesarean section, ultrasound scans, smoking

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- ΠΙΝΑΚΑΣ 1** Πληθυσμός αλλοδαπών γυναικών στην Ελλάδα ανά χώρα καταγωγής τα έτη 1990, 1998 και 2004.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1** Χαρακτηριστικά δείγματος και επίπεδα κατανόησης γλώσσας από λεχιώδες.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2** Χαρακτηριστικά δείγματος και επίπεδα κατανόησης γλώσσας από λεχιώδες.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1** Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά Ελληνίδων και αλλοδαπών λεχιδών.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2** Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά Ελληνίδων και αλλοδαπών λεχιδών.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1** Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά λεχιδών ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2** Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά λεχιδών ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 5** Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των λεχιδών ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 6** Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των λεχιδών ανάλογα με το είδος του τοκετού.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 7.1** Χρήση υπηρεσιών υγείας από ελληνίδες και αλλοδαπές
- ΠΙΝΑΚΑΣ 7.2** Χρήση υπηρεσιών υγείας από ελληνίδες και αλλοδαπές
- ΠΙΝΑΚΑΣ 8.1** Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιώδες ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 8.2** Χρήση υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 9.1** Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιώδες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο
- ΠΙΝΑΚΑΣ 9.2** Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιώδες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο
- ΠΙΝΑΚΑΣ 10** Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιώδες ανάλογα με το είδος του τοκετού.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 11** Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στις ελληνίδες και αλλοδαπές λεχιώδες.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 12** Εκθέσεις σε καπνό τσιγάρου από πηγές (μετρήσεις σε ώρες)& κατανάλωση αριθμού τσιγάρων από καπνίστριες πριν & κατά την διάρκεια της κύησης στις ελληνίδες και αλλοδαπές λεχιώδες .
- ΠΙΝΑΚΑΣ 13** Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 14** Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 15** Συσχέτιση καπνίσματος (Odds Ratio και 95% ΔΑ) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχιώδες γυναίκες στον νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης. Τα Odds Ratio για κάθε μεταβλητή είναι ελεγμένα (adjusted) για τις υπόλοιπες μεταβλητές.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 16** Συσχέτιση παθητικού καπνίσματος (Odds Ratio και 95% ΔΑ) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχιώδες γυναίκες στο Νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 17** Συσχέτιση είδος τοκετού (Odds Ratio και 95% ΔΑ) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχιώδες γυναίκες στον Νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης.
- ΠΙΝΑΚΑΣ 18** Συσχέτιση αριθμού υπερήχων (Odds Ratio και 95% ΔΑ) με ηλικία, εκπαίδευση και εθνικότητα σε λεχιώδες γυναίκες στον νομό Ηρακλείου. Γραμμική παλινδρόμηση (linear regression).

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

A.1 Προγεννητική Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

A.1.1 Ορισμός- Σκοπός Προγεννητικής Φροντίδας Υγείας

Με τον όρο προγεννητική φροντίδα υγείας αναφερόμαστε στην φροντίδα υγείας που παρέχεται στην έγκυο γυναίκα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, πριν την γέννηση του εμβρύου μέσω του συνόλου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το εκάστοτε σύστημα υγείας. Ο όρος αυτός περιλαμβάνει τις έννοιες της εκπαίδευσης, της συμβουλευτικής, της πρόληψης, της προαγωγής και της θεραπείας νοσήματος όταν χρειαστεί, ώστε να διασφαλιστεί η καλή έκβαση της εγκυμοσύνης [WHO 2005].

Η παροχή στην γυναίκα ενός συνόλου υπηρεσιών υγείας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της έχει ως στόχο την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση-θεραπεία νόσων και γενικότερα προβλημάτων υγείας που ασκούν άμεσα ή έμμεσα αρνητική επίδραση στην έκβαση της εγκυμοσύνης αλλά ταυτόχρονα και την παροχή στην οικογένεια συνολικά την απαραίτητη πληροφορία που χρειάζεται ώστε να διασφαλιστεί η επιτυχής και η ασφαλής έκβαση της εγκυμοσύνης [WHO 2006].

A.1.2 Προϋποθέσεις για την παροχή ολοκληρωμένης προγεννητικής φροντίδας

Η ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας κατά την προγεννητική περίοδο περιλαμβάνει ένα αριθμό ιατρικών επισκέψεων σε κάποιον ειδικό που παρακολουθεί την μητέρα και το έμβρυο καθ' όλη την διάρκεια της εγκυμοσύνης καθώς και έναν αριθμό ιατρικών διαγνωστικών και προληπτικών εξετάσεων. Ο προσδιορισμός όμως από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας του αριθμού των επισκέψεων και του αριθμού αλλά και του είδους των εξετάσεων ήταν δύσκολο λόγω των διαφορών στα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά μεταξύ των διαφόρων χωρών [Perez 1990, Haertsch et al 1996].

Συγκεκριμένα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μετά από συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, πρότεινε το μοντέλο των τεσσάρων επισκέψεων στον ειδικό κατά την προγεννητική περίοδο για γυναίκες που δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας

[WHO 2002, 2003]. Ανάμεσα σε αυτές η πρώτη συνάντηση σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας λαμβάνει χώρα στο διάστημα του πρώτου τριμήνου της εγκυμοσύνης και έχει ως στόχο τον προσδιορισμό από τον γυναικολόγο της γενικής κατάστασης υγείας της γυναίκας και την ενημέρωση της πάνω σε θέματα της εγκυμοσύνης. Η δεύτερη συνάντηση βάσει των οδηγιών λαμβάνει χώρα περί της 37^{ης} εβδομάδας κύησης όπου διαπιστώνεται από τον γυναικολόγο αν έχουν πραγματοποιηθεί οι διαγνωστικές και προληπτικές εξετάσεις στο σύνολο τους [Carrolli G. et al 2001].

Μελέτες παράλληλα έχουν δείξει ότι η πραγματοποίηση αρχείου με όλες τις συναντήσεις και το υλικό από την έγκυο αυξάνει την συνέπεια της στα προγραμματισμένα ραντεβού με τον γιατρό, αυξάνει το ενδιαφέρον της για ενημέρωση της γύρω από θέματα της εγκυμοσύνης και τέλος δημιουργεί ένα αίσθημα ελέγχου της εγκυμοσύνης για την γυναίκα [Brown et al 2004].

Συγκεκριμένα, η εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου πλάνου προϋποθέτει:

- Σχεδιασμό και οργάνωση των δομών του συστήματος υγείας με τέτοιο τρόπο ώστε να διασφαλιστεί η ισότητα στην παροχή αλλά και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- Υιοθέτηση τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην προγεννητική περίοδο προσαρμοσμένες στο προφίλ της χώρας αλλά βασιζόμενες στο μοντέλο που προτείνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- Επένδρωση των δομών παροχής των υπηρεσιών με ιατρονοσηλευτικό προσωπικό άρτια εκπαιδευμένο για την διαχείριση γυναικών στην προγεννητική περίοδο ώστε να διασφαλιστεί η παροχή ποιοτικής και ολοκληρωμένης φροντίδας.
- Ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών για τις γυναίκες ανεξαρτήτου κοινωνικού, οικονομικού, θρησκευτικού και εθνικού προφίλ.
- Εξασφάλιση της απαραίτητης υλικοτεχνικής υποδομής και φαρμακευτικής παροχής για την αντιμετώπιση των αναγκών.
- Μαγνητοσκοπήση όλων των συνομιλιών και συναντήσεων του προσωπικού με την έγκυο καθώς και διατήρηση αρχείου με όλες τις διαγνωστικές και προληπτικές εξετάσεις που έχουν πραγματοποιηθεί και όλες τις οδηγίες που έχουν δοθεί από τον γιατρό στην έγκυο.
- Παροχή όλου του εξοπλισμού υλικού, φαρμακευτικού και ανθρωπίνου δυναμικού για την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών που ενδεχομένως να προκύψουν κατά την διάρκεια της γέννησης.
- Ύπαρξη πρωτοκόλλου καθώς και τεκμηριωμένων κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών για την μητέρα και το μωρό.
- Οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που έχουν ως στόχο να προάγουν την δυνατότητα της εγκύου, του συντρόφου αλλά και της οικογένειας συνολικά για προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας ώστε να επιτευχθεί η σωστή προετοιμασία και ο σχεδιασμός για την γέννηση του εμβρύου

[WHO 2006]

B. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

B.1 Συνιστώσες Προγεννητικής Φροντίδας (WHO 2005)

Οι συνιστώσες αποτελούν τις βασικές κατηγορίες δηλαδή τα συστατικά στοιχεία που περιλαμβάνει ο όρος προγεννητική φροντίδα που καθένα από αυτά περιλαμβάνει ένα υποσύνολο ιατρικών, εργαστηριακών και κλινικών παρεμβάσεων .

- **Οργανισμοί παροχής φροντίδας υγείας**

Η παροχή ολοκληρωμένης παροχής φροντίδας υγείας και παρακολούθησης κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης γίνεται στην χώρα μας αποκλειστικά από τον υπεύθυνο μαιευτήρα-γυναικολόγο που συνήθως επιλέγει η γυναίκα. Μελέτες έχουν δείξει ότι η παρακολούθηση γυναικών χαμηλού κινδύνου χωρίς επιπλοκές από άρτια εκπαιδευμένες μαίες ή και γενικούς ιατρούς έχει θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της εγκυμοσύνης αλλά και στην ικανοποίηση των γυναικών χωρίς να χρειάζεται η παρέμβαση του γυναικολόγου [Villar et al 2001].

- **Εκπαίδευση των γυναικών κατά την προγεννητική περίοδο**

Έχει αποδειχτεί ότι η εκπαίδευση των γυναικών κατά την προγεννητική σε συνδυασμό με την μεταγεννητική περίοδο μέσα από ένα σύνολο παρεμβάσεων αυξάνει το ποσοστό των γυναικών που θηλάζουν [Fairbank et al 2000]. Παράλληλα, συμβάλλει στην μείωση του ποσοστού των γυναικών που επιλέγουν την καισαρική τομή ως μέθοδο εκλογής για να γεννήσουν χωρίς αυτό να ισχύει για τις γυναίκες που έχουν ήδη υποστεί μια καισαρική τομή στο παρελθόν [Gagnon 2000, Horey et al 2004]. Ταυτόχρονα, η εκπαίδευση έχει ως στόχο την προετοιμασία της γυναίκας για την γέννηση καθώς και την ενημέρωση για τυχόν επιπλοκές και τον τρόπο αντιμετώπισης τους.

- **Προσαρμογή και τροποποίηση του τρόπου ζωής** περιλαμβάνει οδηγίες για :

➤ **Διατροφή**: διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών της εγκύου ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις ανάγκες της εγκυμοσύνης χωρίς να επιβαρυνθεί η υγεία του εμβρύου αλλά και η δική της. Χορήγηση διατροφικών συμπληρωμάτων αν κριθεί απαραίτητο που έχει ως στόχο να εξασφαλίσει μια ισορροπημένη διατροφή σε ενέργεια και πρωτεΐνες . Η ισορροπημένη διατροφή κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης έχει συσχετιστεί θετικά με την ανάπτυξη του εμβρύου και μείωση του κινδύνου εμβρυϊκού και νεογνικού θανάτου σε γυναίκες με μη ισορροπημένη διατροφή και γενικώς γυναίκες αυξημένου κινδύνου γέννησης μωρού χαμηλού σωματικού βάρους [Kramer et al 2003].

➤ Άσκηση: Έναρξη ή και διατήρηση μετρίου βαθμού αερόβιας άσκησης δεν έχει συσχετιστεί με αρνητικές συνέπειες στην έκβαση της εγκυμοσύνης [Kamer 2002].

➤ Κάπνισμα: Προγράμματα εκπαίδευσης της εγκύου με στόχο την διακοπή του καπνίσματος είναι αποτελεσματικά στην περίοδο της εγκυμοσύνης ενώ η διακοπή του καπνίσματος έχει συσχετιστεί με μείωση στον αριθμό προώρων καθώς και χαμηλού σωματικού βάρους γεννήσεων [Lumley et al 2004].

➤ Αλκοόλ: Η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ δεν έχει συσχετιστεί με αρνητική επίδραση στο έμβρυο [Walpole et al 1990] αντίθετα η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ έχει συσχετιστεί με αυξημένο αριθμό λιπόβαρων και προώρων γεννήσεων [Borges et al 1993] καθώς και με εγκεφαλική βλάβη στο έμβρυο [Holzman et al 1995].

• Διαχείριση και αντιμετώπιση κοινών συμπτωμάτων της εγκυμοσύνης:

Σε αυτό το επίπεδο ο γιατρός που παρακολουθεί την έγκυο καλείται να αντιμετωπίσει κοινά συμπτώματα της εγκυμοσύνης όπως ναυτία και εμετούς με χορήγηση υγρών, αποκατάσταση τυχόν ηλεκτρολυτικών διαταραχών καθώς και οδηγίες τροποποίησης της διατροφής [Jewell et al 2003]. Παράλληλα, προτείνονται μέτρα για την αντιμετώπιση πόνου στην πλάτη (πολύ κοινό σύμπτωμα) μέσω άσκησης, μασάζ ή και διαφόρων μορφών εναλλακτικής θεραπείας [Young et al 2002].

• Συστηματική κλινική εξέταση και παρακολούθηση της εγκύου

Συχνή εξέταση του στήθους, της πυέλου καθώς και του κόλπου της εγκύου στα πλαίσια της προγεννητικής φροντίδας κρίνεται απαραίτητη. Παράλληλα, γίνεται προσεκτική παρακολούθηση της εγκύου για κίνδυνο ανάπτυξης επιλόχειας κατάθλιψης ειδικότερα εφόσον υπάρχει ιστορικό ψυχωτικής νόσου. Ολοκληρώνοντας, απαραίτητη κρίνεται η ανάπτυξη στρατηγικής προσδιορισμού του κινδύνου της γυναίκας για προεκλαμψία, που συνήθως γίνεται στην πρώτη επίσκεψη και περιλαμβάνει εξετάσεις αίματος, ούρων καθώς και εκπαίδευση της γυναίκας για αναγνώριση των σχετικών συμπτωμάτων [Austin et al 2003, Higgins et al 2001].

• Ταυτοποίηση για ομάδα αίματος της εγκύου και αναζήτηση πιθανών αιματολογικών διαταραχών.

• Έλεγχος για τυχόν ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη.

Σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται αύξηση των επιπέδων σακχάρου του αίματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης το οποίο παρακολουθείται και αντιμετωπίζεται με την ρύθμιση των διατροφικών συνηθειών και την χορήγηση ινσουλίνης αν κριθεί απαραίτητο [Tuffnell et al 2003].

• Έλεγχος για λοιμώξεις

Σε αυτή την φάση είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση ενός αριθμού εργαστηριακών εξετάσεων για την διερεύνηση ύπαρξης λοιμώξεων, ώστε να ληφθούν όλες οι απαραίτητες προφυλάξεις για την προστασία της μητέρας που νοσεί ή έχει αυξημένο κίνδυνο να νοσήσει αλλά και την πρόληψη μετάδοσης της λοίμωξης στο έμβρυο.

- Παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου.

Η παρακολούθηση της ανάπτυξης του εμβρύου γίνεται μέσω των υπερήχων σε διάφορα στάδια της εγκυμοσύνης. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται ο προσδιορισμός της ηλικίας της κύησης, ο έλεγχος για ύπαρξη πολλαπλής κύησης και ενδεχομένως η παρουσία δυσπλασιών εφόσον υπάρχουν [Neilson 1998].

