

ΔΙΔΡΥΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΠΜΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

«Ηθική θεώρηση της επιλογής τοκετού με καισαρική τομή»

**“Ethical considerations regarding the voluntary choice of Cesarean Section
Delivery”**

Συλλιγαρδάκη Θεοδούλα

A.M: 255

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΕΠΟΠΤΡΙΑ: ΑΘΑΝΑΣΑΚΗ ΕΙΡΗΝΗ

ΜΕΛΗ: ΠΕΤΟΥΣΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ & ΤΣΙΝΟΡΕΜΑ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ

ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ 4
Εισαγωγή	σελ 5-6
1^ο κεφάλαιο: Κύηση.....	σελ 7-8
1.1. Ορμόνες εγκυμοσύνης	σελ 9-10
2^ο κεφάλαιο: Τοκετός	
2. Είδη τοκετού	σελ 11
2.1. Κολπικός τοκετός	σελ 11
2.2. Τοκετός με καισαρική τομή	σελ 12
3^ο κεφάλαιο: Βιολογικοί μηχανισμοί τοκετού	
3. Βιολογία/Φυσιολογία τοκετού	σελ 12
3.1. Έναρξη φυσιολογικού τοκετού	σελ 13
3.2. Πρώτο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Διαστολή)	σελ 13-15
3.3. Δεύτερο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Εξώθηση)	σελ 15
3.4. Τρίτο στάδιο φυσιολογικού τοκετού (Υστεροτοκία).....	σελ 15
3.5. Πλεονεκτήματα /Μειονεκτήματα φυσιολογικού τοκετού... ..	σελ 16-17
4^ο κεφάλαιο: Καισαρική τομή	
4.1. Ιστορική αναδρομή.....	σελ 17-20
4.2. Πότε πραγματοποιείται η καισαρική τομή.....	σελ 20
4.3. Ενδείξεις για τη διενέργεια καισαρικής τομής.....	σελ 20-22
4.4. Τύποι καισαρικής τομής	σελ 22-23
4.5. Διεξαγωγή καισαρικής τομής.....	σελ 23-24
4.6. Για ποιους λόγους επιλέγεται η καισαρική τομή.....	σελ 24-25
5^ο κεφάλαιο: Συνέπειες καισαρικής τομής	
5.1. Συνέπειες καισαρικής τομής στη μητέρα.....	σελ 25-28
5.2. Συνέπειες καισαρικής τομής στο βρέφος.....	σελ 28-34
5.3. Συνέπειες καισαρικής τομής στον οικογενειακό και κρατικό προϋπολογισμό	σελ. 34-35
6^ο κεφάλαιο: Συχνότητα τοκετών με καισαρική τομή.....	σελ 35
6.1. Συχνότητα τοκετών με καισαρική τομή παγκοσμίως-ποσοστά	σελ 35-39
6.2. Συχνότητα τοκετών με καισαρική τομή στην Ελλάδα-ποσοστά.....	σελ 39-41
6.3. Οδηγίες/συστάσεις για τον περιορισμό των τοκετών με καισαρική τομή χωρίς ιατρικές ενδείξεις	σελ 41-43
7^ο κεφάλαιο: Παράγοντες που συμβάλλουν στην επιλογή τοκετού με καισαρική τομή	

7.1. Ηλικία	σελ 43
7.2. Ιατρικά Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή.....	σελ 43-44
7.3. Σωματότυπος μητέρας	σελ 44
7.4. Τοκοφοβία.....	σελ 44
7.5. Ευκολία προγραμματισμού	σελ 45
7.6. Κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά	σελ 46
7.7. Προτροπή-κίνητρα γιατρού.....	σελ 46
7.8. Προηγθείσες καισαρικές τομές	σελ 46
7.9. Επιλογή καισαρικής τομής κατόπιν αιτήματος μητέρας (CDMR)	σελ 46-48

8ο κεφάλαιο: Ηθικά ζητήματα της επιλογής τοκετού με καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας, ελλείψει ιατρικών ενδείξεωνσελ 48 -50

9ο κεφάλαιο: Στάση γιατρών απέναντι στο αίτημα της εγκύου για καισαρική τομή ελλείψει ιατρικών ενδείξεωνσελ 50-51

10ο κεφάλαιο: Επιλογή τοκετού με καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας και Αρχές Βιοηθικής

10.1. Αρχές Βιοηθικής.....	σελ 51
10.1.1. Αρχή της Αυτονομίας και Ενήμερη Συναίνεση.....	σελ 51-58
10.1.2. Αρχή της Αγαθοεργίας (ωφέλειας) και της μη πρόκλησης Βλάβης (μη βλάβπειν).....	σελ 59-61
10.1.3. Αρχή της Δικαιοσύνης.....	σελ 61-62
10.2. Αναπτυσσόμενες χώρες και επιλογή τοκετού με καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας (CDMR)	σελ 62-63

11ο κεφάλαιο: Στρατηγικές παρέμβασης για τη μείωση των καισαρικών τομών παγκοσμίως..... ..σελ 63-65

12ο κεφάλαιο : Συμπεράσματασελ 66-68

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία	σελ 69-70
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	σελ 70-83
Δικτυογραφία.....	σελ 83-84

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας: Είναι το ηθικό πρόβλημα που εγείρεται από το αίτημα της εγκύου να προβεί σε τοκετό με καισαρική τομή, ελλείψει ιατρικών ενδείξεων γνωστό ως CDMR (Cesarean Delivery on Maternal Request). Επίσης η αύξηση των καισαρικών τομών που παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως, με αρνητικές επιπτώσεις στη μητέρα, στο έμβryo και σε άλλους τομείς. Στην παρούσα εργασία, θα πραγματοποιηθεί ηθική ανάλυση του προβλήματος που θέτει η επιλογή τοκετού με καισαρική τομή, κατόπιν αιτήματος της μητέρας, ελλείψει ιατρικών ενδείξεων, με βάση τις αρχές της Βιοηθικής. Η Βιοηθική, έχει επικεντρωθεί στην εξισορρόπηση του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών με προσοχή στους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους αυτής της διαδικασίας για τη μητρική και νεογνική ευημερία.

Στόχος: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθούν τα περίπλοκα ηθικά διλήμματα που περιβάλλουν το CDMR, όπως οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία της μητέρας και του βρέφους, οι οικονομικές επιβαρύνσεις μιας άσκοπης χειρουργικής επέμβασης και η αδικαιολόγητη χρήση πεπερασμένων πόρων. Απώτερος στόχος είναι ο περιορισμός της χρήσης του CDMR ή τουλάχιστον η επιλογή αυτή να προσφέρεται κατόπιν ενήμερης συναίνεσης της εγκύου.

Λέξεις – κλειδιά: Καισαρική τομή, CDMR,

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί παγκοσμίως μια έντονη ιατρικοποίηση της κύησης και του τοκετού. Ο όρος «ιατρικοποίηση» αναφέρεται στη μετατροπή της φυσικής αναπαραγωγικής διαδικασίας σε ιατρική πράξη που απαιτεί εξειδικευμένη περίθαλψη και αγωγή. Ιδιαίτερα, η διαδικασία του τοκετού επαναπροσδιορίζεται ως κάτι που «βρίσκεται στην ιατρική σφαίρα ευθύνης» (Van Esterik, 1989), με αποτέλεσμα η αρμοδιότητα και η ευθύνη να μετατοπίζονται από τη γυναίκα και την οικογένειά της, στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον Foucault (1982), «η δύναμη δεν είναι αναγκαστικά ο εξαναγκασμός, η κυριαρχία και ο έλεγχος, αλλά είναι η κατεύθυνση της ελεύθερης θέλησης στο ότι τα άτομα πείθονται να ενεργήσουν προς όφελος των εμπειρογνομόνων». Επίσης η οργάνωση των ίδιων των νοσοκομείων και ο πλούσιος τεχνολογικός εξοπλισμός τους, συντελεί στη διαδικασία της ιατρικοποίησης του τοκετού, ενισχύοντας το κύρος των γιατρών, αποδυναμώνοντας τους ασθενείς και διαμορφώνοντας σχέσεις ανισότητας μεταξύ τους (Hillier & Hanson 1984). Εν τούτοις, η διαδικασία της ιατρικοποίησης γίνεται αποδεκτή ως μια θετική εξέλιξη, «ως μέρος της ευρύτερης πανηγυρικής ιστορίας της προόδου και του εκσυγχρονισμού ... μέσω της επιστήμης και της τεχνολογίας» (Georges 2008).

Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι πολλές γυναίκες λόγω φόβου, αλλά και συχνά από προτροπή του εκάστοτε ιατρού τους, να επιλέγουν την καισαρική τομή ως μέθοδο τοκετού, χωρίς να είναι οι ίδιες επαρκώς ενημερωμένες για τις συνέπειες που μπορεί, αυτή η διαδικασία να έχει, τόσο στην ίδια, όσο και στο παιδί. Ο τοκετός, μετατρέπεται σε μία ιδιαίτερα αγχωτική διαδικασία στη ζωή της γυναίκας και συνοδεύεται από πολλές απώλειες που αφορούν στην ασφάλεια και την ποιότητα της εμπειρίας του τοκετού, η οποία αλλοτριώνεται, με σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική της υγεία. Επίσης σημαντικές επιπτώσεις έχει η καισαρική τομή και στο έμβρυο, καθώς πολλές έρευνες έχουν καταλήξει ότι τα βιόματα του εμβρύου, οι καταστάσεις που βιώνει η εγκυμονούσα καθώς και η έκβαση του τοκετού έχουν ιδιαίτερο αντίκτυπο στον χαρακτήρα και τη ψυχολογία του παιδιού, αλλά και στη μετέπειτα πορεία της ζωής του.

Η καισαρική τομή είναι πλέον εξαιρετικά διαδεδομένη, θεωρείται επέμβαση ρουτίνας και ακίνδυνος τρόπος τοκετού, σε σημείο όπου ο φυσιολογικός τοκετός μοιάζει με

«κακοποιητική» διαδικασία. Οι χειρουργοί/γυναικολόγοι είναι οι πλέον αρμόδιοι για την εξέλιξη και την έκβαση της εγκυμοσύνης, οι μαιές είναι απλά βοηθητικό προσωπικό και οι ιδιωτικές κλινικές είναι οι πιο συχνές επιλογές για τη γέννα. Σε αυτό το πλαίσιο φαίνεται πως η ιατρική δύναμη καθιστά αποδεκτή την τεχνολογία και όχι τα «αληθινά» συμφέροντα της γυναίκας (Zechmeister, 2001).

Η καισαρική τομή αποτελεί ενδεδειγμένη μέθοδο τοκετού στις περιπτώσεις που υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις ή η διαδικασία της γέννησης παρουσιάζει προβλήματα και επιπλοκές που θέτουν σε κίνδυνο τη ζωή της μητέρας, του νεογνού ή και των δύο και την καθιστούν απαραίτητη επέμβαση. Το γεγονός όμως, ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται δραματική αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή, καταδεικνύει πως, πλέον ο τοκετός με καισαρική τομή έχει εξελιχθεί σε παθολογία (Althabe, et al., 2006). Τα υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών παγκοσμίως και κυρίως στην Ελλάδα, επιβεβαιώνουν πως οι τοκετοί με καισαρική τομή δε γίνονται μόνο για ιατρικούς λόγους, γεγονός το οποίο έχει προβληματίσει την επιστημονική κοινότητα και τους φορείς υγείας.

Έρευνες έχουν δείξει πως ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, που συμβάλλει στην αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή, είναι η επιλογή τοκετού με καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας, ελλείψει ιατρικών ενδείξεων (CDMR). Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθούν τα ηθικά διλήμματα που περιβάλλουν αυτή την επιλογή, προκειμένου να περιοριστούν οι περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, οι οποίες δεν ωφελούν, αφού γίνονται χωρίς ιατρική ένδειξη, αλλά αντίθετα, προκαλούν βλάβη, τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό. Επίσης, θα πρέπει να παρέχεται εξατομικευμένη ψυχολογική υποστήριξη στην έγκυο καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς επίσης και πλήρης ενημέρωσή της για τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους που αυτή η διαδικασία ενέχει, τόσο για την ίδια, όσο και για το νεογνό, προκειμένου η έγκυος να πάρει μία συνειδητή και ορθολογική απόφαση, επίσης είναι απαραίτητο να υπογράφεται το αντίστοιχο έντυπο συναίνεσης. Οι βασικές αρχές της βιοηθικής προσέφεραν ένα χρήσιμο πλαίσιο για την ηθική ανάλυση της καισαρικής τομής κατόπιν αιτήματος της μητέρας.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΥΗΣΗ

Η κύηση και ο ερχομός ενός απογόνου είναι μια από τις πιο συναρπαστικές λειτουργίες στη φύση που εξασφαλίζει τη διαίωσιση του είδους. Στον άνθρωπο η κυοφορία διαρκεί εννιά μήνες, κατά τη διάρκεια των οποίων το έμβρυο αναπτύσσεται στη μήτρα, προστατευμένο από τον αμνιακό σάκο και τρεφόμενο διαμέσου του ομφάλιου λώρου και του πλακούντα από τον μητρικό οργανισμό.

Μήτρα: Η μήτρα είναι το βασικό όργανο αναπαραγωγής της γυναίκας που αποτελείται από λείο μυϊκό ιστό με παχιά μυϊκά τοιχώματα, εντός του οποίου μεγαλώνει προστατευμένο το έμβρυο κατά την κύηση. Η μήτρα αποτελείται από το σώμα, τον ισθμό και τον τράχηλο της μήτρας.

Το σώμα της μήτρας: το σώμα της μήτρας, αποτελείται από τρεις χιτώνες: έναν λεπτό εξωτερικό χιτώνα, που λέγεται ορογόνο υμένας (συνδετικός ιστός) και καλύπτει τη μήτρα, έναν ενδιάμεσο παχύ μυϊκό χιτώνα, που λέγεται μυομήτριο (αποτελείται από δεσμίδες λείων μυϊκών ινών) και έναν λεπτό εσωτερικό χιτώνα (βλεννογόνο) που επενδύει την ενδομητρική κοιλότητα και λέγεται ενδομήτριο (εσωτερικό κάλυμμα). Το ενδομήτριο επηρεάζεται από τις ορμονικές αλλαγές του οργανισμού της γυναίκας, καθώς τις πρώτες μέρες του εμμηνορρυσιακού κύκλου, αυξάνει σε πάχος και αποπίπτει 14 ημέρες μετά την ωοθυλακιορρηξία, αν δεν επιτευχθεί γονιμοποίηση. Αν όμως επιτευχθεί η γονιμοποίηση, τότε ο ιστός αυτός παραμένει και συνεχίζει να αναπτύσσεται, περαιτέρω εμπλουτιζόμενος με αγγεία και νέα κύτταρα, ιδιαίτερα στο σημείο της εμφύτευσης του εμβρύου, σχηματίζοντας τον **φθαρτό** (Λυγνός 2021).

Ισθμός: Ο ισθμός είναι το στενότερο τμήμα της μήτρας που βρίσκεται ανάμεσα στον τράχηλο και το σώμα της μήτρας, γνωστό και ως εσωτερικό στόμιο. Κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ο ισθμός αυξάνει σε έκταση αποτελώντας το κατώτερο τμήμα της κοιλότητας.

Τράχηλος: Ο τράχηλος είναι το κατώτερο τμήμα της μήτρας που συνδέεται με τον κόλπο. Ο τράχηλος παραμένει κλειστός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ανοίγει στον τοκετό για να επιτρέψει την γέννηση του νεογνού. Αποτελείται από συνδετικό ιστό και ελαστικές ίνες. Επίσης, η μυϊκή δομή του τραχήλου είναι στοιβαδωτή, δηλαδή τα τοιχώματα του τραχήλου είναι χωρισμένα σε πολλαπλές μυϊκές στοιβάδες, κυρίως από το εξωτερικό και το εσωτερικό στόμιο (Καλογερόπουλος, 1992). Στον βλεννογόνο του τραχήλου υπάρχουν πολυάριθμοι αδένες οι οποίοι εκκρίνουν άφθονη βλέννα στον τραχηλικό αυλό. Εδώ σχηματίζεται μια ζελατινοειδής συσσώρευση που ονομάζεται «βλεννώδες επίτωμα», η οποία προστατεύει την κοιλότητα της μήτρας από μολύνσεις, εμποδίζοντας το πέρασμα ενδογενών

μικροβίων. Στο τέλος της κύησης η έξοδος αυτού του επιλώματος προαναγγέλλει τον ερχομό του τοκετού, ενώ μετά την εμμηνόπαυση οι αδένες εκφυλίζονται και η παραγωγή βλέννας σταματά (Μαυρικήδη, 2012).