- Διαχείριση ειδικών περιπτώσεων- καταστάσεων όπως η χορήγηση κορτικοστεροειδών σε περιπτώσεις εγκύων με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου τοκετού με στόχο την πρόληψη από το σύνδρομο αναπνευστικής διαταραχής και μείωση της πιθανότητας θανάτου του νεογνού από αυτό [Crowley 1996].

B.2 Πληθυσμός αλλοδαπών γυναικών στην Ελλάδα – Υπηρεσίες Υγείας

Η προσέλευση στην Ελλάδα αλλοδαπών γυναικών έχει αυξηθεί δραματικά την τελευταία δεκαετία όπως προκύπτει από τα δεδομένα της εθνικής στατιστικής υπηρεσίας (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Πληθυσμός αλλοδαπών γυναικών στην Ελλάδα ανά χώρα καταγωγής τα έτη 1990, 1998 και 2004.

Χώρα Καταγωγής	1990	1998	2004
Βουλγαρία	1368	4807	19872
Ρουμανία	1493	4221	6439
Αλβανία	162	3579	95696
Γεωργία	0	-	-
Ρωσία	1611	10441	5421
Άλλες χώρες	61429	64775	37789
Σύνολο	66063	87823	165217

Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα, ο αριθμός των αλλοδαπών γυναικών αυξήθηκε κατά πολύ μέσα σε χρονικό διάστημα δεκαετησάρων ετών. Ιδιαίτερα μεγάλη είναι η προσέλευση από γειτονικές χώρες με την Αλβανία να κατέχει την πρώτη θέση στον αριθμό μεταναστών το 2004, την Βουλγαρία την δεύτερη, την Ρουμανία την τρίτη, και την Ρωσία την τέταρτη θέση. Οι υπόλοιπες χώρες το 2004 δεν συνέβαλλαν ούτε στο μισό στον αριθμό των αλλοδαπών στην χώρα στο σύνολο τους με 37789 αλλοδαπούς έναντι 165217 του συνόλου.

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των γεννήσεων από αλλοδαπές γυναίκες χωρίς όμως να υπάρχουν ακριβή δεδομένα για την χώρα μας. Οι γυναίκες αυτές ανεξαρτήτως των διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, έχουν τις ίδιες απαιτήσεις και τις ίδιες ανάγκες την περίοδο της εγκυμοσύνης με τον υπόλοιπο πληθυσμό των γυναικών. Συγκεκριμένα, στον σχεδιασμό για την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ιθύνοντες θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού των αλλοδαπών που συνήθως ζει με συνθήκες φτώχειας που σχετίζονται με ελλιπή και ανεπαρκή θρέψη, ελλιπή εμβολιαστική κάλυψη, ανεπαρκή φροντίδα και παρακολούθηση προβλημάτων υγείας καθώς και αρκετές φορές αδυναμία συνεννόησης με το προσωπικό και συνεκδοχικά αδυναμία ερμηνείας των προβλημάτων αλλά και συμμόρφωσης με τις οδηγίες [Davis et al 1992].

Συμπερασματικά αναφερόμαστε σε ένα κομμάτι του πληθυσμού με ιδιαίτερες ανάγκες που αν μη τι άλλο χρήζει τουλάχιστον ίδιου βαθμού παροχή υπηρεσιών συγκριτικά με τις υπόλοιπες γυναίκες. Έτσι, οι υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης παρέχονται σε διάφορα στάδια όπως ακριβώς και στις υπόλοιπες έγκυες :

- Προγεννητική παροχή υπηρεσιών, που περιλαμβάνει ότι έχουμε ήδη αναφέρει δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στη πρόληψη των λοιμώξεων.
- Παροχή υπηρεσιών κατά την διάρκεια του τοκετού και μέχρι την ολοκλήρωση του.

Μετά- γεννητική παροχή υπηρεσιών στο νεογνό και στην μητέρα που περιλαμβάνει παρακολούθηση του εμβρύου και της μητέρας για τυχόν επιπλοκές μετά τον τοκετό και καθ' όλη την παραμονή τους στο νοσοκομείο καθώς και εκπαίδευση της μητέρας για ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας στο νεογνό μετά την έξοδο της από το νοσοκομείο [Judith O' Heir 2004, Meyer et al 2003].

B.3 Δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά της γυναίκας και η επίδραση τους στην πορεία και στην έκβαση της εγκυμοσύνης.

Τα κοινωνικό- οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά της εγκύου διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην πορεία και στην εξέλιξη της εγκυμοσύνης καθώς επίσης και στην μετέπειτα υγεία και την φυσιολογική ανάπτυξη του νεογνού. Έχει σημειωθεί ότι οι διαφορές ως προς αυτούς τους παράγοντες δύναται να τροποποιήσουν και την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και να δημιουργήσουν ανισότητες και συνεκδοχικά διαφορές στην έκβαση της εγκυμοσύνης. Στα χαρακτηριστικά αυτά περιλαμβάνονται η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος κατοικίας(αγροτικές ή αστικές περιοχές) και ο τόπος καταγωγής.

Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι μεγάλο εύρος στην ηλικιακή κατανομή των γυναικών (μεγάλος αριθμός γεννήσεων από μητέρες ηλικίας >35 ετών) σχετίζεται και με διαφορά στο ποσοστό μητρικής θνησιμότητας καθώς και στο ποσοστό γεννήσεων με τρισωμία 21 [Breart, et al. 2003]. Παράλληλα, πολλές μελέτες έχουν υποδείξει την ηλικία της μητέρας ως σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυξημένη μητρική και νεογνική θνησιμότητα. Επίσης, ο αριθμός επισκέψεων στον γυναικολόγο έχει βρεθεί να είναι μικρότερος ή και μηδενικός και γενικότερα η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανεπαρκής στις έγκυες γυναίκες μικρότερης ηλικίας ειδικά όταν είναι και ανύπανδρες. Αυτοί οι παράγοντες έχουν συσχετιστεί επίσης θετικά με τις αρνητικές συνέπειες στο νεογνό και με την αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας του νεογνού στην εντατική μονάδα μετά την γέννηση (Poor Infant Outcome)[Galvan, et al. 2001].

Ο όρος αρνητικές συνέπειες για το νεογνό περιλαμβάνει τον πρόωρο τοκετό, το χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης, τον θάνατο μετά την γέννηση και το χαμηλό σκορ στην πρώτου λεπτού κλίμακα Apgar. Το χαμηλό μορφωτικό- εκπαιδευτικό επίπεδο της γυναίκας έχει συσχετιστεί θετικά με τις αρνητικές συνέπειες στην έκβαση και στην εξέλιξη της υγείας για το νεογνό και έχει βρεθεί ότι αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα (OR= 1,9 95%CI 1,2-3,0) για δευτεροβάθμια ή ελάχιστη εκπαίδευση εν σύγκριση με τουλάχιστον τρία χρόνια πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Στην ίδια μελέτη οι αρνητικές συνέπειες έχουν συσχετιστεί θετικά με την ηλικία της μητέρας > 30 ετών (OR= 1,6 95% CI 1,1-2,5) και με τις ανύπανδρες μητέρες (OR= 1,4 95% CI 1,0-1,9) [Grijibovski, et al. 2002]. Μια άλλη μελέτη συσχετίζει το μορφωτικό επίπεδο με το βάρος γέννησης του νεογνού και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μητέρες υψηλού μορφωτικού επιπέδου γεννούν κατά 207 γραμ. βαρύτερα μωρά εν συγκρίσει με αυτές που έχουν βασικό επίπεδο μόρφωσης [Grijibovski, et al. 2003].

Προσθέτοντας σε αυτό το σημείο, η εθνικότητα και η χώρα καταγωγής έχει συσχετιστεί με διαφορές στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας από έγκυες γυναίκες. Μια πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε σχέση με την προγεννητική χρήση υπηρεσιών υγείας της εγκύου και το κοινωνικό επίπεδο και την εθνικότητα έδειξε ότι γυναίκες από κατώτερες κοινωνικές τάξεις με κύρια ενασχόληση χειρωνακτικές εργασίες καθώς και γυναίκες Ασιατικής καταγωγής εν συγκρίσει με γυναίκες Βρετανικής καταγωγής εμφάνιζαν μικρό αριθμό επισκέψεων στον γυναικολόγο και ελλιπή παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους [Rowe and Garcia 2003].

Παράλληλα, σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι οι χαμηλά οικονομικού επιπέδου γυναίκες οι οποίες ήταν γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, έγκυες εφηβικής ηλικίας, έγκυες της μαύρης φυλής καθώς και ανύπανδρες γυναίκες άρχισαν πολύ καθυστερημένα την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους και οι επισκέψεις τους στον γυναικολόγο ήταν λίγες σε αριθμό. Οι ίδιες γυναίκες έκαναν χρήση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό οι οικονομικά εύρωστες γυναίκες(73,7 % έναντι 33,3 %). Τέλος, αναιμία και αιμορραγία μετά την εγκυμοσύνη εμφανίστηκε με στατιστικά σημαντική διαφορά στην χαμηλού οικονομικού επιπέδου ομάδα (P< 0,001 και P= 0,033 αντίστοιχα) [Almeida and Barros 2005].

Ολοκληρώνοντας, οι κοινωνικό- δημογραφικοί παράγοντες και η οικονομική κατάσταση της γυναίκας σχετίζεται και με το αν μια γυναίκα θα ολοκληρώσει επιτυχώς την εγκυμοσύνη της ή αν θα προβεί σε έκτρωση όσον αφορά την έκβαση της εγκυμοσύνης. Συγκεκριμένα, μελέτη έδειξε ότι το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της εγκύου, η αυξημένη ηλικία της (>35 ετών), το προηγούμενο ιστορικό της εκτρώσεων (< 20 εβδομάδων) και η πρόσβαση της στις υπηρεσίες υγείας συνολικά μειώνουν την πιθανότητα μια γυναίκα να ολοκληρώσει την εγκυμοσύνη της. Συγκεκριμένα, τα ευρήματα έδειξαν ότι η πιθανότητα να ολοκληρωθεί επιτυχώς η εγκυμοσύνη είναι μεγαλύτερη για τις παντρεμένες γυναίκες καθώς και για εκείνες που κατοικούν σε περιοχές με δομές οικογενειακού προγραμματισμού στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση. Παράλληλα, τα ποσοστά εκτρώσεων είναι μεγαλύτερα στην συγκεκριμένη μελέτη για τις γυναίκες που κατοικούν σε αστικές περιοχές έναντι των αγροτικών καθώς επίσης και στις γυναίκες λευκής έναντι μαύρης φυλής [Liu 1995].

B.4 Επιπτώσεις ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στο έμβρυο.

Οι επιπτώσεις της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου στο έμβρυο και στα βρέφη αργότερα είναι ένα θέμα που έχει μελετηθεί εκτενώς. Η έκθεση αυτή πραγματοποιείται έμμεσα μέσω της έκθεσης της μητέρας στον καπνό (ενεργητικά είτε παθητικά) για το έμβρυο είτε άμεσα παθητικά για το βρέφος. Οι βλαβερές συνέπειες της παθητικής έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου για τα έμβρυα αρχίζουν από την μήτρα διαμέσου του πλακούντα.

Συγκεκριμένα, η νικοτίνη και το μονοξείδιο του άνθρακα έχουν την δυνατότητα διαπερνώντας τον φραγμό του πλακούντα να αυξάνουν τα επίπεδα εμβρυικής ανθρακυλαιμοσφαιρίνης που έχει ως συνέπεια τον περιορισμό της οξυγόνωσης των ιστών και την ελλιπή ανάπτυξη τους [Andersen et al 1982]. Παράλληλα, υψηλά επίπεδα μεταλλαξογόνων ουσιών που σχετίζονται με το κάπνισμα έχουν εντοπιστεί στο αμνιακό υγρό, στην εμβρυική ουρία και στο αίμα στο αίμα του εμβρύου γυναικών που κάπνιζαν τις αντίστοιχες συνέπειες τόσο για την υγεία της μητέρας όσο και του παιδιού [Milunski et al 2000].

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες σχετικά με το παθητικό κάπνισμα του εμβρύου μέσω της μητέρας συγκρίνουν την διαφορά στο μέσο βάρος των νεογνών για τις γυναίκες που εκτέθηκαν και αυτές που δεν εκτέθηκαν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης τους. Συγκεκριμένα, μελέτη έδειξε ότι το μέσο βάρος των νεογνών υπολείπεται συγκριτικά με τις γυναίκες που δεν εκτέθηκαν στον καπνό κατά 165 γρ. ($P= 0.005$) κάτι που είναι ιδιαίτερης σημασίας όταν μιλάμε για οριακές τιμές βάρους γέννησης νεογνού <2500 χιλιόγραμμα βάρους [Steyn, et al. 2006]. Αποτελέσματα άλλης μελέτης έδειξαν αντίστοιχα ότι το μέσο βάρος υπολείπεται κατά 138 γρ. για τα νεογνά των οποίων οι μητέρες δεν εκτείθονταν παθητικά σε καπνό κατά την διάρκεια της κύησης [Goel et al].

Επιπρόσθετα είναι γνωστή η δράση των βλαπτικών παραγόντων του καπνού στο αναπνευστικό σύστημα των νεογνών με βλαβερές συνέπειες που μπορούν να παραμείνουν και έως την ενήλικη ζωή. Συγκεκριμένα, μελέτη έχει δείξει ότι το ενεργητικό κάπνισμα της μητέρας έχει συσχετιστεί με την πρόκληση ανατομικών, δομικών και επομένως λειτουργικών ανωμαλιών στην ανάπτυξη και την κατασκευή των πνευμόνων του νεογνού [Elliot, et al. 1998].

Επίσης, η παθητική έκθεση της μητέρας στον καπνό τσιγάρου έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση άσθματος στο νεογνό ($P=0.05$) [Barber, et al. 1996]. Προσθέτοντας, μελέτη έδειξε ότι η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αλλά και μετά σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσημάτων του αναπνευστικού ιδιαίτερα κατά τους πρώτους έξι μήνες ζωής [Kukla, et al. 2004]. Η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου έχει συσχετιστεί επίσης θετικά με την εκδήλωση ασθματικής βρογχίτιδας ($OR= 1,2$ 95% CI 1,1-1,5) [Magnusson, et al 2005]. Σε άλλη μελέτη φάνηκε ότι η συσχέτιση έκθεσης του εμβρύου στον καπνό καπνίσματος του πατέρα με την εμφάνιση ασθματικής βρογχίτιδας, άσθματος, βρογχίτιδας και έντονου βήχα με $OR= 1,15$ περίπου για κάθε περίπτωση. Η ίδια μελέτη επιβεβαιώνει τις αρνητικές επιπτώσεις της έκθεσης στον καπνό του τσιγάρου κατά την διάρκεια αλλά και μετά την γέννηση, στο αναπνευστικό σύστημα των παιδιών [Pattenden, et al. 2006].

Προσθέτοντας, το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης αλλά και η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την πρώτη βρεφική ηλικία έχουν συσχετιστεί με τον ξαφνικό θάνατο βρεφών χωρίς νεκροτομικά ευρήματα. Μελέτες έχουν δείξει συσχέτιση της εμφάνισης του συνδρόμου αυτού με τον αριθμό των καπνιστών που υπάρχουν στην οικογένεια και τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν. Το odds ratio για εκδήλωση του συνδρόμου από την έκθεση στον καπνό της μητέρας $OR= 2,28$, του πατέρα $OR=3,46$, των άλλων ενηλίκων $OR=2,18$ και συνολικά ($OR=3,50$ με CI 95% 1,81-6,75) [Klonoff-Cohen, et al. 1995].

Ολοκληρώνοντας, πλήθος μελετών υποστηρίζουν την εμφάνιση λειτουργικών και δομικών αλλαγών στο συκώτι και στην καρδιά των παιδιών που έχουν εκτεθεί στο παθητικό κάπνισμα της μητέρας κατά την κύηση [LampI, et al. 2005] καθώς και μετέπειτα μαθησιακές δυσκολίες κατά την ανάπτυξη τους [Fried, et al. 1997].

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γ.1 Σκοπός της μελέτης

Πρωταρχικός σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να ολοκληρωθεί η πιλοτική φάση της διεθνούς μελέτης που έχει ως στόχο να μελετήσει την επίδραση περιβαλλοντικών και διατροφικών εκθέσεων κατά την προγεννητική περίοδο στο μωρό αμέσως μετά την γέννηση αλλά και στο παιδί στα πρώτα χρόνια της ανάπτυξης του. Η πιλοτική φάση έγινε στα δυο δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ και Βενιζέλειο).

Γ.1.1 Συγκεκριμένοι στόχοι της πιλοτικής μελέτης

Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των εγκυμονουσών γυναικών του δείγματος;
2. Πόσο επηρεάζεται η συμμετοχή στην μελέτη από την καταγωγή των εγκύων γυναικών ανάλογα με το εάν είναι ελληνίδες ή αλλοδαπές;
3. Ποιος είναι ο επιπολασμός του καπνίσματος ενεργητικού και παθητικού στις έγκυες γυναίκες και πως αυτό σχετίζεται με κοινωνικό- δημογραφικούς παράγοντες;
4. Ποιές υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούνται από τις έγκυες γυναίκες, με ποια συχνότητα και πως σχετίζονται με κοινωνικό- δημογραφικούς παράγοντες ιδιαίτερα με την καταγωγή και την κοινωνικοοικονομική θέση;

Γ.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

Γ.2.1 Επιλογή Δείγματος

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα δύο δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου, το Πανεπιστημιακό και το Βενιζέλειο- Παννάκειο νοσοκομείο Ηρακλείου κατά την χρονική περίοδο 7.6.06 έως 6.7.06. Ο πληθυσμός της μελέτης προέκυψε από το σύνολο των γυναικών συμπεριλαμβανομένου και των αλλοδαπών που προσέρχονται να γεννήσουν στα δυο δημόσια νοσοκομεία στο διάστημα 7.6.06 έως 6.7.06. Επειδή ένας από τους στόχους της μελέτης ήταν να καταγραφούν τα δημογραφικά στοιχεία των έγκυων γυναικών στα δυο νοσοκομεία, δεν εφαρμόστηκε κανένα κριτήριο αποκλεισμού για τις εγκυμονούσες γυναίκες. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης από δυο συνεντεύκτριες, μια για το κάθε νοσοκομείο. Για την συνέντευξη χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο, το οποίο συντάχθηκε από την επιστημονική ομάδα της μελέτης. Η συνέντευξη λάμβανε μέρος στον θάλαμο του νοσοκομείου στον οποίο διέμενε η λεχιάδα μετά τον τοκετό και είχε διάρκεια περίπου πέντε λεπτών. Καθημερινά κάθε συνεντεύκτρια και στα δυο νοσοκομεία επισκέπτονταν την μαιευτική κλινική και βασιζόμενη στο πλάνο ασθενών της κλινικής καθώς και το τετράδιο “εισελθόντων και εξελθόντων” γυναικών εντόπιζε τους νέους τοκετούς και λάμβανε συνεντεύξεις από τις καινούριες λεχιάδες. Αυτό το σύστημα καταγραφής εξασφάλισε μηδενικό ποσοστό απωλειών.

Γ.2.2 Δεοντολογία

Αίτηση για άδεια για την διεξαγωγή της μελέτης κατατέθηκε και στα δυο νοσοκομεία στις αντίστοιχες επιτροπές ηθικής και κατόπιν εγκρίσεως η μελέτη ξεκίνησε. Σύμφωνα με τον κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας, οι γυναίκες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης και την πιθανή ωφέλεια μέσα από αυτήν, απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις σχετικά με το αντικείμενο της έρευνας και μόνο όσες συμφώνησαν να υπογράψουν το έντυπο συγκατάθεσης έλαβαν μέρος στην μελέτη (βλ. Παράρτημα).

Γ.2.3 Ερωτηματολόγιο

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο(βλ. Παράρτημα) , που δημιουργήθηκε σύμφωνα με τους αντικειμενικούς στόχους και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, ώστε να πραγματοποιηθεί και να ολοκληρωθεί επιτυχώς το πιλοτικό στάδιο της διεθνούς μελέτης. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αποτελούν μια τροποποιημένη εκδοχή από το ερωτηματολόγιο της κυρίως μελέτης. Τα ερωτηματολόγια της κυρίως μελέτης έχουν αναπτυχθεί παράλληλα με τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στις μελέτες των άλλων κρατών του ευρωπαϊκού προγράμματος, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί και ελεγχθεί ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει ερωτήσεις στις εξής θεματικές ενότητες:

α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των λεχιδών (Ερωτήσεις 3-16&18-21)

Στην ενότητα αυτή διευκρινίζονται παράγοντες που αφορούν την ηλικία, τον τόπο γέννησης και μόνιμης κατοικίας της λεχιδας καθώς και η εθνικότητα, η μητρική γλώσσα και τα χρόνια μόνιμης κατοικίας στην Κρήτη και συνολικά στην Ελλάδα.

β. Κοινωνικό- οικονομικά χαρακτηριστικά (Ερωτήσεις 22-27)

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με την εργασία της λεχιδας πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, το είδος της εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο και τέλος την κοινωνική ασφάλιση υγείας της λεχιδας.

γ. Χρήση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. (Ερωτήσεις 6-12)

Σε αυτό το σημείο οι ερωτήσεις αποσαφηνίζουν ποια είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τις γυναίκες και συγκεκριμένα την ημερομηνία πρώτης επίσκεψης στον γυναικολόγο, την ημερομηνία και τον τόπο διεξαγωγής του 1^{ου} μεγάλου υπέρηχου, τον συνολικό αριθμό επισκέψεων στον γυναικολόγο και των υπερήχων συνολικά καθώς και την επιλογή δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου για την παρακολούθηση της εγκυμοσύνης τους.

δ. Ιστορικό εγκυμοσύνης. (Ερωτήσεις 1-5)

Οι ερωτήσεις εδώ αφορούν την καταγραφή της ημερομηνίας τοκετού και τελευταίας περιόδου καθώς και του τρόπου και τόπου επιβεβαίωσης της εγκυμοσύνης.

ε. Κατανόηση ελληνικής γλώσσας από αλλοδαπές (Ερώτηση 17)

Η ερώτηση αυτή διευκρινίζει το επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας από τις αλλοδαπές όπως το προσδιορίζουν οι ίδιες.

στ. Έκθεση στο κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ερώτηση 28-35)

Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις για τον προσδιορισμό του επιπολασμού του καπνίσματος πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για τις γυναίκες καθώς και της έκθεσης τους στον καπνό του τσιγάρου παθητικά (στο σπίτι, στην εργασία, σε χώρους ψυχαγωγίας και οπουδήποτε αλλού).

ζ. Ερωτήσεις που συμπληρώνονται από τον ερευνητή (Ερώτηση 35-36)

Ολοκληρώνοντας, οι ερωτήσεις αυτές συμπληρώνονταν από τον ερευνητή και προσδιορίζουν το επίπεδο κατανόησης της ελληνικής γλώσσας για τις αλλοδαπές αλλά και το επίπεδο συμμετοχής των γυναικών συνολικά στην συνέντευξη.

Γ.4 Στατιστική ανάλυση στοιχείων έρευνας

Γ.4.1 Καθορισμός μεγέθους Δείγματος

Για τον καθορισμό του μεγέθους του δείγματος χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό Epi- Info Vers.6 με βάση τις παρακάτω παραμέτρους. Θεωρήσαμε ότι μια από τις σπουδαιότερες μεταβλητές είναι αυτή που αντιστοιχεί στο είδος του τοκετού (καισαρική τομή, φυσιολογικός τοκετός). Το μέγεθος υπολογίστηκε παίρνοντας υπόψη τόσο την ακρίβεια των εκτιμήσεων επιπολασμού (του τρόπου τοκετού), όσο και την στατιστική συσχέτιση ανάμεσα στον τρόπο τοκετού και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες και συγκεκριμένα την εθνική καταγωγή των εγκύων γυναικών.

Υπολογισμός επιπολασμού:

- Θεωρήσαμε το συνολικό δείγμα ως 3500 τοκετούς ετήσιους στο Νομό Ηρακλείου (στοιχεία από την Στατιστική Υπηρεσία).
- Θεωρήσαμε ως αποδεκτό σφάλμα το 5%.
- Εάν το ποσοστό καισαρικών ήτανε 50% θα χρειαζόμασταν ένα δείγμα 350 γυναικών με δεδομένο το σφάλμα 5%. Το αντίστοιχο δείγμα για ποσοστά καισαρικών 30% και 20% είναι 295 γυναίκες και 230 γυναίκες αντίστοιχα.

Υπολογισμός ισχύος συσχέτισης καισαρικής και εθνικότητας:

- Θεωρήσαμε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $p= 0.05$ και επομένως διάστημα εμπιστοσύνης το 95%.
- Η ισχύς της μελέτης ορίστηκε ως 80%.
- Με μια κατανομή Ελληνίδων προς Αλλοδαπές 3 προς 1 (δηλαδή 25% των γεννήσεων από αλλοδαπές) και με συχνότητα καισαρικής στις Αλλοδαπές 30%, μία μελέτη με 200 γεννήσεις θα είχε ισχύ να υπολογίσει ένα σχετικό κίνδυνο 1,8 (δηλαδή 80% πιο υψηλό ποσοστό καισαρικής στις Ελληνίδες).
- Με μια κατανομή Ελληνίδων προς Αλλοδαπές 9 προς 1 (δηλαδή 10% των γεννήσεων από αλλοδαπές) και με συχνότητα καισαρικής στις Αλλοδαπές 30%, μία μελέτη με 200 γεννήσεις θα είχε ισχύ να υπολογίσει ένα σχετικό κίνδυνο 2,1 (δηλαδή περίπου δύο φορές παραπάνω πιο υψηλό ποσοστό καισαρικής στις Ελληνίδες).

Με δεδομένο ότι υπήρχε σημαντική άγνοια όσον αφορά τις διαφορές στη χρήση υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε γυναίκες διαφορετικής κοινωνικό-οικονομικής θέσης ή εθνικότητας (στατιστικές που άλλωστε ήταν ο κύριος στόχος της πιλοτικής μελέτης), δεν έγιναν άλλοι υπολογισμοί στατιστικής ισχύος.

Γ.4.2 Μεταβλητές

Οι κύριες μεταβλητές στην παρούσα έρευνα διαμορφώθηκαν σύμφωνα με τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου και προκωδικοποιήθηκαν, προκειμένου να μπορούν να περαστούν τα στοιχεία στο στατιστικό πρόγραμμα για την απαραίτητη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Γ.4.3 Στατιστική ανάλυση- Ποιοτικές και Ποσοτικές Μεταβλητές

Για την επεξεργασία των δεδομένων έγινε καταχώρηση τους στο Data Editor του προγράμματος Spss version 14.0 (SPSS Inc, Chicago, IL,USA), όπου κάθε στήλη αποτελούσε μια μεταβλητή (var) και κάθε γραμμή μια διαφορετική γυναίκα (case).

Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω είδη μοντέλων:

A. Μονοπαραγοντική Ανάλυση

1. Παραμετρικό χ^2

Οι παραδοχές για την χρήση του είναι τυχαίο δείγμα, ανεξαρτησία παρατηρήσεων, το 20% των κελιών στους πίνακες να έχουν αναμενόμενη συχνότητα πάνω από 5 και ο αριθμός των παρατηρήσεων να είναι 25- 250). Σε ορισμένες αναλύσεις στις οποίες η συχνότητα ήταν μικρότερη των 5 παρατηρήσεων υπολογίστηκε το Fisher's exact test.

2. Ανάλυση Διασποράς με έναν παράγοντα (One- Way- Anova)

3. T- test για ανεξάρτητα δείγματα.

Οι παραδοχές για την χρήση του είναι τυχαίο δείγμα και η ανεξαρτησία και ομοιογένεια των παρατηρήσεων.

B. Πολυπαραγοντική Ανάλυση και συγκεκριμένα λογισμική εξάρτηση και γραμμική εξάρτηση παίρνοντας υπόψη την ύπαρξη πιθανών συγχυτικών παραγόντων. Λόγω του πιλοτικού χαρακτήρα της μελέτης και της σχετικής άγνοιας όσον αφορά την κατανομή διαφόρων παραγόντων (πχ. χρήση υπηρεσιών υγείας, τρόπος ζωής σε σχέση με την κοινωνικό-οικονομική θέση και την εθνικότητα) εφαρμόστηκαν μοντέλα βασισμένα σε υποθέσεις παρά σε ήδη υπάρχοντα δεδομένα από μελέτες εγκύων γυναικών στην Κρήτη. Για την πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν τα στατιστικά λογισμικά Spss version 14.0 και Stata 8.0.

Γ. Ορισμός Πιθανών Συγχυτικών Παραγόντων.

Δ. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δ.1 Χαρακτηριστικά Δείγματος Μελέτης (Ελληνίδες και αλλοδαπές)

Στο διάστημα ενός μηνός είχαμε περίπου ίδιο αριθμό γεννήσεων και για τα δυο νοσοκομεία ενώ το ποσοστό συμμετοχής των λεχωίδων ήταν 100% (n=196). Παράλληλα, ο αριθμό των αλλοδαπών που γέννησαν στο διάστημα αυτό στα δυο νοσοκομεία, οι οποίες συμμετείχαν στην μελέτη ανέρχεται σε ποσοστό 27.7 % (n=54) επί του συνόλου (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1 Χαρακτηριστικά δείγματος και επίπεδα κατανόησης γλώσσας από λεχωίδες.

Νοσοκομείο	Αριθμός γεννήσεων	Ποσοστό (%)
Βενιζέλειο	100	51
ΠΑΓΝΗ	96	49
Εθνικότητα	Αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Ελληνίδες	142	72.3
Αλλοδαπές	54	27.7
Εθνικότητα	Αριθμός (N)	Ποσοστό (%)
Βουλγάρικη	9	4.6
Ρουμάνικη	4	2
Αλβανική	31	15.8
Γεωργιανή	1	0.5
Ρώσικη	2	1
Άλλη	7	3.6
Σύνολο	196	100

Σε γενικές γραμμές συμπεραίνουμε τα αποτελέσματα διαφέρουν αρκετά όσον αφορά τις απόψεις των λεχιδών σε σχέση με των συνεντευκτριών όσον αφορά την κατανόηση της ελληνικής γλώσσας με τις λεχίδες να κατατάσσουν τις αλλοδαπές σε καλύτερα επίπεδα κατανόησης από ότι οι ίδιες τον εαυτό τους. Παράλληλα, το ποσοστό των γυναικών που δεν έχουν πολύ καλή κατανόηση της γλώσσας ή έστω καλή είναι πολύ υψηλό δηλαδή πάνω από το 50% και στις δυο περιπτώσεις (κατά συνεντεύκτρια/ κατά λεχίδα) (Πίνακας 2.2).