Πλακούντας: Ο πλακούντας εφάπτεται στα τοιχώματα της μήτρας και διαχωρίζει την κυκλοφορία του αίματος του εμβρύου, από αυτή της μητέρας. Πρόκειται για ένα «προσωρινό» όργανο, του οποίου η λειτουργία παύει με το πέρας του δευτέρου σταδίου του τοκετού. Διαμέσου του πλακούντα και στη συνέχεια του ομφάλιου λώρου, μεταφέρεται το οξυγόνο και τα θρεπτικά συστατικά, από το αίμα της μητέρας, στο έμβρυο, ενώ τα προϊόντα του μεταβολισμού, καθώς και το διοξείδιο του άνθρακα, ακολουθούν την αντίθετη πορεία, από την κυκλοφορία του εμβρύου στο αίμα της μητέρας. Μέσω αυτής της διαδρομής μεταφέρονται και τα αντισώματα από την μητέρα στο έμβρυο, καθώς και κάθε άλλη θρεπτική ουσία. Θα μπορούσαμε να πούμε, πως ο πλακούντας είναι η «γραμμή ζωής», μέσω της οποίας υποστηρίζεται η ραγδαία ανάπτυξη του εμβρύου. Ο πλακούντας εμφυτεύεται στο τοίχωμα της ενδομητρικής κοιλότητας. Μέσω της εμφύτευσης αυτής δημιουργούνται και οι απαραίτητες «συνδέσεις» μεταξύ της κυκλοφορίας του αίματος της μητέρας και του εμβρύου. Αν ο πλακούντας εμφυτευθεί κοντά στο έσω τραχηλικό στόμιο, τότε μιλάμε για επιχείλιο πλακούντα, ενώ αν το καλύπτει τελείως, μιλάμε για επιπωματικό πλακούντα. Ως επιχείλιο, ορίζουμε τον πλακούντα του οποίου το άκρο απέχει λιγότερα από 2 εκατοστά από το έσω τραχηλικό στόμιο. Η παρουσία επιπωματικού πλακούντα αυξάνει εξάλλου και τις πιθανότητες έναρξης συσπάσεων και πρόωρου τοκετού (Λυγνός 2016).

Ομφάλιος λώρος: Ο ομφάλιος λώρος συνδέει το έμβρυο με τη μητέρα. Η κυκλοφορία του αίματος δια μέσου του ομφάλιου λώρου τροφοδοτεί με οξυγόνο και θρεπτικά συστατικά το έμβρυο, εξασφαλίζοντας έτσι την ομαλή ανάπτυξή του και αποβάλλει ότι είναι περιττό. Τα αγγεία του ομφάλιου λώρου περιβάλλονται από μία γελατινώδη ουσία (gel), η οποία ονομάζεται γέλη του Wharton (Wharton's jelly). Η γέλη του Wharton είναι εξαιρετικά σημαντική, καθότι προστατεύει τα ευαίσθητα ομφαλικά αγγεία από τραυματισμούς, ενώ φαίνεται, πως είναι και πλούσια σε βλαστοκύτταρα (Λυγνός 2021).

Αμνιακός σάκος: Το έμβρυο αναπτύσσεται μέσα σε έναν σάκο γεμάτο υγρό που ονομάζεται αμνιακός σάκος. Όσο μεγαλώνει η ηλικία της κύησης, τόσο αυξάνεται και η ποσότητα του αμνιακού υγρού (Λυγνός 2021).

Περίνεο-πυελικό έδαφος: Το πυελικό έδαφος αποτελείται από τους μύες του περινέου, που βοηθούν στη διατήρηση της θέσης των έσω γεννητικών οργάνων της γυναίκας. Κατά το δεύτερο στάδιο του τοκετού, ο κόλπος και το περίνεο πρέπει να ανοίξουν για να αφήσουν να περάσει το μωρό. Οι ορμόνες της εγκυμοσύνης προπαρασκευάζουν τους ιστούς αυτούς,

προκειμένου να γίνουν πιο μαλακοί και ελαστικοί, να χαλαρώσουν, ώστε να επιτρέψουν την έξοδο του νεογνού (Λυγνός 2021).

1.1. ΟΡΜΟΝΕΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ

Οι ορμόνες που πρωταγωνιστούν στην εγκυμοσύνη περιλαμβάνουν τη Χοριακή Γοναδοτροπίνη, τα Οιστρογόνα, την Προγεστερόνη, την Προλακτίνη και την Ωκυτοκίνη, όπου ενώ η κάθε ορμόνη έχει τη δικιά της αποστολή και ρύθμιση, όλες μαζί συμπράττουν ώστε το έμβρυο να τραφεί, να αναπτυχθεί και να γεννηθεί (Φαφούτη 2014).

Χοριακή Γοναδοτροπίνη (hCG): είναι η πρώτη από τις κύριες ορμόνες στην εγκυμοσύνη. Αρχικά παράγεται από το γονιμοποιημένο ωάριο και μετά τον τρίτο μήνα κύησης από τον πλακούντα. Αρχίζει να παράγεται περίπου την 3η ημέρα μετά την εμφύτευση του γονιμοποιημένου ωαρίου στη μήτρα και φτάνει στη μέγιστη τιμή της περίπου την 7^η - 8^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης, ενώ στη συνέχεια σταθεροποιείται σε συγκεκριμένα επίπεδα. Ανιχνεύεται στο αίμα και στα ούρα της γυναίκας και ευθύνεται για τις μικροαδιαθεσίες που βιώνουν οι γυναίκες, κυρίως κατά το πρώτο τρίμηνο της κύησης.

Οιστρογόνα: Τα οιστρογόνα συνδέονται άμεσα με τον αναπαραγωγικό κύκλο της γυναίκας και παίζουν σημαντικό ρόλο στην ωορρηξία. Μετά τη γονιμοποίηση η συγκέντρωσή τους αυξάνεται και συμβάλλουν στην καλύτερη αιματική ροή από και προς το έμβρυο, καθώς και στην ανάπτυξη του πλακούντα, του ενδομητρίου και της μήτρας. Τα οιστρογόνα παράγονται από τις ωοθήκες μέχρι τον 3ο μήνα της εγκυμοσύνης και στη συνέχεια αναλαμβάνει την παραγωγή ο πλακούντας, το ήπαρ και τα επινεφρίδια του εμβρύου. Τα επίπεδά τους είναι σταθερά κατά τη διάρκεια και των εννέα μηνών της κύησης και μειώνονται μετά τον τοκετό, με την αποβολή του πλακούντα. Τα οιστρογόνα βελτιώνουν την κατάσταση του τριχωτού της γυναίκας, ενώ επηρεάζουν την ευαισθησία του δέρματος, αυξάνοντας την παραγωγή μελανίνης, προκαλούν κατακράτηση υγρών και αύξηση του μαζικού αδένα του μαστού, επίσης προετοιμάζουν τον θηλασμό.

Προγεστερόνη: Η Προγεστερόνη βοηθά στην ομαλή εξέλιξη της εγκυμοσύνης. Εξασφαλίζει τη χαλάρωση των μυών της μήτρας κατά την εμφύτευση του εμβρύου, συμβάλλει στην αύξηση του όγκου της μήτρας και ρυθμίζει την παραγωγή γάλατος πριν τον τοκετό. Παράγεται από τις ωοθήκες μέχρι τον 3ο μήνα της κύησης και μετά από τον πλακούντα. Τα επίπεδα της παραμένουν σε σταθερά επίπεδα σε όλη τη διάρκεια της κύησης. Η προγεστερόνη, ασκεί χαλαρωτική δράση σε όλους τους λείους μύες και προκαλεί κατακράτηση υγρών, πρήξιμο των άκρων, δυσκοιλιότητα και δυσπεψία.

Προλακτίνη: Η Προλακτίνη προετοιμάζει τους μαστούς και τους γαλακτοφόρους αδένες για τον θηλασμό μετά την εγκυμοσύνη, κατά τη διάρκεια του οποίου αναστέλλει την παραγωγή

ωαρίων, με αποτέλεσμα την αμηνόρροια του θηλασμού. Παράγεται από τα γαλακτοτρόπα κύτταρα της υπόφυσης, και η έκκρισή της αυξάνεται σταδιακά στη διάρκεια της κύησης. Τα επίπεδά της παρουσιάζουν κατακόρυφη αύξηση μετά τον τοκετό.

Ωκυτοκίνη: Η ωκυτοκίνη, ενώ κατά τη διάρκεια της κύησης είναι σε αδράνεια και παρουσιάζει σταθερά επίπεδα έκκρισης, στον τοκετό κατέχει κυρίαρχο ρόλο. Παράγεται από τον οπίσθιο λοβό της υπόφυσης και η δράση της επηρεάζεται από την προγεστερόνη. Η προγεστερόνη μειώνεται, καθώς πλησιάζει ο τοκετός, με αποτέλεσμα να επιτρέπει πλέον την αύξηση της ωκυτοκίνης, η οποία θα βοηθήσει στη συνέχεια στο ξεκίνημα και στην ομαλή εξέλιξη των ωδινών. Εάν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τα επίπεδα της προγεστερόνης είναι πολύ χαμηλά, τότε η ωκυτοκίνη αρχίζει να αυξάνεται, κάτι τέτοιο ενδέχεται να προκαλέσει πρόωρες συστολές ή και πρόωρο τοκετό. Μετά τον τοκετό, η ωκυτοκίνη βοηθά στην εξώθηση του γάλακτος, καθώς και τις συσπάσεις της μήτρας και την επαναφορά της στο φυσιολογικό της μέγεθος (Μπιλάλης, 2021).