Πίνακας 2.2 Χαρακτηριστικά δείγματος και επίπεδα κατανόησης γλώσσας από λεχίδες.

Κατανόηση Ελληνικής Γλώσσας	Κατά λεχίδα - Κατά συνεντεύκτρια							
	Πολύ καλά		Καλά		Μέτρια		Κακά	
Σύνολο	10,9	22,8	25,5	21,1	27,3	19,3	36,4	36,8
Βενιζέλειο	17,9	27,6	28,6	27,6	25,0	10,3	28,6	34,5
ΠΑΓΝΗ	3,7	17,9	22,2	14,3	29,6	28,6	44,4	39,3

Δ.2 Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των λεχωίδων- Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο και το είδος τοκετού.

Σε γενικές γραμμές περίπου το 70% του πληθυσμού έχει ηλικία από 23-35 και περίπου ο μισός πληθυσμός έχει δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ το 90,4% είναι μόνιμοι κάτοικοι του νομού Ηρακλείου. Στατιστικώς σημαντική διαφορά παρατηρείται στο μορφωτικό επίπεδο μεταξύ αλλοδαπών και ελληνίδων ($p=0,009$). Συγκεκριμένα, 38,9 % των αλλοδαπών έχει χαμηλή ή καθόλου εκπαίδευση έναντι 19% για τις ελληνίδες και 14,8 % ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση για τις αλλοδαπές έναντι 32,3 % για τις ελληνίδες (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά Ελληνίδων και αλλοδαπών λεχωίδων.

	Σύνολο		Ελληνίδες		Αλλοδαπές	
	N	N%	N	N%	N	N%
Ηλικία						
16-22	37	18.87	22	15.5	15	27.8
23-28	68	34.69	49	34.5	19	35.2
29-35	70	35.71	53	37.3	17	31.5
36-52	21	10.71	18	12.7	3	5.6
P value	0.147					
Εκπαίδευση						
Καμία	12	6,1	5	3.5	7	13
Δημοτικό	36	18,4	22	15.5	14	25.9
Γυμνάσιο	32	16,3	21	14.8	11	20.4
Λύκειο	62	31,6	48	33.8	14	25.9
Ανωτ. Σχολή	15	7,7	11	7.7	4	7.4
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	39	19,9	35	24.6	4	7.4
P value	0.009					
Μόνιμη Κατοικία						
Ηράκλειο	177	90.4	132	93	45	83.3
Ρέθυμνο	8	4.1	6	4.2	2	3.7
Χανιά	4	2.0	1	0.7	3	5.6
Λασιθί	4	2.0	3	2.1	1	1.9
Άλλο	3	1.5	0	0	3	5.6
P value	0.012					

*P value για διαφορές μεταξύ ελληνίδων και αλλοδαπών

Ποσοστό 69.4% δεν εργάζονταν κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συνολικά και από αυτές που εργάζονταν το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση ως δυο βασικότερες ασφάλειες αναδουκνείονται το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ. Προσθέτοντας σε αυτό το σημείο, ως προ την εργασία ($p=0,009$) και το επάγγελμα ($p=0,002$) πριν την εγκυμοσύνη παρουσιάζεται στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο κατηγορίες. Το ίδιο ισχύει και για την περίοδο της εγκυμοσύνης με στατιστικά σημαντικές διαφορές για την εργασία ($p=0,023$) και το επάγγελμα ($p=0,005$) αντίστοιχα. Τα ποσοστά διαμορφώνονται βάση της ανάλυσης ως εξής: 57,4% των αλλοδαπών δεν εργάζονταν προ εγκυμοσύνης έναντι 36,6% των ελληνίδων ενώ το 59,3% των αλλοδαπών δήλωσε ότι δεν ασκούσε κανένα επάγγελμα προ εγκυμοσύνης έναντι 36,6 % των ελληνίδων. Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ποσοστό 81,5 % δεν εργάζονταν από τις αλλοδαπές έναντι του 64,8 % των ελληνίδων και τα ίδια ποσοστά προέκυψαν και για το επάγγελμα. Ολοκληρώνοντας, το μεγαλύτερο ποσοστό των λεχιδών έχουν ασφαλιστεί στο ΙΚΑ και στον ΟΓΑ και για τις δυο κατηγορίες ενώ το 20,4% είναι ανασφάλιστες για τις αλλοδαπές έναντι του 4,2% για τις ελληνίδες ($p=0,001$) (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 3.2 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά Ελληνίδων και αλλοδαπών λεχωίδων.

	Σύνολο		Ελληνίδες		Αλλοδαπές	
	N	N%	N	N%	N	N%
Εργασία προ εγκυμ.						
ΝΑΙ	113	57,7	90	63.4	23	42.6
ΟΧΙ	83	42,3	52	36.6	31	57.4
P value	0.009					
Εργασία εγκυμοσύνη						
ΝΑΙ	60	30,6	50	35.2	10	18.5
ΟΧΙ	136	69,4	92	64.8	44	81.5
P value	0.023					
Επάγγελμα Προ εγκυμ.						
Κανένα	84	42,9	52	36.6	32	59.3
Δημόσιος						
Υπάλληλος	17	8,7	17	12	0	0
Ιδιωτικός						
Υπάλληλος	69	35,2	54	38	15	27.8
Ελεύθ.						
Επαγγελμ.	19	9,7	16	11.3	3	5.6
Αγροτική/ Γεωργική	7	3,6	3	2.1	4	7.4
P value	0.002					
Επάγγελμα εγκυμοσύνη						
Κανένα	136	69,4	92	64.8	44	81.5
Δημόσιος						
Υπάλληλος	14	7,1	14	9.9	0	0
Ιδιωτικός						
Υπάλληλος	32	16,3	26	18.3	6	11.1
Ελεύθ.						
Επαγγελμ.	12	6,1	10	7	2	3.7
Αγροτική/ Γεωργική	2	1	0	0	2	3.7
P value	0.005					
Ασφάλεια						
Καμία	17	8,7	6	4.2	11	20.4
ΟΓΑ	54	27,6	39	27.5	15	27.8
ΙΚΑ	77	39,3	57	40.1	21	38.9
ΤΕΒΕ	15	7,7	10	7	5	9.3
Δημοσίου	12	6,1	12	8.5	0	0
Άλλο	20	10,2	18	12.7	2	3.7
P value	0.001					

*P value για διαφορές μεταξύ ελληνίδων και αλλοδαπών

Ποσοστό 26,8% από το δείγμα κάτοικοι αγροτικών περιοχών έχει τελειώσει μόλις το δημοτικό σε σχέση με τα κατά πολύ χαμηλότερα ποσοστά στις αστικές και ημιαστικές περιοχές. Παράλληλα, το ποσοστό όσων έχουν τελειώσει το πανεπιστήμιο είναι μεγαλύτερο για τους κατοίκους των αστικών περιοχών (Πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά λεχωίδων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

*P value για διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

	Αστική		Ημιαστική		Αγροτική	
	N	N%	N	N%	N	N%
Ηλικία						
16-22	20	17,4	7	17.5	10	24.4
23-28	39	33,9	15	37.5	14	34.1
29-35	44	38,3	12	30	14	34.1
36-52	12	10,4	6	15	3	7.3
P value	0.847					
Εκπαίδευση						
Καμία	9	7.8	1	2.5	2	4.9
Δημοτικό	20	17.4	5	12.5	11	26.8
Γυμνάσιο	18	15.7	6	15	8	19.5
Λύκειο	32	27.8	18	45	12	29.3
Ανωτέρα Σχολή	9	7.8	3	7.5	3	7.3
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	27	23.5	7	17.5	5	12.2
P value	0.514					

Αντίστοιχα ένα μεγάλο ποσοστό γύρω στο 60% για τις κατοίκους αστικών και ημιαστικών περιοχών εργάζονταν πριν την εγκυμοσύνη σε αντίθεση με το 36.6 % για τις κατοίκους αγροτικών περιοχών ($p= 0.009$). Τα αποτελέσματα για την εργασία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης κυμαίνονται αναλόγως σε πιο μικρά ποσοστά δηλαδή γύρω στο 30% για τις κατοίκους αστικών και ημιαστικών περιοχών και 14.6 % για τις κατοίκους αγροτικών περιοχών ($p= 0.022$). Όσον αφορά το επάγγελμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκύπτει ότι μόνο το 1.7% των κατοίκων της αστικής ζώνης ασκεί κάποια αγροτική ή γεωργική εργασία ενώ για τις άλλες δυο ζώνες το ποσοστό είναι μηδενικό ($p= 0.022$). Ολοκληρώνοντας, η κύρια ασφάλεια για τις κατοίκους της αστικής περιοχής είναι το ΙΚΑ (50.4%), γι' αυτές της ημιαστικής το ΙΚΑ (30%) και ο ΟΓΑ (35%) και της αγροτικής ο ΟΓΑ (63.4%) με μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων (14.6%)($p= 0.0005$) (Πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.2 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά λεχωίδων ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

	Αστική		Ημιαστική		Αγροτική	
	N	N%	N	N%	N	N%
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη						
NAI	73	63,5	25	62,5	15	36,6
OXI	42	36,5	15	37,5	26	63,4
P value	0,009					
Εργασία στην εγκυμοσύνη						
NAI	43	37,4	11	27,5	6	14,6
OXI	72	62,6	29	72,5	35	85,4
P value	0,022					
Επάγγελμα πριν την εγκυμοσύνη						
Κανένα	43	37,4	16	40	25	61
Δημόσιος						
Υπάλληλος	13	11,3	2	5	2	4,9
Ιδιωτικός Υπάλληλος	47	40,9	13	32,5	9	22
Ελεύθ. Επαγγελμ.	9	7,8	7	17,5	3	7,3
Αγροτική/ Γεωργική	3	2,6	2	5	2	4,9
P value	0,098					
Επάγγελμα στην εγκυμοσύνη						
Κανένα	72	62,6	29	72,5	35	85,4
Δημόσιος						
Υπάλληλος	11	9,6	2	5	1	2,4
Ιδιωτικός Υπάλληλος	24	20,9	3	7,5	5	12,2
Ελεύθ. Επαγγελμ.	6	5,2	6	15	0	0
Αγροτική/ Γεωργική	2	1,7	0	0	0	0
P value	0,022					
Ασφάλεια						
Καμία	9	7,8	2	5	6	14,6
ΟΓΑ	14	12,2	14	35	26	63,4
ΙΚΑ	58	50,4	12	30	7	17,1
ΤΕΒΕ	11	9,6	4	10	0	0
Δημοσίου	8	7	4	10	0	0
Άλλο	15	13,1	4	10	2	4,9
P value	0,0005					

*P value για διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

Όσον αφορά την εργασία κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης παρατηρούμε ότι στην κατηγορία χαμηλού μορφωτικού επιπέδου μόνο το 8,3% εργάζονταν σε αντίθεση με τις άλλες δυο κατηγορίες όπου το ποσοστό ανέρχεται σε >30% ($p= 0,0005$). Για το είδος του επαγγέλματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης προκύπτει ότι για την κατηγορία χαμηλού μορφωτικού επιπέδους 91,7% δεν είχε κανένα επάγγελμα, 20,26% στην κατηγορία μεσαίου μορφωτικού επιπέδου ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και για την τρίτη κατηγορία 22,2% δημόσιοι υπάλληλοι (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των λεχωίδων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

	Χαμηλό		Μεσαίο		Υψηλό	
	N	N%	N	N%	N	N%
Εργασία στην εγκυμοσύνη						
ΝΑΙ	4	8,3	31	33	25	46,3
ΟΧΙ	44	91,7	63	67	29	53,7
P value	0,0005					
Επάγγελμα στην εγκυμοσύνη						
Κανένα	44	91,7	63	67	29	53,7
Δημόσιος						
Υπάλληλος	0	0	2	2,1	12	22,2
Ιδιωτικός						
Υπάλληλος	2	4,2	19	20,2	11	20,4
Ελεύθ.						
Επαγγελμ.	0	0	10	10,6	2	3,7
Αγροτική/ Γεωργική	2	4,2	0	0	0	0
P value	0,0005					
Ασφάλεια						
Καμία	6	12,5	9	9,6	2	3,7
ΟΓΑ	23	47,9	22	23,4	9	16,7
ΙΚΑ	15	31,3	42	44,7	20	37
ΤΕΒΕ	1	9,1	11	11,7	3	5,6
Δημοσίου	0	0	1	1,1	11	20,4
Άλλο	3	6,3	9	9,6	9	16,7
P value	0,0005					

*P value για διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Καισαρική τομή πραγματοποιήθηκε σε ποσοστό περίπου 50% επί του συνόλου των γεννήσεων. Από τις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό περίπου το 60% είχε ηλικία <28 έτη και το 40% από 29-52 έτη ενώ για τις γυναίκες με καισαρική τομή το ποσοστό αυτό διαμορφώνεται σε περίπου 45% για ηλικίες <28 έτη και 55% για ηλικίες 28-52 ($p= 0,0005$) (Πίνακας 6). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο ποσοστό φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών για άλλους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (οι διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα θα εξεταστούν στην συνέχεια).

Πίνακας 6 Κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των λεχωίδων ανάλογα με το είδος του τοκετού.

*P value για διαφορές ανάλογα με το είδος του τοκετού

	Φυσιολογικός Τοκετός		Καισαρική τομή	
	N	N%	N	N%
Ηλικία				
16-22	18	17,5	19	20,4
23-28	45	43,7	23	24,7
29-35	30	29,1	40	43
36-52	10	9,7	11	11,8
P value	0,043			
Εκπαίδευση				
Καμία	10	9,7	2	2,2
Δημοτικό	20	19,4	16	17,2
Γυμνάσιο	15	14,6	17	18,3
Λύκειο	33	32	29	31,2
Ανωτέρα Σχολή	8	7,8	7	7,5
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	17	16,5	22	23,7
P value	0,271			
Τόπος Μόνιμης Κατοικίας				
Αστική	58	56,3	57	61,3
Ημιαστική	23	22,3	17	18,3
Αγροτική	22	21,4	19	20,4
P value	0,734			
Εργασία πριν την εγκυμοσύνη				
ΝΑΙ	30	29,1	30	32,3
ΟΧΙ	73	70,9	63	67,7
P value	0,205			
Ασφάλεια				
Καμία	12	11,7	5	5,4
ΟΓΑ	30	29,1	24	25,8
ΙΚΑ	39	37,9	28	40,9
ΤΕΒΕ	7	6,8	8	8,6
Δημοσίου	5	4,9	7	7,5
Άλλο	10	9,7	11	11,8
P value	0,585			

Δ.3 Χρήση υπηρεσιών υγείας από τις λεχβίδες- Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με την εθνικότητα, τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο και το είδος τοκετού.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι περίπου οι μισές από τις γυναίκες γέννησαν με καισαρική τομή (47.7%), οι μισές από αυτές πραγματοποίησαν τον 1^ο υπέρηχο τους σε ιδιωτικό νοσοκομείο (44.8%) και το μεγαλύτερο ποσοστό διαπίστωσε την εγκυμοσύνη από την καθυστέρηση της περιόδου. Στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p= 0,036$) παρατηρήθηκε ως προς τον τρόπο διαπίστωσης της εγκυμοσύνης ανάμεσα σε ελληνίδες και αλλοδαπές και ως προς τον τρόπο επιβεβαίωσης της εγκυμοσύνης ($p= 0,001$) (Πίνακας 7.1).

Πίνακας 7.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας από ελληνίδες και αλλοδαπές

	Σύνολο		Ελληνίδες		Αλλοδαπές	
	N	N%	N	N%	N	N%
Τύπος Τοκετού						
Φυσιολογικός	103	52,6	73	51,4	30	55,6
Καισαρική τομή	93	47,7	69	48,6	24	44,4
P value	0,603					
Τρόπος Διαπίστωσης Κύησης						
Καθυστέρηση Περιόδου	145	75	109	76,8	36	66,7
Συμπτώματα Εγκυμοσύνης	22	11	11	7,7	11	20,4
Άλλο	28	14	22	15,5	6	11,1
P value	0,036					
Τρόπος Επιβεβαίωσης Κύησης						
Τεστ από Φαρμακείο	101	51,3	81	23,2	20	37
Μικροβιολογική Εξέταση	41	21	33	57	8	14,8
Ιατρική Εξέταση	47	24,1	23	16,2	24	44,4
Κανένας	2	1,0	1	0,7	1	1,9
Άλλο	5	2,6	4	2,8	1	1,9
P value	0,001					
Διεξαγωγή υπέρηχων						
ΝΑΙ	194	99	141	99,3	53	98,1
ΌΧΙ	2	1	1	0,7	1	1,9
P value	1,000					
Τόπος Διεξαγ. 1ου υπέρηχου						
Δημόσιο νοσοκομείο	108	55,2	73	52,1	35	64,8
Ιδιωτική κλινική/ ιατρείο	88	44,8	69	47,9	19	35,2
P value	0,122					

*P value για διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα μεγάλος αριθμός επισκέψεων στον γιατρό αλλά και πραγματοποίησης υπερήχων παρατηρείται για το συνολικά δείγμα, ενώ παράλληλα υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς τον αριθμό των επισκέψεων ($p= 0,0005$) αλλά και την πραγματοποίηση υπερήχων ($p= 0,0005$) ανάμεσα σε ελληνίδες και αλλοδαπές με τις ελληνίδες και στις δυο περιπτώσεις να επισκέπτονται συχνότερα τον γυναικολόγο και να πραγματοποιούν μεγαλύτερο αριθμό υπερήχων (Πίνακας 7.2).

Πίνακας 7.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας από ελληνίδες και αλλοδαπές.

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	Σύνολο	Ελληνίδες	Αλλοδαπές	P value
	mean±SD	mean±SD	mean±SD	
N Επισκέψεων στον γιατρό	11,36±5,28	12,29±5,29	8,96±4,49	0,0005
N Υπερήχων	8,12±4,81	9,06±4,95	5,62±3,34	0,0005
Εβδομάδα Διαπίστωσης Εγκυμ.	5,55±3,54	7,39±4,02	9,15±4,95	0,662
Εβδομάδα 1ης επίσκεψης	7,87±4,36	5,62±3,68	5,3 ±3,19	0,692

*P value για διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα

Δεν έχουμε σημαντικά ευρήματα όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις κατοίκους αστικής, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής (Πίνακας 8.1).

Πίνακας 8.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχωίδες ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

	Αστική		Ημιαστική		Αγροτική		P value
	N	N%	N	N%	N	N%	
Τύπος Τοκετού							0,751
Φυσιολογικός	58	50,4	23	57,5	22	53,7	
Καισαρική τομή	57	49,6	17	42,5	19	46,3	
Τρόπος Διαπίστωσης Κύησης							0,434
Καθυστέρηση Περιόδου	83	72,2	28	70	34	82,9	
Συμπτώματα Εγκυμοσύνης	13	11,3	7	17,5	2	4,9	
Άλλο	19	16,6	5	12,5	5	12,2	
Τρόπος Επιβεβαίωσης Κύησης							0,126
Τεστ από Φαρμακείο	22	19,1	5	12,5	14	34,1	
Μικροβιολογική Εξέταση	58	50,4	23	57,5	19	46,3	
Ιατρική Εξέταση	30	26,1	9	22,5	8	19,5	
Κανένας	2	1,7	0	0	0	0	
Άλλο	3	2,6	3	7,5	0	0	
Τόπος Διεξαγ. 1ου υπερήχου							0,215
Δημόσιο νοσοκομείο	66	57,4	25	62,5	18	43,9	
Ιδιωτική κλινική/ ιατρείο	49	42,6	15	37,5	23	56,1	

*P value για διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

Δεν έχουμε σημαντικά ευρήματα όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις κατοίκους αστικής, ημιαστικής και αγροτικής περιοχής(Πίνακας 8.2).

Πίνακας 8.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	Αστική	Ημιαστική	Αγροτική	P value
	mean±SD	mean±SD	mean±SD	
N Επισκέψεων στον γιατρό	11,75±5,70	10,80±4,44	10,85±4,82	> 0,05
N Υπερήχων	8,40±5,11	8,60±4,91	6,90±3,61	> 0,05
Εβδομάδα Διαπίστωσης Εγκυμ.	5,55±3,90	4,85±2,18	6,24±3,52	> 0,05
Εβδομάδα 1 ^{ης} επίσκεψης	7,77±4,90	7,23±3,10	8,80±3,66	> 0,05

*P value για διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

Παρατηρείται μια αύξηση στον αριθμό πραγματοποίησης καισαρικών τομών όσο προχωράμε σε υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο χωρίς η διαφορά να είναι στατιστικώς σημαντική. Σημαντική διαφορά παρατηρείται στον τρόπο διαπίστωσης της εγκυμοσύνης ανάμεσα στις τρεις κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου ($p= 0,017$) με υψηλό ποσοστό 20,8% των γυναικών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου να διαπιστώνει την εγκυμοσύνη βασιζόμενη στα κοινά συμπτώματα έναντι 10,6% για τις γυναίκες μεσαίου και 3,7% χαμηλού μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 9.1).

Πίνακας 9.1 Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχρίδες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

	Χαμηλό		Μεσαίο		Υψηλό		P value
	N	N%	N	N%	N	N%	
Τύπος Τοκετού							0,242
Φυσιολογικός	30	62,5	48	51,1	25	46,3	
Καισαρική τομή	18	37,5	46	48,9	29	53,7	
Τρόπος Διαπίστωσης Κύησης							0,017
Καθυστέρηση Περιόδου	34	70,8	72	76,6	39	72,2	
Συμπτώματα Εγκυμοσύνης	10	20,8	10	10,6	2	3,7	
Άλλο	4	8,3	12	12,8	13	24,1	
Τρόπος Επιβεβαίωσης Κύησης							0,370
Τεστ από Φαρμακείο	7	14,6	23	24,5	11	20,4	
Μικροβιολογική Εξέταση	21	43,8	49	52,1	30	55,6	
Ιατρική Εξέταση	18	37,5	17	18,1	12	22,2	
Κανένας	1	2,1	1	1,1	0	0	
Άλλο	1	2,1	4	4,3	1	1,9	
Τόπος Διεξαγ. 1ου υπερήχου							0,491
Δημόσιο νοσοκομείο	30	62,5	48	51,1	29	53,7	
Ιδιωτική κλινική/ ιατρείο	18	37,5	46	48,9	25	46,3	

*P value για διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Παρατηρείται αύξηση ως προς τον αριθμό των επισκέψεων στον γυναικολόγο και τον αριθμό διεξαγωγής υπερήχων κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάμεσα στην κατηγορία των γυναικών χαμηλού μορφωτικού επιπέδου με την κατηγορία μεσαίου αλλά και υψηλού με τις δυο τελευταίες κατηγορίες να έχουν μεγαλύτερο μέσο αριθμό υπερήχων και η δεύτερη διαφορά είναι στατιστικώς σημαντική (Πίνακας 9.2).

Πίνακας 9.2 Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιδες ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	Χαμηλό	Μεσαίο	Υψηλό	P value
	mean±SD	mean±SD	Mean±SD	
N Επισκέψεων στον γιατρό	9,79±4,67	11,8±5,22	12,04±5,71	>0,05 p1=0,006 p2=0,0005 p3=0,324
N Υπερήχων	5,83±3,75	8,41±4,55	9,69±5,37	>0,05
Εβδομάδα Διαπίστωσης Εγκυμ.	6,15±3,27	5,20±3,92	5,63±3,05	>0,05
Εβδομάδα 1 ^{ης} επίσκεψης	8,25±3,47	8,06±5,07	7,20±3,66	>0,05

p1=σύγκριση κατηγορίας χαμηλού με μεσαίο μορφωτικό επίπεδο

p2= σύγκριση κατηγορίας χαμηλού με υψηλό μορφωτικό επίπεδο

p3= σύγκριση κατηγορίας μεσαίο με υψηλό μορφωτικό επίπεδο

Δεν έχουμε σημαντικά ευρήματα όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στις γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό και αυτές με καισαρική τομή (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 Χρήση υπηρεσιών υγείας από λεχιδες ανάλογα με το είδος του τοκετού.

Χρήση Υπηρεσιών Υγείας	Φυσιολογικός Τοκετός	Καισαρική τομή	P value
	mean±SD	mean±SD	
N Επισκέψεων στον γιατρό	11,26±5,54	11,49±5,01	0,766
N Υπερήχων	7,97±4,27	8,30±5,36	0,633
Εβδομάδα Διαπίστωσης Εγκυμ.	5,37±3,96	5,75±3,03	0,451
Εβδομάδα 1 ^{ης} επίσκεψης	7,57±4,43	8,20±4,28	0,313

*P value για διαφορές ανάλογα με το είδος του τοκετού

Δ.4 Στοιχεία για το κάπνισμα και την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου-Ανάδειξη συσχετίσεων ανάλογα με τόπο καταγωγής, τόπο κατοικίας, μορφωτικό επίπεδο και είδος τοκετού.

Παρατηρείται μια μείωση στον επιπολασμό του καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (22,4%) σε σχέση με πριν (35,7%) με υψηλό βαθμό έκθεσης όμως στον καπνό του τσιγάρου την περίοδο της εγκυμοσύνης (69,4%). Παράλληλα, από τα δεδομένα προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς το κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη ανάμεσα στις ελληνίδες (40,8%) και στις αλλοδαπές (22,2%) ($p=0,015$) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στις ελληνίδες και αλλοδαπές λεχιδες.

Έκθεση	Σύνολο (N%)	Ελληνίδες(N%)	Αλλοδαπές(N%)	P value
Κάπνισμα πριν εγκυμοσύνη	35,7 (70/196)	40,8 (58/142)	22,2(12/54)	0,015
Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	22,4 (44/196)	25,4(36/142)	14,8(8/54)	0,114
Παθητική Έκθεση Εγκύου	69,4(136/196)	71,8(102/142)	63(34/54)	0,229

*P value για διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μεγαλύτερη έκθεση στον καπνό του τσιγάρου πραγματοποιείται στον χώρο του σπιτιού. Διαφορά παρατηρείται στην έκθεση στον καπνό του τσιγάρου κατά την διάρκεια της εργασίας ανάμεσα στις ελληνίδες και τις αλλοδαπές αλλά η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικώς σημαντική. Παράλληλα, ο αριθμός των τσιγάρων που καταλάωναν ημερησίως οι λεχιδες πριν την εγκυμοσύνη παρουσιάζουν στατιστικώς σημαντική διαφορά ($p=0,017$) ανάμεσα σε ελληνίδες και αλλοδαπές με την μεγαλύτερη κατανάλωση να γίνεται από ελληνίδες (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Εκθέσεις σε καπνό τσιγάρου από πηγές (μετρήσεις σε ώρες)& κατανάλωση αριθμού τσιγάρων από καπνίστριες πριν & κατά την διάρκεια της κύησης στις ελληνίδες και αλλοδαπές λεχιδες .

Πηγή Έκθεσης	Σύνολο mean±SD	Ημερήσια Έκθεση(ώρες/ημέρα)		
		Ελληνίδες mean±SD	Αλλοδαπές mean±SD	P value
Έκθεση στο σπίτι	2,57±3,43	2,68±3,64	2,3±2,85	0,489
Έκθεση στην εργασία	0,68±2,16	0,82±2,36	0,33±1,49	0,089
Έκθεση σε χώρους ψυχαγωγίας	0,98±1,45	1,05±1,48	0,81±1,36	0,313
N τσιγάρων πριν εγκυμοσύνη	5,84±9,66	6,7±10,28	3,52±7,41	0,017
N τσιγάρων στην εγκυμοσύνη	1,9±5,19	2,0 ±5,37	1,63±4,74	0,651

*P value για διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα

Δεν παρατηρείται καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με τον τόπο κατοικίας (Πίνακας 13).

Πίνακας 13 Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με τον τόπο κατοικίας.

Έκθεση	Αστική(N%)	Ημιαστική(N%)	Αγροτική(N%)	P value
Κάπνισμα πριν εγκυμοσύνη	34,8(40/115)	40(16/40)	34,1 (14/41)	0,817
Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	22,6(26/115)	22,5(9/40)	22 (9/41)	0,996
Παθητική Έκθεση Εγκύου	69,6(80/115)	70(28/40)	68,3 (28/41)	0,984

*P value για διαφορές ανάλογα με τον τόπο κατοικίας

Δεν παρατηρείται καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά ως προς την έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο (Πίνακας 14).

Πίνακας 14 Έκθεση στον καπνό του τσιγάρου ενεργητικά και παθητικά πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο.

Έκθεση	Χαμηλό(N%)	Μεσαίο(N%)	Υψηλό(N%)	P value
Κάπνισμα πριν εγκυμοσύνη	31,3(15/48)	38,3(36/94)	35,2(19/54)	0,706
Κάπνισμα στην εγκυμοσύνη	22,9(11/48)	21,3(20/94)	24,1(13/54)	0,922
Παθητική Έκθεση Εγκύου	70,8(34/48)	74,5(70/94)	59,3(32/54)	0,150

*P value για διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο

Δ.5 Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης και ελέγχου για συγχυτικούς παράγοντες.

Η έκθεση της εγκύου σε ενεργητικό κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μελετήθηκε σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο (χαμηλό, μεσαίο, υψηλό), την εθνικότητα (ελληνίδες και αλλοδαπές), την ηλικία (σε τέσσερις κατηγορίες), και τον τόπο κατοικίας. Από τα αποτελέσματα του παλινδρομικού μοντέλου προέκυψε ότι το κάπνισμά σχετίζεται με την εθνικότητα στην περίοδο της εγκυμοσύνης με $OR= 1,95$ (95% CI 0,84 – 4,52) και $p= 0,119$ με τις ελληνίδες να έχουν μεγαλύτερο επίπεδο έκθεσης στο ενεργητικό κάπνισμα. Όπως έδειξε το πολυπαραγοντικό μοντέλο όπου το OR για το κάπνισμα ήταν 2,12 (95% CI 0,88 – 5,09) αυτή η σχέση δεν επηρεάζεται σημαντικά από τις υπόλοιπες μεταβλητές που επομένως δεν έχουν δράση συγχυτικού παράγοντα (Πίνακας 15).

Πίνακας 15 Συσχέτιση καπνίσματος (Odds Ratio και 95% CI) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχώιδες γυναίκες στον Νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης. Τα Odds Ratio για κάθε μεταβλητή είναι ελεγμένα (adjusted) για τις υπόλοιπες μεταβλητές.