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα επίπεδα των ορμονών αλλάζουν και οι τιμές τόσο των οιστρογόνων, όσο και της προγεστερόνης είναι αυξημένες στο αίμα. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση του πάχους του ενδομητρίου, την αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος στους μαστούς και τη μήτρα, βοηθώντας έτσι τα μυϊκά τοιχώματά της να χαλαρώνουν και να διαστέλλονται κατά την ανάπτυξη του εμβρύου. Τα αυξημένα επίπεδα των ορμονών μπορεί να προκαλέσουν διακυμάνσεις στην συμπεριφορά και τα συναισθήματα της γυναίκας (συχνός εκνευρισμός, θυμός, αυξημένη ευαισθησία, αδυναμία διαχείρισης συναισθημάτων κ.λ.π.). Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται κυρίως κατά την διάρκεια του πρώτου τριμήνου και τείνουν να φθίνουν καθώς η εγκυμοσύνη προχωράει (Δημητρόπουλος, 2021). Από τον τρίτο ως τον ένατο μήνα, η ορμονική κατάσταση θεωρείται «στάσιμη», ενώ οι ορμόνες «επανέρχονται στο προσκήνιο» κατά τον τοκετό. Επίσης ενώ η ωκυτοκίνη προκαλεί τις συσπάσεις των ωδινών, η παραγωγή των οιστρογόνων και της προγεστερόνης από τον πλακούντα σταματά, γεγονός που ευθύνεται για τη επιλόχεια κατάθλιψη που διαρκεί μέχρι την αύξηση των επιπέδων της προλακτίνης και την έναρξη του θηλασμού (Φαφούτη2014).

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΟΚΕΤΟΣ

2. ΕΙΔΗ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο τοκετός είναι το σύνολο των φαινομένων, μέσω των οποίων επιτυγχάνεται η έξοδος του εμβρύου, των εμβρυικών υμένων και του πλακούντα, από τη μήτρα στο εξωτερικό περιβάλλον, μέσω της κολπικής οδού. Τοκετός απλός καλείται ο τοκετός κατά τον οποίο γεννιέται ένα έμβρυο και δίδυμος ή πολλαπλός όταν γεννιούνται δύο ή περισσότερα έμβρυα (Καρπάθιος 2001).

Τοκετός από την 24η-25η εβδομάδα θεωρείται πρόωρος, από την 35η έως την 36η, ο τοκετός θεωρείται οριακά πρόωρος, ενώ από την 37η έως την 40^η, ο τοκετός θεωρείται τελειόμηνος. Αν η έξοδος του εμβρύου πραγματοποιηθεί από τη μήτρα πριν την 24η εβδομάδα, τότε ονομάζεται αποβολή (Μαμλόπουλος, Φαρμακίδης, 1996). Ο φυσιολογικός τοκετός είναι κολπικός, ωστόσο, επιπλοκές στην κύηση μπορούν να οδηγήσουν σε τοκετό με καισαρική τομή (Μεσσήνης 2005).

2.1. ΚΟΛΠΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ

Ο κολπικός τοκετός διαχωρίζεται στον φυσικό και στον φυσιολογικό τοκετό. Είναι σημαντικό να τονιστεί η διαφορά που υπάρχει μεταξύ του φυσιολογικού και του φυσικού τοκετού, διότι πολλές φορές οι δυο αυτοί όροι συγχέονται μεταξύ τους.

Ένας τοκετός λέγεται φυσικός όταν δεν υπάρχει καμία ιατρική παρέμβαση κατά τη διάρκεια του, το σώμα της γυναίκας ξεκινά αυτόματα τον τοκετό και με τους δικούς του ρυθμούς καταλήγει στη γέννα του νεογνού, από τον κόλπο της μητέρας (Μεσσήνης 2005).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (2001), «Φυσικός τοκετός είναι ο τοκετός που ξεκινά αυθόρμητα μεταξύ της 37ης και της 42ης συμπληρωμένης εβδομάδας της κύησης. Από την έναρξη, έως το τέλος του δεν έχουμε εμφανείς κινδύνους. Το παιδί γεννιέται με κεφαλική προβολή και μετά τον τοκετό η μητέρα και το παιδί είναι σε καλή κατάσταση» (ΠΟΥ, 2001). Στον φυσικό τοκετό, δεν υπάρχει καμία ιατρική παρέμβαση.

Φυσιολογικός είναι ο τοκετός κατά τον οποίο το νεογνό γεννιέται από τον κόλπο της μητέρας του (όχι με καισαρική τομή), αλλά η μητέρα μπορεί να επιλέξει μεθόδους που θα την ανακουφίσουν από τους πόνους, όπως είναι η επισκληρίδιος αναισθησία (Μεσσήνης 2005).

2.2. ΤΟΚΕΤΟΣ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Καισαρική τομή είναι η επέμβαση κατά την οποία ένα έμβρυο γεννιέται μετά από χειρουργική τομή, στο κοιλιακό τοίχωμα της μητέρας και τη μήτρα. Στον ανωτέρω ορισμό δε συγκαταλέγεται η έξοδος του εμβρύου από την περιτοναϊκή κοιλότητα επί κοιλιακής εκτόπου κύησης ή ρήξης της μήτρας (ΕΜΓΕ 2013). Η πρώτη καισαρική τομή που πραγματοποιείται σε μια κυοφορούσα καλείται πρωτογενής, ενώ οι επόμενες περιγράφονται ως προηγηθείσα δις, προηγηθείσα ή επαναλαμβανόμενες καισαρικές τομές. Προγραμματισμένη καισαρική τομή ονομάζεται εκείνη που εκτελείται πριν την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού ή πριν από την εμφάνιση διαφόρων επιπλοκών της κύησης που θα την καθιστούσε επείγουσα (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Η καισαρική τομή συμπεριλήφθηκε στο πακέτο της ολοκληρωμένης μαιευτικής περίθαλψης έκτακτης ανάγκης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (Olsen et.all, 2005).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2014), η καισαρική τομή, είναι μια χειρουργική επέμβαση που γίνεται με στόχο τον τεχνητό τοκετό και πρέπει να γίνεται μόνο επί πραγματικών ιατρικών ενδείξεων, αφού μπορεί να καταλήξει σε δυνητικές επιπτώσεις όπως η λοίμωξη, η θρόμβωση, η αιμορραγία, η έκτακτη ανάγκη για υστερεκτομή, συνεχή πυελικό πόνο, υπογονιμότητα μέχρι και τον θάνατο (ΠΟΥ 2014).

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΟΚΕΤΟΥ

3.1. ΒΙΟΛΟΓΙΑ/ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο φυσιολογικός τοκετός ξεκινάει με μια διαδικασία αναστροφής πολλών από τους μηχανισμούς διατήρησης της κύησης, οι οποίοι είναι απαραίτητοι μέχρι την ανάπτυξη του εμβρύου. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει: την αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου ώστε να καταστεί δυνατή η εξώθηση, τη χαλάρωση του συνδετικού ιστού του τραχήλου της μήτρας ώστε να καταστεί δυνατή η κάθοδος του εμβρύου, μεταβολές στην ηβική σύμφυση και τις συναρθρώσεις της πυέλου ώστε να καταστεί δυνατή η αύξηση της χωρητικότητάς της και πλήθος ορμονικών και άλλων βιοχημικών μεταβολών, με σκοπό αφενός τον απρόσκοπτο τοκετό και αφετέρου την ασφαλή μετάβαση της κυοφορούσας στη λοχεία (Δίνας κ.α, 2008).

Τα στάδια του τοκετού είναι τρία: το πρώτο στάδιο ή στάδιο διαστολής του τραχήλου, το δεύτερο στάδιο ή στάδιο της εξώθησης και το τρίτο στάδιο ή στάδιο της υστεροτοκίας

(Δίνας κ.α, 2008).

3.1.1. ΈΝΑΡΞΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Ο μηχανισμός έναρξης του τοκετού, τόσο στην τελειόμηνη κύηση όσο και στην πρόωμη, παραμένει σε σημαντικό βαθμό αδιευκρίνιστος, παρά τη μεγάλη αναγκαιότητα να κατανοηθεί, ώστε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο πρόωρος τοκετός. Παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστο αν το έναυσμα για την έναρξη του τοκετού το δίνει το κύημα ή η κυοφορούσα (Bernal 2003).