	OR (95% CI)
Εκπαίδευση	
Χαμηλή	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Μεσαία	0,76 (0,31-1,82)
Υψηλή	0,83 (0,30-2,26)
Ηλικία	
16-22 ετών	1,0 - ομάδα σύγκρισης
23-28 ετών	0,80 (0,29-2,19)
29-35 ετών	1,37 (0,51- 3,66)
36-52 ετών	0,51 (0,11-2,33)
Κατοικία;	
Αστική	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ημιαστική	1,14 (0,47-2,78)
Αγροτική	0,90 (0,37-2,17)
Εθνικότητα	
Αλλοδαπές	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ελληνίδες	2,12 (0,88-5,09)

Η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου συσχετίστηκε με το κάπνισμα κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης με $OR= 2.34$ (95% CI 1,01-5,39) και $p= 0,046$ για τις γυναίκες που καπνίζουν στην περίοδο της εγκυμοσύνης. Άλλοι παράγοντες που συσχετίστηκαν ήταν η εθνικότητα $OR= 1.94$ (95%CI 1,01-5,39) και $p= 0.072$ και η ηλικία $OR= 0.68$ (95% CI 0,48-0,96) και $p= 0.028$ για γραμμική τάση-linear trend. Το πολυπαραγοντικό μοντέλο έδειξε ότι αυτές οι συσχετίσεις δεν είναι αποτέλεσμα συγχυτικών παραγόντων καθώς τα Odds Ratio που προκύπτουν είναι παρόμοια με αυτά της μονοπαραγοντικής ανάλυσης (Πίνακας 16).

Πίνακας 16 Συσχέτιση παθητικού καπνίσματος (Odds Ratio και 95% CI) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχώιδες γυναίκες στον Νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης.

	OR (95% CI)
Εκπαίδευση	
Χαμηλή	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Μεσαία	1,27 (0,55-2,89)
Υψηλή	0,64 (0,25-1,64)
Ηλικία	
16-22 ετών	1,0 - ομάδα σύγκρισης
23-28 ετών	0,54 (0,20-1,49)
29-35 ετών	0,37 (0,14- 1,03)
36-52 ετών	0,33 (0,09-1,20)
Κατοικία	
Αστική	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ημιαστική	0,95 (0,42-2,16)
Αγροτική	0,77 (0,34-1,73)
Εθνικότητα	
Αλλοδαπές	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ελληνίδες	1,82 (0,87-3,76)
Κάπνισμα Εγκυμοσύνη	
Όχι	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ναι	2,38 (1,0-5,67)

Το είδος του τοκετού μελετήθηκε σε σχέση με την ηλικία (τέσσερις κατηγορίες), την εθνικότητα (ελληνίδες και αλλοδαπές), το μορφωτικό επίπεδο (χαμηλό, μεσαίο, υψηλό), τον τόπο κατοικίας (αστική, ημιαστική, αγροτική περιοχή), τον τόπο πραγματοποίησης των ιατρικών επισκέψεων (ιδιωτικός, δημόσιος τομέας) και την ασφάλιση υγείας. Η ανάλυση σε σχέση με την ηλικία έδωσε μια θετική μη στατιστικά σημαντική συσχέτιση OR= 1,20 (95% CI 0,88-1,63) και τιμή p για γραμμική συσχέτιση= 0,245, δείχνοντας μια μικρή αύξηση των καισαρικών τομών με την ηλικία. Η συχνότητα πραγματοποίησης καισαρικής τομής ήταν πιο υψηλή και οριακά στατιστικά σημαντική (τιμή p= 0,1) σε γυναίκες υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου OR = 1,92 (95% CI 0,88-4,27) σε σχέση με γυναίκες χαμηλού επιπέδου. Δεν υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις με το τόπο πραγματοποίησης των επισκέψεων και την εθνικότητα ενώ η ασφάλιση υγείας έδειξε ότι μόνο οι ανασφάλιστες έχουν μικρότερη πιθανότητα να υποβληθούν σε καισαρική τομή σε σχέση με τις υπόλοιπες (Πίνακας 17).

Ο έλεγχος για συγχυτικούς παράγοντες έδειξε ότι η ηλικία σχετίζεται με την εκπαίδευση και με το είδος του τοκετού και αυτό λειτουργεί ως συγχυτικός παράγοντας στην συσχέτιση της εκπαίδευσης με το είδος του τοκετού χωρίς όμως οι συσχετίσεις να είναι πολύ ισχυρές . Από την πολυπαραγοντική ανάλυση προκύπτει ότι οι διαφορές ανάμεσα σε ομάδες του πληθυσμού δεν είναι πολύ μεγάλες, και η αυξημένη χρήση καισαρικής τομής είναι γενική και όχι περιορισμένη σε μια πληθυσμιακή ομάδα.

Πίνακας 17 Συσχέτιση είδος τοκετού (Odds Ratio και 95% CI) με κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες σε λεχαιίδες γυναίκες στον Νομό Ηρακλείου. Μοντέλο λογισμικής εξάρτησης.

	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
Ηλικία		
16-22 ετών	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
23-28 ετών	0,48 (0,21-1,10)	0,41 (0,17-0,96)
29-35 ετών	1,26 (0,57-2,81)	0,99 (0,42-2,35)
36-52 ετών	1,04 (0,37-3,04)	0,86 (0,26-2,85)
Εκπαίδευση		
Χαμηλό	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Μεσαίο	1,60 (0,78-3,25)	1,57 (0,71-3,44)
Υψηλό	1,93 (0,88-4,27)	1,56 (0,61-3,98)
Εθνικότητα		
Αλλοδαπές	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ελληνίδες	1,18 (0,63-2,22)	0,90 (0,44-1,86)
Κατοικία		
Αστική	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ημιαστική	0,75 (0,36-1,55)	0,73 (0,33-1,62)
Αγροτική	0,88 (0,43-1,80)	1,01 (0,42-2,43)
Ασφάλιση Υγείας		
Καμία	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
ΟΓΑ	1,92 (0,59-6,20)	2,39 (0,67-8,50)
ΙΚΑ	2,34 (0,75-7,27)	2,62 (0,74-9,24)
ΤΕΒΕ	2,74 (0,64-11,75)	2,64 (0,53-13,00)
Δημόσιο	3,36 (0,71-15,85)	2,87 (0,47-17,38)
Άλλο	2,93 (0,75-11,49)	3,35 (0,73-15,31)
Τόπος Επισκέψεων		
Δημόσιο	1,0 - ομάδα σύγκρισης	1,0 - ομάδα σύγκρισης
Ιδιωτικό	0,96 (0,52-1,76)	0,91 (0,47-1,76)

Ο αριθμός πραγματοποίησης υπερήχων συσχετίστηκε με το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών (χαμηλό, μεσαίο, υψηλό) με συντελεστή γραμμικής εξάρτησης = 1,91 (95% CI 1,0-2,81) και $p= 0,0005$. Ο αριθμός πραγματοποίησης υπερήχων συσχετίστηκε επίσης με την ηλικία (τέσσερις ηλικιακές ομάδες) με συντελεστή= 0,98 (95% CI 0,25-1,72) και $p= 0,009$ και την εθνικότητα με συντελεστή = 3.44 (95% CI 1,98-4,89) και $p= 0,0005$ για τις Ελληνίδες σε σχέση με τις αλλοδαπές. Και στις τρεις περιπτώσεις, βρέθηκε σημαντική συσχέτιση με στατιστικώς σημαντικές διαφορές. Όσον αφορά τον έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες και οι τρεις παραπάνω μεταβλητές δρουν ως συγχυτικοί παράγοντες διατηρώντας όμως και πάλι ισχυρές συσχετίσεις με εξαίρεση την ηλικία (Πίνακας 18).

Πίνακας 18 Συσχέτιση αριθμού υπερήχων (Odds Ratio και 95% CI) με ηλικία, εκπαίδευση και εθνικότητα σε λεχώιδες γυναίκες στον νομό Ηρακλείου. Γραμμική παλινδρόμηση (linear regression).

	Συντελεστής	P value	95% CI
Ηλικία	0,41	0,27	(-0,32-1,14)
Εκπαίδευση	1,33	0,006	(0,38-2,27)
Εθνικότητα	2,80	0,0005	(1,34-4,26)

Ε. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην μελέτη αυτή εξετάσαμε τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των λεχώιδων γυναικών στα δυο δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου, την χρήση υπηρεσιών υγείας που έγιναν από τις γυναίκες, τον επιπολασμό ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος και την συσχέτιση αυτών με κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες (καταγωγή και κοινωνικό-οικονομική θέση). Στα σημαντικά ευρήματα συγκαταλέγονται ο μεγάλος αριθμός αλλοδαπών που γεννούν στα δημόσια νοσοκομεία (περίπου 25% όλων των γεννήσεων), ο μεγάλος αριθμός πραγματοποίησης καισαρικών τομών (περίπου 50% όλων των γεννήσεων), η υψηλή συχνότητα επίσκεψης στον γυναικολόγο και πραγματοποίησης υπερήχων και τέλος η υψηλή έκθεση ενεργητικά και παθητικά στον καπνό του τσιγάρου κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και το σχετικά υψηλό ποσοστό αλλοδαπών με περιορισμένη κατανόηση της ελληνικής γλώσσας. Στους περιορισμούς της μελέτης συγκαταλέγονται το σφάλμα ανάκλησης (σφάλμα πληροφορίας), η απουσία από το δείγμα των γυναικών που γεννούν στα ιδιωτικά νοσοκομεία και τέλος η ανεπαρκής κατανόηση της γλώσσας από κάποιες αλλοδαπές. Ωστόσο η αποσαφήνιση του ποσοστού κατανόησης της Ελληνικής γλώσσας αποτελούσε ένα από τους στόχους της πιλοτικής μελέτης.

Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από το σύνολο των γυναικών που προσήλθαν και γέννησαν στα δυο δημόσια νοσοκομεία του νομού Ηρακλείου το διάστημα 06/06/06-06/07/06. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι ενώ εξ' αρχής είχε οριστεί ο πληθυσμός με αυτόν τον τρόπο, στο τελικό δείγμα προκύπτει ο αριθμός των 19 γυναικών επί του συνόλου (196), που ενώ γέννησαν στα δυο νοσοκομεία της μελέτης δεν είναι μόνιμοι κάτοικοι Ηρακλείου. Για τον λόγο αυτό οι βασικές μεταβλητές μελετήθηκαν ως προς την ανάλυση τους αφαιρώντας από τον συνολικό αριθμό τις γυναίκες αυτές και τα στατιστικά αποτελέσματα παρέμειναν αναλλοίωτα.

Αρχικά, η ηλικιακή κατανομή του δείγματος (για τις ελληνίδες) προβάλλεται στον Πίνακα 2. Συγκρίνοντας αυτήν με πρόσφατη ευρωπαϊκή μελέτη που κατέγραψε τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά του ευρωπαϊκού πληθυσμού συμπεριλαμβανομένου και του ελληνικού, βασιζόμενη σε δεδομένα για την Ελλάδα από το 1998, δεν βρίσκουμε ουσιαστικές διαφορές παρόλο που ο πληθυσμός μας αναφέρεται μόνο στον πληθυσμό γυναικών του νομού Ηρακλείου. Τα ποσοστά δηλαδή κυμαίνονται για τις διάφορες κατηγορίες σε σχέση με την παρούσα μελέτη περίπου ως εξής: για την ηλικιακή κατηγορία 16-22 (22% vs 15,5%), για την κατηγορία 23-28 (33% vs 34,5%), για την κατηγορία 29-35 (32% vs 37%) και τέλος για >35 (14% vs 13%) [Breart, et al. 2003]. Σε αυτό το σημείο πρέπει να τονίσουμε ότι πιθανή αρνητική έκβαση της εγκυμοσύνης (Poor Infant Outcome) έχει συσχετιστεί θετικά με την ηλικία της εγκύου και συγκεκριμένα γυναίκες ηλικίας >30 ετών έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης των

παραπάνω επιπλοκών σε σχέση με αυτές των άλλων ηλικιακών ομάδων (OR= 1,6 95% CI 1,1-2,5) [Grjibovski, et al. 2002].

Παράλληλα, από την ανάλυση προέκυψε ουσιαστική διαφορά μεταξύ ελληνίδων και αλλοδαπών λεχιδών όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο με το 38,9 % των αλλοδαπών να έχει χαμηλή ή καθόλου εκπαίδευση (έναντι 19%) και το 14,8 % ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση για τις αλλοδαπές (έναντι 32,3 % των ελληνίδων). Το PIO (poor infant outcome) έχει επίσης συσχετιστεί θετικά με το μορφωτικό επίπεδο και την ηλικία της εγκύου. Συγκεκριμένα, η ίδια μελέτη έδειξε ότι γυναίκες με δευτεροβάθμια ή και χαμηλότερη εκπαίδευση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης των παραπάνω επιπλοκών στην εγκυμοσύνη σε σχέση με τις γυναίκες τουλάχιστον τριετής πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (OR= 1,9 95% CI 1,2-3,0) [Grjibovski, et al. 2002]. Άλλη μελέτη έδειξε ότι οι γυναίκες υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου γεννούν κατά 207 γραμ. μεγαλύτερα παιδιά σε σχέση με αυτές που έχουν βασικό επίπεδο εκπαίδευσης (95% CI 55-385) [Grjibovski, et al. 2003].

Το παράδοξο εύρημα έχει να κάνει με την εργασία των γυναικών κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης όπου τα ποσοστά δείχνουν ότι οι ελληνίδες εργάζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις αλλοδαπές πριν (63,4 % έναντι 42,6 %) αλλά και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης (35,2 % έναντι 18,5 %). Τα αποτελέσματα αυτά ενέχουν τον κίνδυνο απόκρυψης πληροφορίας από τις αλλοδαπές είτε γιατί ασκούν κάποιο επάγγελμα μη κοινωνικά αποδεκτό είτε λόγω μη νόμιμης παραμονής στην χώρα. Παρόμοια διαφορά προκύπτει όταν κοιτάξουμε την εργασία από την σκοπιά του τόπου μόνιμης κατοικίας όπου μεγάλο κομμάτι του δείγματος των γυναικών κατοίκων αστικών (63,5%-37,4%) και ημιαστικών (62,5%- 27,5%) περιοχών εργαζόταν πριν και κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης αντίστοιχα σε αντίθεση με τις κατοίκους αγροτικών περιοχών (36,6%-14,6%). Και αυτή η διαφορά ενέχει τον κίνδυνο απόκρυψης πληροφορίας από τις γυναίκες που ασχολούνται κυρίως με αγροτικές και γεωργικές εργασίες στις αγροτικές περιοχές λόγω μη κοινωνικής αποδοχής τέτοιου είδους εργασίας κατά την διάρκεια της κυήσεως. Η υπόθεση μας ενισχύεται λίγο περισσότερο αν κοιτάξουμε την διακύμανση των ποσοστών σχετικά με την ασφάλιση υγείας των γυναικών κατοίκων αγροτικών περιοχών στον ΟΓΑ (63,4%) σε σχέση με τις κατοίκους ημιαστικών (35%) και αστικών περιοχών (12,2%) χωρίς όμως αυτό να αποδεικνύει την υπόθεση αυτή. Διαφορές στα ποσοστά σε σχέση με την εργασία την περίοδο της εγκυμοσύνης παρουσιάζονται επίσης ανάμεσα στα τρία μορφωτικά επίπεδα χαμηλό (8,3% εργαζόταν), μεσαίο (33% εργαζόταν) και υψηλό (46,3% εργαζόταν). Το πολύ χαμηλό ποσοστό εργασίας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης για το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ενδεχομένως να σχετίζεται με την ενασχόληση τους με κάποια ανειδίκευτη ή και χειρωνακτική εργασία που ενδεχομένως δεν ήθελαν να φανερώσουν στις συνεντεύκτριες.