Η ωκυτοκίνη, που παράγεται από τον υπεροπτικό και παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου και εκκρίνεται μέσω της οπίσθιας υπόφυσης, είναι ο πιο ισχυρός μητροσυσπαστικός παράγοντας κατά τη διάρκεια του τοκετού. Παράγοντες του πλακούντα, όπως το ένζυμο ωξυτοκινάση, προτάθηκε ότι προκαλούν έμμεσα την αύξηση της βιοδιαθέσιμης ωκυτοκίνης, επάγοντας έτσι τον τοκετό (Δίνας κ.α, 2008). Σήμερα η χρήση ανταγωνιστών της ωκυτοκίνης είναι η πιο αποτελεσματική και ασφαλής αντιμετώπιση του πρόωρου τοκετού.

Ο φθαρτός έχει επίσης προταθεί ότι συμμετέχει σε πρώιμο στάδιο στην έναρξη του τοκετού, ευαισθητοποιώντας το μυομήτριο στην ωκυτοκίνη, μέσω αύξησης των προσταγλανδινών, και ειδικά της PGF_{2a}. Η ωκυτοκίνη, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, είναι μια φυσική ορμόνη η οποία προκαλεί συσπάσεις της μήτρας, ενώ οι προσταγλανδίνες είναι ορμόνες που προετοιμάζουν τον οργανισμό για τον τοκετό και χρησιμοποιούνται για την πρόκληση τοκετού σε περιπτώσεις που ο τράχηλος δεν έχει προσαρμοστεί στις ανάγκες του τοκετού. Η διαδικασία πιστεύεται ότι αποτελεί τελικό στάδιο της ωρίμανσης - γήρανσης - απόπτωσης του πλακούντα. Ενώ θεωρείται ότι το έναυσμα του τοκετού δίνεται από παράγοντες του εμβρύου, αυτό παραμένει αναπόδεικτο και συνεπώς δεν είναι γνωστό αν ο φθαρτός προκαλεί την έναρξη του τοκετού ή συμμετέχει απλώς σε πρώιμο στάδιο (Δίνας κ.α, 2008).

3.1.2. ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΔΙΑΣΤΟΛΗ)

Η έναρξη του πρώτου σταδίου, όπως αναφέρθηκε, δεν μπορεί να προσδιορισθεί με ακρίβεια, καθώς δεν είναι γνωστή ολόκληρη η αλληλουχία των γεγονότων που οδηγούν στην έναρξη του τοκετού. Οποσδήποτε, στις περισσότερες κυήσεις η αύξηση της δραστηριότητας του μυομητρίου που οδηγεί σε διαστολή και εξάλειψη του τραχήλου της μήτρας, σηματοδοτεί την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού, το οποίο ολοκληρώνεται με την πλήρη διαστολή και εξάλειψη του (Μπόντης, 2007). Το μυομήτριο προετοιμάζεται προοδευτικά για τον τοκετό αρκετές εβδομάδες πριν την έναρξή του. Τα μυϊκά κύτταρα της

μήτρας έχουν τη δυνατότητα να συσπώνται από πολύ νωρίς στην κύηση (Δίνας κ.α, 2008).

Επομένως, το πρώτο στάδιο του τοκετού είναι η λέπτυνση (εξάλειψη) και η διαστολή του τραχήλου της μήτρας, ώστε να επιτραπεί στο νεογνό να μετακινηθεί μέσα στο κανάλι του κόλπου. Είναι το πιο χρονοβόρο στάδιο από τα τρία του τοκετού, το οποίο στην πραγματικότητα χωρίζεται σε δυο φάσεις.: α) τη λανθάνουσα φάση (πρώιμο στάδιο) και β) την ενεργό φάση (ενεργό στάδιο).

α) Στη λανθάνουσα φάση (πρώιμο στάδιο), ο τράχηλος αρχίζει να διαστέλλεται, η κυοφορούσα νιώθει ήπιες συσπάσεις και η διαστολή φτάνει τα 2-3 εκ. Η διάρκεια των συσπάσεων είναι 30 με 90 δευτερόλεπτα και γίνονται σε σύντομα χρονικά διαστήματα (5- 10 λεπτά). Κοντά στο τέλος του σταδίου, οι συσπάσεις γίνονται κάθε πέντε λεπτά. Με την έναρξη της διαστολής, ο τράχηλος αρχίζει να ανοίγει και η παχύρρευστη βλέννα ξεκολλά (είναι το τραχηλικό «πώμα» το οποίο έκλεινε το τραχηλικό στόμιο). Καθώς ο τράχηλος διαστέλλεται, σπάνε τα τριχοειδή αγγεία και γι' αυτό η βλέννα είναι πολλές φορές ελαφρώς αιματηρή. Το πρώιμο στάδιο τοκετού είναι απρόβλεπτο. Για τις πρωτότοκες το μέγιστο χρονικό διάστημα είναι από έξι ως δώδεκα ώρες, ενώ πολύ μικρότερο είναι στις γυναίκες που έχουν ήδη έναν προηγούμενο τοκετό.

β) Στην ενεργό φάση (ενεργό στάδιο), η διαστολή ξεκινά από τα 3 εκατοστά και καταλήγει στην τελεία διαστολή του τραχήλου, δηλαδή τα 10 εκατοστά. Στη φάση αυτή, η μήτρα, ο τράχηλος και ο κόλπος σχηματίζουν ένα ενιαίο σωλήνα για την έξοδο του νεογνού. Όσο πιο συχνές και παρατεταμένες είναι οι συστολές, τόσο πιο σύντομα θα συμπληρωθεί η διαστολή. Στο στάδιο αυτό του τοκετού, η χαλάρωση της κυοφορούσας είναι απαραίτητη, ώστε το οξυγόνο να μην καταναλώνεται από τους μύες, αλλά να μεταφέρεται στο νεογνό (www.mayoclinic.org).

Η μετάβαση της δραστηριότητας του μυομητρίου από τις ασύντακτες συσπάσεις της κύησης, στις συντονισμένες του πρώτου σταδίου του τοκετού είναι μια συνεχής διαδικασία, η οποία δε σταματά πριν την ολοκλήρωση του τοκετού. Κλινικά, κατά το τρίτο τρίμηνο της κύησης, συχνά γίνονται αντιληπτές από τη γυναίκα συσπάσεις ανώδυνες, σποραδικές και ασθενείς, οι οποίες συχνά αναφέρονται ως συσπάσεις Braxton Hicks. Η έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού σηματοδοτείται από τις γνήσιες ωδίνες. Ειδοποιός διαφορά των γνήσιων ωδινών από τις συσπάσεις Braxton Hicks είναι ο επώδυνος χαρακτήρας τους (Δίνας κ.α, 2008).

Η διάρκεια του πρώτου σταδίου διαφέρει και εξαρτάται από τον τόκο, το χρονικό διάστημα

μεταξύ των τοκετών, την ψυχολογική κατάσταση της επιτόκου, την προβολή, τη θέση και το μέγεθος του εμβρύου, το μέγεθος και τον τύπο της λεκάνης και τον χαρακτήρα των συστολών, όσον αφορά τον ρυθμό, την διάρκεια και την ένταση τους (Καρπάθιος 2001).

3.1.3. ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΕΞΩΘΗΣΗ)

Το στάδιο της εξώθησης είναι το στάδιο της γέννησης του νεογνού. Αρχίζει με την πλήρη διαστολή, τις εξωθητικές συστολές και τελειώνει με την έξοδο του νεογνού από το γεννητικό σωλήνα. Οι συστολές της μήτρας στο στάδιο αυτό διαρκούν 2-3 λεπτά και είναι μεγαλύτερης έντασης, ενώ αυτό διαρκεί 30-45 λεπτά. (Καρπάθιος 2001).

3.1.4. ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ (ΥΣΤΕΡΟΤΟΚΙΑ)

Το τρίτο στάδιο αρχίζει με τη γέννηση του νεογνού και ολοκληρώνεται με την έξοδο του πλακούντα. Ο πλακούντας αποκολλάται από τα τοιχώματα της μήτρας συνήθως κατά την 3η ή 4η ισχυρή συστολή της μήτρας μετά τη γέννηση του νεογνού και αποβάλλεται με την επόμενη συστολή της μήτρας. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 3 έως 5 λεπτά, αν και η διάρκεια μέχρι τα 30 λεπτά θεωρείται εντός φυσιολογικών ορίων. Σε αυτό το στάδιο ενθαρρύνεται η επαφή του νεογνού με τη μητέρα και η άμεση έναρξη του θηλασμού. Ο θηλασμός μειώνει και τον κίνδυνο αιμορραγίας, καθώς ο ερεθισμός των θηλών εκλύει ωκυτοκίνη, διεγείροντας τις συσπάσεις της μήτρας (www.mayoclinic.org).