Όσον αφορά την χρήση υπηρεσιών υγείας από τις έγκυες τα κυριότερα ευρήματα σχετίζονται με τον μεγάλο κατά μέσο όρο αριθμό πραγματοποίησης καισαρικών τομών, επισκέψεων στον γυναικολόγο καθώς και διεξαγωγής υπερήχων. Σημαντικές είναι οι διαφορές όπως προέκυψε από την πολυπαραγοντική ανάλυση όσον αφορά τις παραπάνω παραμέτρους ανάλογα με την εθνικότητα, την ηλικία και την εκπαίδευση των γυναικών. Συγκεκριμένα, με στατιστικά σημαντική διαφορά ο αριθμός των επισκέψεων στον γυναικολόγο και ο αριθμός υπερήχων αυξάνεται από τις γυναίκες χαμηλού στις γυναίκες υψηλού μορφωτικού επιπέδου ενώ παράλληλα ο αριθμός των υπερήχων αυξάνεται σημαντικά για τις ελληνίδες έγκυες. Στην παρούσα μελέτη τα ποσοστά καισαρικής τομής για το σύνολο του δείγματος ήταν 52,6%, για τις ελληνίδες 51.4% και για τις αλλοδαπές 55.6% ενώ σε αντίστοιχη μελέτη που διεξήχθη σε τρία ελληνικά νοσοκομεία ανάμεσα στα οποία και ένα ιδιωτικό αντίστοιχα τα ποσοστά για τα δυο δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6% συνολικά, 52,5% για τις ελληνίδες και μόλις 26% για τις αλλοδαπές. Αντίστοιχα τα ποσοστά για το ιδιωτικό νοσοκομείο ήταν 53% για το σύνολο με 65,2% για όσες είχαν ιδιωτική ασφάλιση και 23,9% για όσες πλήρωσαν απευθείας [Mossialos, et al. 2005]. Επίσης, η πραγματοποίηση καισαρικής τομής συσχετίστηκε βάσει των αποτελεσμάτων του παλινδρομικού μοντέλου με την ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο όπως έχει γίνει σε άλλες μελέτες [Behague et al. 2002]. Το κύριο εύρημα όμως παραμένει ότι οι διαφορές μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων είναι μικρές και ότι η πραγματοποίηση καισαρικών τομών από τον γυναικολόγο είναι γενικευμένη.

Προσθέτοντας από την μελέτη προκύπτει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των γυναικών ελληνίδων και αλλοδαπών είναι κάτοικοι ημιαστικών και αγροτικών περιοχών με αποτέλεσμα να αναζητούν την προγεννητική αλλά και την περιγεννητική φροντίδα σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται κυρίως στις αστικές περιοχές. Συγκεκριμένα, ποσοστό 58,7% είναι κάτοικοι αστικών περιοχών, 20,4% ημιαστικών και 20,9% αγροτικών συνολικά. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έδειξε ότι η μητρική και νεογνική θνησιμότητα σχετίζεται ανάμεσα σε άλλους παράγοντες και με την μετακίνηση για την παροχή της απαιτούμενης φροντίδας σε αστικές περιοχές λόγω μη οργανωμένης και επαρκούς παροχής αυτών σε μη αστικές περιοχές [Matsaganis 1992]. Αναφέρουμε επίσης ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας έχει συσχετιστεί με την ηλικία της γυναίκας. Δηλαδή οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο μετά την γέννηση λόγω επιπλοκών, μεγαλύτερη παραμονή στο νοσοκομείο μετά την γέννηση (>πέντε ημέρες), μεγαλύτερο αριθμό διαγνωστικών εξετάσεων κατά την διάρκεια της κύησης αλλά και αυξημένη πιθανότητα εισαγωγής του νεογνού σε μονάδα μετά την γέννηση του [Bell, et al. 2001].

Από την ανάλυση σε σχέση με το κάπνισμα προκύπτει ότι ο επιπολασμός του ενεργητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι ιδιαίτερα υψηλός ενώ πολύ υψηλή είναι και η παθητική έκθεση της εγκύου στον καπνό του τσιγάρου στην φάση αυτή. Από τη άλλη, η ημερήσια κατανάλωση αριθμού τσιγάρων μειώνεται αισθητά στην φάση της

εγκυμοσύνης ενώ το μεγαλύτερο κομμάτι της παθητικής έκθεσης πραγματοποιείται εντός του σπιτιού για το σύνολο του δείγματος. Προσθέτοντας, ο επιπολασμός του καπνίσματος ενεργητικού και παθητικού σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης είναι υψηλότερος για τις ελληνίδες σε σχέση με τις αλλοδαπές χωρίς να υπάρχει δράση συγχυτικών παραγόντων.

Η παθητική έκθεση της μητέρας στον καπνό του τσιγάρου σε χώρους εργασίας στην εγκυμοσύνη έχει συσχετιστεί με πρόωρη γέννηση του εμβρύου αλλά όχι με γέννηση νεογνού χαμηλού σωματικού βάρους. Σε αντίθεση με την παθητική έκθεση της εγκύου στο σπίτι που από μόνη της δεν δείχνει να επηρεάζει την έκβαση της εγκυμοσύνης, το ενεργητικό κάπνισμα της εγκύου στην κύηση σχετίζεται θετικά και με τις δυο προαναφερθείσες καταστάσεις (πρόωρος τοκετός και χαμηλό σωματικό βάρος γέννησης) [Ahlborg and Bodin 1991].

Πιο αναλυτικά, το ενεργητικό κάπνισμα της μητέρας στην εγκυμοσύνη συσχετίζεται θετικά με την αυτόματη αποβολή του εμβρύου, το σύνδρομο αιφνίδιου εμβρυϊκού θανάτου, την ανάπτυξη αναπνευστικών διαταραχών, αναπνευστικών λοιμώξεων, αλλεργιών, καρκινογένεση και την εμφάνιση νευρο- αναπτυξιακών διαταραχών. Ο κίνδυνος αυτών των διαταραχών αυξάνει με τον αριθμό των τσιγάρων που καταναλώνει η μητέρα και μειώνεται αισθητά για όσες διακόπτουν το κάπνισμα στην περίοδο της κύησης [Polanska and Hanke 2005]. Συγκεκριμένα, μελέτη έδειξε ότι το βάρος γέννησης του νεογνού μειώνεται κατά 137 γραμ. για τις καπνίστριες (CI 26,6-247,3 P= 0.015) ενώ η παθητική έκθεση στον καπνό του τσιγάρου και σε αυτή την μελέτη δεν φέρει σημαντικά αποτελέσματα από μόνη της όσον αφορά το βάρος γέννησης. Άλλη μελέτη έδειξε ότι η έκθεση σε παθητικό κάπνισμα κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης συσχετίζεται θετικά με πρόωρο τοκετό (OR= 1,88 CI 1,22-2,88) και γέννηση νεογνού χαμηλού σωματικού βάρους (OR= 2,42 CI 1,51-3,87) αλλά σε έγκυες ηλικίας >30 ετών [Ahluwalia, et al. 1997]. Παράλληλα, τα αποτελέσματα δεν έδειξαν κάποια συσχέτιση ενεργητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και μορφωτικού επιπέδου, τόπου κατοικίας και επαγγελματικής κατάστασης της εγκύου. Πρόσφατη μελέτη όμως έδειξε ότι το ενεργητικό κάπνισμα στην περίοδο εγκυμοσύνης είναι πιο συχνό σε γυναίκες χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, γυναίκες κατοίκους αστικών περιοχών και άνεργες γυναίκες [Strinic, et al. 2005].

Σημαντικό σημείο για την μελέτη αποτελεί η μέθοδος συλλογής των δεδομένων (μέθοδος της προσωπικής συνεντεύξεως διάρκειας πέντε λεπτών) που οδήγησε σε υψηλό ποσοστό συμμετοχής των λεχιδών (100%), χωρίς καμία άρνηση ή απώλεια (σφάλμα μη απάντησης ή μη συμπερίληψης). Σε κάθε ερευνητική εργασία αποτελεί το ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη από το αρχικό δείγμα με το δικαίωμα του απόρρητου για πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο και κοντινά του πρόσωπα, να προβάλλεται συχνά ως αίτιο για την άρνηση συμμετοχής στις έρευνες [Marsh C. 2002]. Γι' αυτόν τον λόγο σε κάθε περίπτωση η λεχίδα ενημερώνονταν για τον σκοπό της έρευνας, ακολουθούσε περαιτέρω επεξήγηση σε ερωτήσεις όταν ήταν αναγκαίο, και δίνονταν πληροφορίες για τον τρόπο

αξιοποίησης των δεδομένων που συλλέγονται. Δεύτερο, επίσης, πολύ βασικό σημείο αποτελεί ο μη αποκλεισμός από το δείγμα των αλλοδαπών γυναικών που αποτελεί ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού (27.7%), όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα, με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ανάγκες που αξίζουν να σημειωθούν και να μελετηθούν.

Όσον αφορά τους περιορισμούς της μελέτης, βασικό σημείο αποτελεί το γεγονός ότι αρκετές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονταν σε γεγονότα παρελθοντικού χρόνου που οι γυναίκες έπρεπε να ανακαλέσουν και που ενδεχομένως να μην μπόρεσαν να αναπαράγουν με ακρίβεια, γεγονός που οδηγεί σε σφάλμα ανάκλησης (recall bias). Ωστόσο ο χρόνος ανάκλησης ήταν σχετικά περιορισμένος (9 μήνες) και έτσι αναμένεται ότι το σφάλμα ανάκλησης να είναι περιορισμένο. Παράλληλα, όσον αφορά τον πληθυσμό των αλλοδαπών γυναικών η κατανόηση της ελληνικής γλώσσας για κάποιες από αυτές ήταν δύσκολη και για πολύ λίγες αδύνατη. Σε αυτές τις περιπτώσεις το ρόλο του διερμηνέα διαδραμάτιζε ο σύζυγος με αυξημένη πιθανότητα τόσο απόκρυψης πληροφορίας σε ευαίσθητα θέματα από τις γυναίκες όσο και λανθασμένης ερμηνείας και απόδοσης της πληροφορίας από την πλευρά του συζύγου (σφάλμα πληροφορίας). Προσθέτοντας, το σφάλμα της προκατειλημμένης απάντησης ενδεχομένως να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα μας λόγω του φόβου των λεχιδών για τις συνέπειες της απάντησης τους, τη μη σωστή κατανόηση της ερώτησης, την απάντηση σε ερώτηση χωρίς να γνωρίζουν τι έπρεπε να απαντήσουν και με απόκρυψη της άγνοιας τους και τέλος την απάντηση με κοινωνικά αποδεκτούς και εγκεκριμένους τρόπους [Philips D. 2002]. Έτσι σε θέματα εκθέσεων όπως στην συγκεκριμένη περίπτωση, έκθεση σε ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα ενδεχομένως να έχουμε απόκρυψη της ορθής απάντησης φαινόμενο που αναφέρεται στην βιβλιογραφία ως αυτοεξαπάτηση (self deception). Ολοκληρώνοντας, από την μελέτη αυτή απουσιάζει ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού των γυναικών που απευθύνεται αποκλειστικά σε ιδιωτικές κλινικές για το σύνολο των υπηρεσιών, και που πιθανώς να έχει συγκεκριμένα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά που ενδεχομένως να διαφοροποιούσαν τα αποτελέσματα μας.

Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων έχει ουσιαστική συνεισφορά στην διαμόρφωση του πρωτοκόλλου της κυρίως μελέτης και στην διατύπωση ειδικότερων ερευνητικών ερωτημάτων που θα αναδεικνύουν επαρκώς τις ανάγκες από υπηρεσίες υγείας στην προγεννητική περίοδο. Ολοκληρώνοντας, μέσα από αυτήν την διαδικασία είναι εφικτός ο προσδιορισμός του τρόπου με τον οποίο η τελική γνώση που προκύπτει από την μελέτη μπορεί να συμβάλλει στον σχεδιασμό για την πολιτική υγείας ώστε να αναβαθμιστούν και να υποστηριχτούν οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στην Ελλάδα την περίοδο της εγκυμοσύνης.

ΣΤ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα πιο σημαντικά συμπεράσματα της πιλοτικής μελέτης είναι:

- Αυξημένος ο αριθμός των αλλοδαπών λεχιδών στο δείγμα λόγω αυξημένης μεταναστευτικής κίνησης τα τελευταία χρόνια από αλλοδαπές στην Ελλάδα.
- Αυξημένος ο αριθμός πραγματοποίησης καισαρικών τομών στο δείγμα.
- Αυξημένος ο αριθμός πραγματοποίησης επισκέψεων στον γυναικολόγο και πραγματοποίησης υπερήχων.
- Υψηλός επιπολασμός ενεργητικού και παθητικού καπνίσματος κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης.
- Ύπαρξη ουσιαστικών διαφορών μεταξύ των γυναικών του δείγματος όσον αφορά δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες και κυρίως όσον αφορά την εργασία, το είδος του επαγγέλματος και το μορφωτικό επίπεδο των γυναικών.
- Διαφορές ως προς την χρήση υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό των μεταξύ ελληνίδων και αλλοδαπών.
- Περιορισμένη κατανόηση της Ελληνικής γλώσσας απο περίπου τις μισές αλλοδαπές γυναίκες.
- Υψηλό ποσοστό συμμετοχής στην μελέτη.

Η μελέτη Ρέα (μελέτη Μητέρας- Παιδιού στην Κρήτη) που αποτελεί την κυρίως μελέτη και για την οποία έγινε αυτή η πιλοτική μελέτη, χρησιμοποιώντας επίσης κατάλληλα μεθοδολογικά και τεκμηριωμένα ερευνητικά εργαλεία αισιοδοξούμε να δώσει πιο λεπτομερή αποτελέσματα για πολλούς απο τους παράγοντες που εξετάστηκαν στην πιλοτική μελέτη.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahlborg G, Jr., Bodin L. 1991. Tobacco smoke exposure and pregnancy outcome among working women. A prospective study at prenatal care centers in Orebro County, Sweden. *Am J Epidemiol* 133: 338-347.

Ahluwalia IB, Grummer-Strawn L, Scanlon KS. 1997. Exposure to environmental tobacco smoke and birth outcome: increased effects on pregnant women aged 30 years or older. *Am J Epidemiol* 146: 42-47.

Almeida SD, Barros MB. 2005. [Equity and access to health care for pregnant women in Campinas (SP), Brazil]. *Rev Panam Salud Publica* 17: 15-25.

Andersen BD et al 1982. Cotinine in amniotic fluids from passive smokers, *Lancet* 1: 791-792.

Austin M-P, Lumley J. 2003, Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107:10–17.

Barber K, Mussin E, Taylor DK. 1996. Fetal exposure to involuntary maternal smoking and childhood respiratory disease. *Ann Allergy Asthma Immunol* 76: 427-430.

Behague DP, Victora CG, Barros FC. 2002. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *Bmj* 324: 942-945

Bell JS, Campbell DM, Graham WJ, Penney GC, Ryan M, Hall MH. 2001. Can obstetric complications explain the high levels of obstetric interventions and maternity service use among older women? A retrospective analysis of routinely collected data. *Bjog* 108: 910-918.

Borges G et al. 1993, Alcohol consumption, low birth weight, and preterm delivery in the national addiction survey (Mexico). *International Journal of Addiction*, 28:355–368.

Breart G, Barros H, Wagener Y, Prati S 2003. Characteristics of the childbearing population in Europe. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 111 Suppl 1: S45-52.