Στο στάδιο αυτό του τοκετού μπορεί να εμφανισθούν σοβαρές επιπλοκές στην έγκυο, που έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την απώλεια αίματος, απειλητική για τη ζωή τους (Post Partum Haemorrhage – PPH - αιμορραγία μετά τον τοκετό). Η αιμορραγία μπορεί να προκύψει πριν, κατά ή αμέσως μετά την έξοδο του πλακούντα. Τα κυριότερα αίτια εμφάνισης της αιμορραγίας αμέσως μετά τον τοκετό, είναι η ατονία της μήτρας, η κατακράτηση του πλακούντα, η ρήξη της μήτρας, οι διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού, οι τραυματισμοί του περινέου, του κόλπου ή του τραχήλου. Οι κακώσεις του γεννητικού συστήματος, μπορούν να προκληθούν από διάφορες μαιευτικές επεμβάσεις, αλλά και κατά την απλή διέλευση του εμβρύου από τον γεννητικό σωλήνα.. Πρόκειται, συνήθως, για ρήξεις ή αιματώματα των γεννητικών οργάνων. Η αιμορραγία παρουσιάζεται σε συχνότητα περίπου 5%-8% και αποτελεί την κυριότερη αιτία της μητρικής θνησιμότητας. Η αιμορραγία μετά τον τοκετό είναι η σοβαρότερη μαιευτική επιπλοκή και γι' αυτό επιβάλλεται η άμεση εκτίμηση της κατάστασης και υπολογισμός της απώλειας αίματος (www.mayoclinic.org). Το ποσοστό των θανάτων με αιτία την PPH, ανέρχεται στο 13,1% του συνόλου των μητρικών θανάτων στην Ευρώπη (European Perinatal Health Report, 2008).

3.2. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ/ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ

Τα πλεονεκτήματα του φυσικού τοκετού είναι πολλά τόσο σε σωματικό αλλά και ψυχολογικό επίπεδο της μητέρας και του παιδιού. Πλεονεκτήματα αποτελούν:

Για τη μητέρα:

- ✓ Ενεργός ρόλος της μητέρας στο τοκετό
- ✓ Αντιμετώπιση του πόνου με φυσικές μεθόδους
- ✓ Λιγότερος μεταγεννητικός πόνος
- ✓ Γρηγορότερη σωματική ανάρρωση
- ✓ Μηδενική λήψη φαρμάκων
- ✓ Αποφυγή περιττών ιατρικών παρεμβάσεων
- ✓ Αύξηση της αυτοπεποίθησης της μητέρας ότι τα κατάφερε
- ✓ Δυνατότερος δεσμός μεταξύ μητέρας - παιδιού
- ✓ Μειωμένη πιθανότητα να εμφανιστεί επιλόχειος κατάθλιψη
- ✓ Υγιές, ήρεμο και πιο συνεργάσιμο μωρό
- ✓ Επιτυχής θηλασμός

Για το νεογνό:

- ✓ Μείωση του κινδύνου αναπνευστικής ανεπάρκειας
- ✓ Ενίσχυση του ανοσοποιητικού του συστήματος, μέσω της επαφής του με τη φυσιολογική χλωρίδα του κόλπου κατά τη διέλευσή του, από το πυελογεννητικό σύστημα της μητέρας
- ✓ Ομαλή ψυχοσωματική ανάπτυξη
- ✓ Υγιές και ήρεμο μωρό
- ✓ Μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης ανοσολογικών ασθενειών
- ✓ Προστασία ζωτικών οργάνων (καρδιά, εγκέφαλος)
- ✓ Ισχυρός δεσμός μητέρας – νεογνού
- ✓ Ενίσχυση θηλασμού
- ✓ Προετοιμασία νεογνού για το εξωμήτριο περιβάλλον
- ✓ Ομαλή νευροψυχιατρική ανάπτυξη και αποφυγή διαταραχών

Στα μειονεκτήματα του φυσιολογικού τοκετού μπορούν να ενταχθούν τα εξής:

Για τη μητέρα:

- ✓ Άγχος
- ✓ Κίνδυνος μελλοντικής ακράτειας
- ✓ Σεξουαλικά προβλήματα τους πρώτους μήνες μετά τη γέννηση
- ✓ Πιθανότητα αιμορραγίας μετά τον τοκετό

Για το νεογνό:

- ✓ Κίνδυνος τραυματισμού του εμβρύου κατά τη γέννηση

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

4.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η καισαρική τομή αποτέλεσε μέρος του ανθρώπινου πολιτισμού από την αρχαιότητα. Τη χρήση της καισαρικής τομής συναντάμε και στην ελληνική μυθολογία, σύμφωνα με την οποία, με τομή, από την κοιλιά της μητέρας του γεννήθηκε ο θεός Ασκληπιός, από τον πατέρα του Απόλλωνα, ενώ μητέρα του ήταν Κορωνίδα.

Πολλές αναφορές σε καισαρική τομή εμφανίζονται σε αρχαία ινδουιστικά, αιγυπτιακά, ελληνικά, ρωμαϊκά και άλλα ευρωπαϊκά κείμενα. (National Library of Medicine). Ιστορικά, αναφέρεται ότι από τον Boleyn στη Σικελία το 508 π.Χ. διασώθηκε το πρώτο έμβρυο μετά από καισαρική τομή (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Πιστεύεται πως ο όρος «καισαρική» προέρχεται από τη γέννηση του Julius Caesar με καισαρική τομή, ωστόσο, αυτό φαίνεται απίθανο, διότι η μητέρα του Aurelia φημιολογείται ότι ήταν εν ζωή, όταν εκείνος εισέβαλλε στη Βρετανία, ενώ γνωρίζουμε ότι ήταν αδύνατο να επιζήσει μια γυναίκα μετά από καισαρική τομή την εποχή εκείνη. Είναι επίσης γνωστό πως στη Ρωμαϊκή αυτοκρατορία, με καισαρική τομή, έπαιρναν τα παιδιά από τις νεκρές μητέρες, post-mortem (National Library of Medicine).

Ο όρος «καισαρική τομή», προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα caedere (κόπτω, τέμνω), το οποίο πρωτοαναφέρεται στον ρωμαϊκό νόμο του 715 π.Χ. του Νουμά Πομπίλιου (Lex regia ή caeserea), σύμφωνα με τον οποίο, διατασσόταν η διάσωση του εμβρύου πριν από την ταφή κάθε εγκύου, που πέθαινε, ενώ βρισκόταν στο τελευταίο στάδιο της εγκυμοσύνης (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Η πρώτη περίπτωση μητέρας που επέζησε από καισαρική τομή ήταν γύρω στη δεκαετία του 1500, στην Ελβετία, όταν ο Jacob Nuffer, πραγματοποίησε την επέμβαση στη γυναίκα του, η οποία επέζησε και απέκτησε άλλα πέντε παιδιά, μεταξύ των οποίων και δίδυμα. Δεδομένου ότι αυτή η πληροφορία δεν καταγράφεται μέχρι το 1582, οι ιστορικοί την αμφισβητούν. Το πρώτο μωρό που γεννήθηκε από καισαρική τομή, λέγεται ότι έζησε ως στην ηλικία των 77 ετών (National Library of Medicine).

Η πρώτη ιστορικά αποδεδειγμένη καισαρική τομή σε ζωντανή γυναίκα πραγματοποιήθηκε το 1610 στη Βιττεμβέργη, από τον Jeremias Trautmann, το έμβρυο επέζησε, ενώ η μητέρα πέθανε 25 ημέρες αργότερα από σηπτική καταπληξία (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Στην περίοδο του 19ου αιώνα, η καισαρική τομή εμφανίζεται να εκτελείται συστηματικά παρά την υψηλή μητρική θνησιμότητα που κυμαινόταν σε ποσοστό 50% έως 85%. Η πρώτη επιτυχημένη καισαρική τομή στις Η.Π.Α αποδίδεται στον Jesse Bennett στο Staunton της Virginia. Η πρώτη επίσημα καταγεγραμμένη καισαρική τομή αποδίδεται στον ιατρό John Lambret Richmond από τη Μασαχουσέτη. Η καισαρική έγινε στις 22 Απριλίου του 1827 σε πρωτότοκο με εκλαμψία. Η μητέρα σώθηκε, αλλά το παιδί χάθηκε.

Τα πρώτα 75 χρόνια του 19ου αιώνα, η καισαρική τομή εκτελούνταν στην Ευρώπη με υψηλή μητρική θνησιμότητα. Το 1844 ο Δανός Kayser παρουσίασε μια στατιστική ανάλυση με μητρική θνησιμότητα 54% σε 1605 περιπτώσεις, της μέχρι τότε βιβλιογραφίας. Στις ΗΠΑ σε 80 περιπτώσεις μέχρι το 1878, η θνησιμότητα ανερχόταν στο 52,5% (Μανταλενάκης, 2005).