Brown HC, Smith HJ. 2004. Giving women their own case notes to carry during pregnancy (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Chichester, John Wiley & Sons.

Carroli G et al. 2001, WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, 357:1565–1570.

Elliot J, Vullermin P, Robinson P. 1998. Maternal cigarette smoking is associated with increased inner airway wall thickness in children who die from sudden infant death syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 158: 802-806.

Fairbank L et al. 2000, A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding. *Health Technology Assessment*, 4(25):1–171.

Fried PA, Watkinson B, Siegel LS. 1997. Reading and language in 9- to 12-year olds prenatally exposed to cigarettes and marijuana. *Neurotoxicol Teratol* 19: 171-183.

Gagnon AJ. 2000, Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4) article number CD002869.

Galvan J, Woelk GB, Mahomed K, Wagner N, Mudzamiri S, Williams MA 2001. Prenatal care utilization and foetal outcomes at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 47: 87-92.

Goel P, Radorte A, Singh I, Aggarmal A, Dua D 2004. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *Journal of Postgraduate Medicine* 50(1);12-16.

Grijbovski A, Bygren LO, Svartbo B 2002. Socio-demographic determinants of poor infant outcome in north-west Russia. *Paediatr Perinat Epidemiol* 16: 255-262.

Grijbovski AM, Bygren LO, Svartbo B, Magnus P. 2003. Social variations in fetal growth in a Russian setting: an analysis of medical records. *Ann Epidemiol* 13: 599-605.

Haertsch M, Campbell E, Sanson Fisher R. 1999, What is recommended for healthy women during pregnancy? A comparison of seven prenatal clinical practice guideline documents. *Birth*, 26:24–30.

Higgins JR, de Swiet M. 2001, Blood pressure measurement and classification in pregnancy. *The Lancet*, 357:131–135.

Holzman C et al. 1995, Perinatal brain injury in premature infants born to mothers using alcohol in pregnancy. *Pediatrics*, 95:66–73.

Horey D, Weaver J, Russell H. 2004, Information for pregnant women about caesarean birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1) article number CD003858.

Jewell DJ, Young G. 2001, Interventions for treating constipation in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2) article number CD001142.

Jewell D, Young G. 2003, Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4) article number CD000145.

Klonoff-Cohen HS, Edelstein SL, Lefkowitz ES, Srinivasan IP, Kaegi D, Chang JC, Wiley KJ. 1995. The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk on sudden infant death syndrome. *Jama* 273: 795-798.

Kramer MS. 2002, Aerobic exercise for women during pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2) article number CD000180.

Kramer MS, Kakuma R. 2003, Energy and protein intake in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4) article number CD000032.

Kukla L, Hrubá D, Tyrlik M. 2004. Influence of prenatal and postnatal exposure to passive smoking on infants' health during the first six months of their life. *Cent Eur J Public Health* 12: 157-160.

Lampl M, Kuzawa CW, Jeanty P. 2005. Growth patterns of the heart and kidney suggest inter-organ collaboration in facultative fetal growth. *Am J Hum Biol* 17: 178-194.

Liu GG. 1995. An economic analysis of pregnancy resolution in Virginia: specific as to race and residence. *J Popul Econ* 8: 253-264.

Magnusson LL, Olesen AB, Wennborg H, Olsen J. 2005. Wheezing, asthma, hayfever, and atopic eczema in childhood following exposure to tobacco smoke in fetal life. *Clin Exp Allergy* 35: 1550-1556.

Marsh C & Scarbrough E 2002. Testing Nine Hypotheses About Quota Sampling, Vaus D Social Surveys Volume I, London.

Matsaganis M. 1992. Maternal mobility and infant mortality in Greece: a regional analysis. *Soc Sci Med* 34: 317-323.

Milunski A, Carmella SG, Ye M, Hecht SS 2002. A tobacco- specific carcinogen in the fetus. *Prenat. Diagn.* 20: 307-310.

Mossialos E, Allin S, Karras K, Davaki K. 2005. An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 15: 288-295.

Neilson JP. 1998, Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4) article number CD000182.

Pattenden S, Antova T, Neuberger M, Nikiforov B, De Sario M, Grize L, Heinrich J, Hrubá F, Janssen N, Luttmann-Gibson H, Privalova L, Rudnai P, Splichalova A, Perez Woods RC. 1990, Barriers to the use of prenatal care: critical analysis of the literature 1966–1987. *Journal of Perinatology*, 10:420–434.

Philips D & Clancy K 2002. Some Effects of “Social desirability” in survey studies, Vaus D Social Surveys Volume III, London.

Polanska K, Hanke W. 2005. [Influence of smoking during pregnancy on children's health--overview of epidemiologic studies]. *Przegl Epidemiol* 59: 117-123.

Rowe RE, Garcia J. 2003. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med* 25: 113-119.

Steyn K, de Wet T, Saloojee Y, Nel H, Yach D. 2006. The influence of maternal cigarette smoking, snuff use and passive smoking on pregnancy outcomes: the Birth To Ten Study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 20: 90-99.

Strinic T, Bukovic D, Sumilin L, Radic A, Hauptman D, Klobucar A. 2005. Socio-demographic characteristics and lifestyle habits of pregnant women smokers. *Coll Antropol* 29: 611-614.

WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network 2005. What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement).

WHO Standards for Maternal and Neonatal Care 2006 , Provision of effective antenatal care.

Young G, Jewell, D. 2002, Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1) article number CD001139.

Zlotkowska R, Fletcher T. 2006. Parental smoking and children's respiratory health: independent effects of prenatal and postnatal exposure. *Tob Control* 15: 294-301.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

T.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
FACULTY OF MEDICINE

P.O. Box 2208, 71003 Heraklion, Crete, Greece



--	--	--

A.A:

Νοσοκομείο : B / Π

Παρακαλώ γράψτε την ημερομηνία που συμπληρώνετε
το έντυπο

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ημέρα

μήνας

έτος

01. Ημερομηνία Τοκετού

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ημέρα

μήνας

έτος

Φ.Τ	Κ.Τ

]

**02. Παρακαλώ συμπληρώστε την ημερομηνία της
τελευταίας σας περιόδου (1^η ημέρα)**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ημέρα

μήνας

έτος

03. Πότε καταλάβατε ότι είσαστε έγκυος;
[εβδομάδα/ μήνας κύησης]

--	--

04. Πως καταλάβατε ότι ήσασταν έγκυος;

α. Θυστέρηση περιόδου

β. Άλλα συμπτώματα εγκυμοσύνης (πχ ζαλάδες, ναυτία)

γ. Άλλο (παρακαλώ εξειδικεύστε)

05. Πώς επιβεβαιώσατε την εγκυμοσύνη σας;

α. Τεστ εγκυμοσύνης

στο μικροβιολόγο

από το φαρμακείο

β. Επίσκεψη σε γυναικολόγο

γ. Δεν το επιβεβαίωσα

δ. Άλλο (παρακαλώ εξειδικεύστε)

Εβδομάδα / μήνας

06. Πότε επισκεφθήκατε γυναικολόγο από τη στιγμή που μάθατε ότι είσαστε έγκυος;

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ημέρα *μήνας* *έτος*
εβδομάδα / μήνας

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

07. Πόσες φορές επισκεφθήκατε γυναικολόγο μέχρι να γεννήσετε;

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

08. Οι επισκέψεις σας στο γυναικολόγο πραγματοποιούνταν:

- α. Στα τακτικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου
- β. Σε ιδιωτικό ιατρείο
- γ. Σε ιατρείο ιδιωτικής μαιευτικής κλινικής
- δ. Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε).....

09. Υποβληθήκατε σε υπερηχογραφήματα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης;

10. Αν ναι, πόσες φορές υποβληθήκατε σε αυτή την εξέταση;

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

- α. Ναι
- β. Όχι

11. Σε ποιά εβδομάδα της κύησης κάνατε το πρώτο μεγάλο υπερηχογράφημα ;

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

12. Που έγινε αυτό το μεγάλο υπερηχογράφημα:

- α. Σε δημόσιο νοσοκομείο
- β. Σε ιδιωτικό νοσοκομείο/ εργαστήριο
- γ. Σε δημόσιο νοσοκομείο εκτός απόπου πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο/ εργαστήριο
- δ. Σε ιδιωτικό νοσοκομείο εκτός απόπου πραγματοποιήθηκαν σε ιδιωτικό νοσοκομείο/ εργαστήριο

13.Πότε γεννηθήκατε;

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

ημέρα *μήνας* *έτος*

14. Που γεννηθήκατε; _____ (τόπος, χώρα)

15. Ποια είναι η μητρική σας γλώσσα; _____

16. Ποιες άλλες γλώσσες μιλάτε; _____

17. Αν η μητρική σας γλώσσα δεν είναι η Ελληνική, πως θα περιγράφατε την ικανότητά σας να καταλαβαίνετε Ελληνικά;

- α. Άριστη
- β. Πολύ καλή
- γ. Μέτρια
- δ. Κακή
- ε. Δε μπορώ να εκτιμήσω

18. Πώς θα περιγράφατε καλύτερα την εθνική σας καταγωγή;

<input type="checkbox"/> Ελληνική	<input type="checkbox"/> Βουλγαρική	<input type="checkbox"/> Ρουμανική
<input type="checkbox"/> Αλβανική	<input type="checkbox"/> Γεωργιανή	<input type="checkbox"/> Ρωσική
<input type="checkbox"/> Άλλο (παρακαλώ εξειδικεύστε)	_____	

19. **Τόπος** **Μόνιμης** **Κατοικίας**
_____ (κοινότητα, Νομός)

20. Αν η καταγωγή σας δεν είναι Ελληνική, πόσο καιρό μένετε στην Ελλάδα;
.....χρόνια/.....μήνες

21. Αν η καταγωγή σας δεν είναι Κρητική, πόσο καιρό μένετε στην Κρήτη;

- α.χρόνια/.....μήνες
- β. Δε μένω στην Κρήτη

22. Εργαζόσασταν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Για κάποιο διάστημα (μήνες).....

23. Αν ναι, ποιο ήταν το επάγγελμά σας; Τι είδους εργασία κάνατε;.....

24. Εργαζόσασταν πριν την εγκυμοσύνη;

- α. Ναι
- β. Όχι
- γ. Για κάποιο διάστημα (μήνες/χρόνια).....

25. Αν ναι, ποιο ήταν το επάγγελμά σας; Τι είδους εργασία κάνατε;.....

26. Τι είδους εκπαίδευση έχετε ;

- α. Δεν πήγα σχολείο
- β. Δημοτικό
- γ. Γυμνάσιο
- δ. Λύκειο
- ε. Ανωτέρα Σχολή (ΚΑΤΕΕ/ ΣΕΛΕΤΕ)
- στ. ΑΕΙ/ ΤΕΙ

27. Τι είδους κοινωνικής ασφάλισης υγείας έχετε ;

- α. Καμία
- β. ΟΓΑ
- γ. ΙΚΑ
- δ. ΤΕΒΕ
- ε. Δημοσίου
- στ. Άλλο

28. Καπνίζατε πριν την εγκυμοσύνη;

- α. Ναι
- β. Όχι

29. Αν ναι, πόσο καιρό; (μήνες/ χρόνια)

30. Πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα;

31. Συνεχίσατε να καπνίζετε κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης σας;

- α. Ναι
- β. Όχι

32. Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζατε την ημέρα ;

33. Περνούσατε μέρος του χρόνου σας σε χώρους που κάπνιζαν άλλα άτομα ;

- α. Ναι
- β. Όχι

34. Αν ναι, πόσες ώρες την ημέρα ήσασταν εκτεθειμένη στον καπνό των τσιγάρων άλλων ατόμων στα παρακάτω μέρη:

- α. Σπίτι/ Κατοικία
- β. Χώρο Εργασίας
- γ. Χώρους Ψυχαγωγίας
- δ. Κάπου αλλού

Οι παρακάτω ερωτήσεις συμπληρώνονται απο το άτομο που πραγματοποιεί τη συνέντευξη

35 Πως θα κρίνατε τη συμμετοχή της λεχιάδας στη συνέντευξη;

- α. Πολύ καλή
- β. Καλή
- γ. Μέτρια
- δ. Κακή

36 Πως θα κρίνατε την κατανόηση της ελληνικής γλώσσας της λεχιάδας;

- α. Πολύ καλή
- β. Καλή
- γ. Μέτρια
- δ. Κακή



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
FACULTY OF MEDICINE

T.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

P.O. Box 2208, 71003 Heraklion, Crete, Greece



Αγαπητή μητέρα,

Με αυτό το γράμμα θα θέλαμε να σας ζητήσουμε να συμμετέχετε σε μια μελέτη που έχει ως στόχο να εξετάσει τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά της λεχιάδας μητέρας. Η μελέτη πραγματοποιείται από τον Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης (υπεύθυνος: κ. Ε.Κογεβίνας, Καθηγητής) και τη Γυναικολογική Κλινική του ΠΑΓΝΗ.

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά αυτό το γράμμα και αν συμφωνείτε να συμμετέχετε, υπογράψετε το. Η συνέντευξη θα διαρκέσει 5 λεπτά.

Οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και σας βεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί απόλυτα το απόρρητο των απαντήσεών σας.

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Η μητέρα

ΗΡΑΚΛΕΙΟ/ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
UNIVERSITY OF CRETE

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
FACULTY OF MEDICINE



T.Θ. 2208, 71003 Ηράκλειο, Κρήτη

P.O. Box 2208, 71003 Heraklion, Crete, Greece

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE

Tel.: +30 2810 394600

Fax: +30 2810 394606

25 Μαΐου 2006

Προς
Καθηγήτρια κα. Μαρία Καλμαντή
Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου
ΠΑΓΝΗ

Αγαπητή κα Καλμαντή,

Μετά από συνενόηση με τον κ. Κουμαντάκη, θα ήθελα να ζητήσω την άδεια σας για τη διεξαγωγή μίας μικρής πιλοτικής μελέτης στην γυναικολογική κλινική του ΠΑΓΝΗ. Στα πλαίσια της προετοιμασίας μιας μεγάλης επιδημιολογικής έρευνας μητέρας-παιδιού στο Ηρακλειο που θα ξεκινήσει το 2007 με χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης προγραμματίζουμε μία πιλοτική μελέτη διάρκειας ενός μήνα στην οποία θα διερευνήσουμε μερικά βασικά κοινωνικο/οικονομικά χαρακτηριστικά των λεχιδών γυναικών σε ένα δισέλιδο ερωτηματολόγιο (το οποίο επισυνάπτω). Θα θέλαμε να κάνουμε αυτή τη μικρή διερεύνηση τον Ιούνιο έως αρχές Ιουλίου. Μετά το καλοκαίρι θα υποβάλλουμε το πλήρες πρωτόκολλο της μελέτης για έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο.

Θα ήθελα να ζητήσω την άδεια σας ως Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου για την διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας χωρίς να χρειαστεί να υποβάλλουμε ένα πλήρες πρωτόκολλο, ακριβώς γιατί, η προτεινόμενη πιλοτική έρευνα είναι πολύ περιορισμένης εμβέλειας. Η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί στις λεχίδες γυναίκες από μία νοσηλεύτρια και δεν θα τους ζητηθεί τίποτε περισσότερο εκτός από την συμπλήρωση του σύντομου ερωτηματολογίου. Οι επιστημονικοί υπεύθυνοι από τη μεριά του Πανεπιστημίου είναι ο καθηγητής κ. Α Καφάτος και εγώ.

Σας ευχαριστώ για την βοήθεια σας

Με εκτίμηση