Στις πρώτες καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν, αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε συρραφή της μήτρας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημεία σηψαιμίας στις γυναίκες που είχαν ήδη επιζήσει από την αθρόα αιμορραγία, λόγω της μη συρραφής του τοιχώματος της μήτρας (Anesthesiology, 1999).

Το 1876 ο Eduardo Porro (1842-1902) και το 1886 ο Max Sänger, πραγματοποίησαν χειρουργικές τεχνικές που συνέβαλλαν σημαντικά στη μείωση της μητρικής θνησιμότητας. Συγκεκριμένα το 1876, ο Ιταλός Eduardo Porro (1842-1902) συνιστά την εξαίρεση του σώματος της μήτρας, κατά την εκτέλεση της καισαρικής. Η επέμβαση αυτή είχε ως κύριο στόχο τον έλεγχο της γενικευμένης λοίμωξης και της αιμορραγίας. Στις 21 Μαΐου 1876, ο Porro στην Ραβία της Ιταλίας εκτελεί την εγχείρηση με ακρίβεια και ταχύτητα, ολοκληρώνοντάς την, σε 26 λεπτά. Κατά την εγχείρηση αυτή, επιβίωσαν μητέρα και νεογέννητο. Μέχρι τότε, στην πόλη αυτή, δεν είχε επιβιώσει καμία επίτοκος μετά από

καισαρική τομή (Μανταλενάκης, 2008).

Το 1882 ο Max Sänger (1853-1903) συνιστά, η τομή της μήτρας να γίνεται χαμηλότερα και η συρραφή του μητριάου τραύματος κατά την καισαρική, να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή. Ο Max Sänger τονίζει τη μεγάλη σημασία της σύγκλεισης του χειρουργικού τραύματος της μήτρας σε δύο στρώματα και την αποφυγή της συρραφής του φθαρτού με το μυϊκό στρώμα πριν από τη σύγκλειση των κοιλιακών ανατομικών δομών. Στα σύγχρονα χειρουργικά χρονικά η επέμβαση κατά Sänger, ονομάζεται «κλασική καισαρική τομή» (Τζεβελέκης κ.α., 2008).

Το 1882, τόσο ο Max Sänger, όσο και ο επίσης Γερμανός, Adolf Kehrer ανέπτυξαν μεθόδους για την πρόληψη της αιμορραγίας της μήτρας χρησιμοποιώντας ράμματα για να κλείσουν την πληγή. Το ασημένιο σύρμα αναπτύχθηκε από τον J. Marion Sims στις ΗΠΑ, ως υλικό που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την τεχνική συρραφής. Ο Sänger πραγματοποίησε τις χειρουργικές επεμβάσεις του χρησιμοποιώντας την κλασική κάθετη τομή, ενώ ο Kehrer υποστήριξε τη χαμηλή οριζόντια τομή που εξακολουθεί να ασκείται και σήμερα. Ο Kehrer, πρότεινε ότι μια χαμηλή τομή θα βοηθήσει στην ανάρρωση και θα μειώσει τον κίνδυνο θανάτου, η μέθοδος τομής του, έγινε δημοφιλής στις αρχές του εικοστού αιώνα (News Medical).

Παρά τη σημαντική προσφορά του Sänger, του Kehrer και άλλων συγχρόνων τους γυναικολόγων, η θνητότητα από την καισαρική εξακολούθησε να είναι υψηλή από περιτονίτιδα, κυρίως στις περιπτώσεις που προϋπήρχε παρατεταμένη δοκιμασία τοκετού (Μανταλενάκης, 2008).

Ένας άλλος Γερμανός, ο καθηγητής Christian Gerhard Leopold (1846-1912), γνωστός από τους μαιευτικούς χειρισμούς που φέρουν το όνομά του, προτείνει βελτίωση της τεχνικής χρησιμοποιώντας για τη συρραφή του ορογόνου, μετάξι. Επίσης, στην Αγγλία από το 1865 είχε ανακοινωθεί η συρραφή του μητριάου τραύματος με μετάξινα ράμματα από τον γνωστό χειρουργό Thomas Spencer Wells (1818- 1897) (Μανταλενάκης, 2008).

Εκείνος όμως που μας κληροδότησε τη σύγχρονη καισαρική τομή ήταν ο L.K. Phaneuf από τη Βοστώνη των ΗΠΑ (1927). Ο Phaneuf επεκτείνοντας την αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής, που είχε πρωτοποριακά εισάγει ο Kroning, εφαρμόζει την πραγματικά χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή στο τμήμα όπου έχει αποκολληθεί η κύστη. Επικαλύπτει το συρραμμένο χειρουργικό τραύμα με ορογόνο, με τη συρραφή της κυστεομητρικής πτυχής. Ο τύπος αυτός της καισαρικής έχει επικρατήσει διεθνώς (Μανταλενάκης, 2008).

Στην Ελλάδα, η πρώτη καισαρική τομή επιτυγχάνεται από τον Χατζηγιάννη το 1893, ενώ η

συστηματική της διάδοση οφείλεται στον Καθηγητή Κ. Λούρο, ο οποίος διενεργούσε και δίδασκε τη χαμηλή κάθετη εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή με τη συρραφή του μητριάου τμήματος σε τέσσερα στρώματα συνεχούς ραφής. Μόλις το 1967, ο μετέπειτα Καθηγητής Σ. Μανταλενάκης, αρχικά στην Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών και αργότερα, το 1977, στην Α΄ Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική του Α.Π.Θ., εφαρμόζει τη χαμηλή εγκάρσια καισαρική τομή με αποκόλληση της κυστεομητρικής πτυχής (Μανταλενάκης, 2008).

4.2. ΠΟΤΕ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΕΙΤΑΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Ἡ καισαρική τομή μπορεί να πραγματοποιηθεί:

- 1) Όταν υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις, που την καθιστούν απαραίτητη.
- 2) Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, εάν πιστεύεται ότι η κοιλιακή γέννηση είναι πολύ επικίνδυνη για τη μητέρα ή το έμβρυο ή και για τους δύο. Στην περίπτωση της καισαρικής έκτακτης ανάγκης, μπορεί να απαιτηθεί γενική αναισθησία, ενώ συνήθως επιλέγεται η τοπική (επισκληρίδιος) αναισθησία.
- 3) Η καισαρική μπορεί επίσης, να είναι προγραμματισμένη (εκλεκτική) διαδικασία. Η προγραμματισμένη καισαρική τομή θα πρέπει να πραγματοποιείται μετά από την 39η εβδομάδα της εγκυμοσύνης (NHS, www.nhs.uk).

4.3. ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Η διενέργεια καισαρικής τομής, πρέπει να γίνεται εφόσον υπάρχουν συγκεκριμένες ιατρικές ενδείξεις από την επίτοκο ή το έμβρυο ή και από τους δύο (μεικτές) και εφόσον έχει αποκλειστεί κάθε άλλη μέθοδος αντιμετώπισης των κινδύνων (Κρεατσάς, 1998).

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

- Προηγηθείσες καισαρικές τομές
- Υπερτασική νόσος
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Προηγηθείσα επέμβαση στη μήτρα
- Βεβαρημένο μαιευτικό ιστορικό
- Προδρομικός πλακούντας
- Διαπλαστικές ανωμαλίες της μήτρας
- Παθολογική συσταλτικότητα μυομητρίου

- Όγκοι γεννητικών οργάνων
- Καρδιοπάθεια
- Δρεπανοκυτταρική αναιμία
- Ηλικία της μητέρας
- Χειρ/θέν ανεύρυσμα εγκεφαλικής αρτηρίας
- Όγκος εγκεφάλου
- Προηγ. Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Μυασθένεια
- Κονδυλώματα κόλπου
- Ερυθματώδης λύκος
- Ρήξη της μήτρας
- Θρομβοπενική πορφύρα
- Κιρσοί κάτω άκρων και αιδοίου
- Ορθοκολπικό συρίγγιο
- Θρόμβωση οφθαλμού

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΜΒΡΥΟ

- Εμβρυϊκή δυσπραγία
- Κεφαλοπυελική δυσαναλογία
- Ισχιακή προβολή
- Εγκάρσιο σχήμα
- Προσωπική προβολή
- Πολύδυμη κύηση
- Πρόπτωση ομφαλίδας
- Πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα

(Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Σε ό, τι αφορά τις μεικτές ενδείξεις αυτές αναφέρονται στην έντονη αιμορραγία και στην θέση του εμβρύου π.χ. ισχιακή προβολή, η υψηλή ευθεία θέση κεφαλής (Κρεατσάς 1998).

Οι κυριότερες ενδείξεις για την πραγματοποίηση καισαρικής τομής διαχωρίζονται σε αυτές που απειλείται η ζωή της μητέρας, όπως ο επιπωματικός προδρομικός πλακούντας, η ρήξη της μήτρας, η πρόωρη αποκόλληση του πλακούντα και η προεκλαμψία – εκλαμψία (σε περιπτώσεις αδυναμίας κολπικού τοκετού) και σε εκείνες που απειλείται η ζωή του παιδιού, όπως η ενδομήτρια ασφυξία, όπου δεν είναι δυνατή η περάτωση του κολπικού τοκετού με τη χρήση εμβρυουλκίας, η πολύδυμη κύηση, η ανώμαλη προβολή και η πρόπτωση του ομφαλίου λώρου.

Στις προληπτικές ενδείξεις από πλευράς της μητέρας ανήκουν ο σακχαρώδης διαβήτης, η ερυθροβλάσωση, η παράταση του α΄ σταδίου τοκετού, η ύπαρξη παλαιότερης τομής επί της μήτρας (προηγούμενη καισαρική τομή, ινομυωματεκτομή) και ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας (εφόσον διαγνωστεί διηθητικός καρκίνος του τραχήλου της μήτρας σε ηλικία κύησης ίσης ή μεγαλύτερης των 28 εβδομάδων και πρέπει να συνοδεύεται από οριστική θεραπεία της νόσου μετά την καισαρική τομή (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

4.4. ΤΥΠΟΙ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Οι τύποι των καισαρικών τομών που ακολουθούνται στη σημερινή εποχή είναι: η κλασσική καισαρική τομή, η χαμηλή εγκάρσια ή τραχηλική καισαρική τομή και η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή.

Η κλασσική καισαρική τομή είναι ευκολότερη και πιο απλή στην εκτέλεσή της σε σύγκριση με τις υπόλοιπες, αλλά εγκυμονεί κινδύνους, όπως η μεγαλύτερη απώλεια αίματος και η ρήξη του εγχειρητικού τραύματος επί του σώματος της μήτρας, σε επόμενη κύηση. Ο προδρομικός πλακούντας, η ανώμαλη θέση του εμβρύου και ο πρόωρος τοκετός θεωρούνται ως οι κύριες ενδείξεις για την επιλογή της κλασσικής καισαρικής τομής.

Η καισαρική τομή με χαμηλή εγκάρσια τομή στο κατώτερο τμήμα της μήτρας (τραχηλική) έχει ως κύριο πλεονέκτημα την καλύτερη επούλωση του χειρουργικού τραύματος και τη μετακίνηση της εγκάρσιας τομής που έχει διενεργηθεί στο πρόσθιο χείλος της μήτρας, στην πύελο μετά την παλινδρόμηση της μήτρας.

Η εξωπεριτοναϊκή καισαρική τομή επινοήθηκε και εφαρμόστηκε παλαιότερα, σε περιπτώσεις επίτοκων με υψηλό κίνδυνο μόλυνσης όπου δεν ήταν δυνατή η χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων και η μετάγγιση αίματος. Ως μειονεκτήματα της επέμβασης αυτής, θεωρούνται ο μεγαλύτερος χειρουργικός χρόνος, η αναποτελεσματικότητά της σε τυχόν

διάτρηση του περιτοναίου κατά τους χειρουργικούς χειρισμούς και η αυξημένη χειρουργική εμπειρία που απαιτείται (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Παλαιότερα, οι μαιευτήρες προτιμούσαν την κάθετη τομή, η οποία όμως πλέον χρησιμοποιείται μόνον σε ειδικές περιπτώσεις, όπως όταν παρουσιάζεται ανάγκη για καισαρική τομή σε πρόωρο νεογνό (πριν συμπληρωθούν οι 37 εβδομάδες κύησης), καθότι μετά από καισαρική με την τεχνική αυτή, μειωνόταν η αντοχή του τοιχώματος της μήτρας και αυξάνονταν οι πιθανότητες ρήξης της, σε επόμενη κύηση. Σήμερα κατά κανόνα εκτελείται η τεχνικά δυσκολότερη εγκάρσια τομή, η οποία είναι λιγότερο «τραυματική» για τους ιστούς της μήτρας. Με αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες ρήξης της μήτρας σε επόμενη κύηση (Λυγνός 2021).

4.5. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Σύμφωνα με την Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία (ΕΜΓΕ) απαραίτητη προϋπόθεση πριν τη διεξαγωγή της καισαρικής τομής είναι η συναίνεση της εγκύου κατόπιν ενημέρωσης, συμπλήρωσης και υπογραφής του εντύπου συναίνεσης (ΕΜΓΕ).

Στο έντυπο συναίνεσης της ΕΜΓΕ αποσαφηνίζονται οι παρακάτω ορισμοί:

Επέμβαση: Η πρόσβαση στη μήτρα επιτυγχάνεται μέσω εγκάρσιας τομής στην κοιλιά πάνω από το εφήβαιο, στη συντριπτική πλειονότητα των περιπτώσεων και μόνο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να απαιτηθεί κάθετη τομή. Μετά τη διάνοιξη της κοιλιακής κοιλότητας γίνεται τομή στο τοίχωμα της μήτρας και έξοδος του παιδιού και του πλακούντα.

Αναισθησία: Η επέμβαση πραγματοποιείται υπό περιοχική ή γενική αναισθησία, σχετικά με την οποία η έγκυος θα έχει ξεχωριστή ενημέρωση από τον αρμόδιο αναισθησιολόγο και θα υπογράψει ειδική συναίνεση.

Φαρμακευτική αγωγή πριν και μετά την επέμβαση: Κατά την προετοιμασία για την επέμβαση, στη διάρκεια της επέμβασης και μετά από αυτή, χορηγούνται προληπτικά φάρμακα, όπως αντιβιοτικά και πιθανόν αντιπηκτικά. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να εμφανίσουν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως κεφαλαλγία, ναυτία, έμετο, υπόταση ταχυκαρδία, τοπική δερματική αντίδραση, εξανθήματα και αιματώματα, ενώ σε σπάνιες περιπτώσεις γενικευμένη αλλεργική αντίδραση και αιμορραγία (ΕΜΓΕ).

Η έγκυος αφού ενημερωθεί πλήρως για την ακριβή πορεία της καισαρικής τομής, καθώς και για τους πιθανούς κινδύνους και επιπλοκές που μπορεί αυτή η διαδικασία να ενέχει για

την ίδια και το νεογνό, συμπληρώνει το παρακάτω έντυπο:

Συναίνεση ασθενούς

Δηλώνω ότι είμαι ενήλικη, δεν έχω τεθεί σε δικαστική συμπαράσταση και είμαι φυσικά, νοητικά και ψυχολογικά σε θέση να κατανοήσω την προτεινόμενη επέμβαση και: Έχω αποφασίσει με τον / τη γιατρό μου την πραγματοποίηση Καισαρικής τομής, επειδή πρόκειται για ιατρικώς ενδεικνυόμενη πράξη λόγω.....και η απόφασή μου αυτή είναι προϊόν ελεύθερης βούλησης και όχι οποιασδήποτε πίεσης ή καταναγκασμού, πλάνης ή απάτης. Είχα αρκετό χρόνο για να επανεξετάσω την απόφασή μου. Μου εξηγήθηκαν αναλυτικά και με πλήρως κατανοητό τρόπο, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, οι κίνδυνοι και οι πιθανές επιπλοκές από την επέμβαση. Συναινώ στην υποβολή μου στην ως άνω επέμβαση από τον..... και την ομάδα του. Συναινώ στη συμμετοχή και άλλων γιατρών στη διενέργεια, της ως άνω επέμβασης εφόσον κριθεί απαραίτητη. Συναινώ στη λήψη φαρμάκων που χορηγούνται προληπτικώς στην περίπτωση της ως άνω επέμβασης καθώς και όποιων άλλων κριθούν απαραίτητα για την περίπτωσή μου.

Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ιατρού

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή ασθενούς

Όνοματεπώνυμο/ Υπογραφή μάρτυρα(ΕΜΓΕ).

Η καισαρική τομή πραγματοποιείται στο μαιευτήριο/νοσοκομείο. Η έγκυος, κατά μέσο όρο, παραμένει στο μαιευτήριο/νοσοκομείο για 3 ή 4 ημέρες, ενώ θα πραγματοποιήσει ένα προεγχειρητικό ραντεβού στο νοσοκομείο, μία εβδομάδα πριν από την έναρξη της καισαρικής. Κατά τη διάρκεια αυτού του ραντεβού, θα μπορεί η έγκυος να διατυπώσει ερωτήσεις, σχετικά με τη διαδικασία της καισαρικής τομής, θα πραγματοποιήσει εξετάσεις αίματος και ίσως της χορηγηθούν κάποια φάρμακα, η λήψη των οποίων θεωρείται απαραίτητη πριν από τη διαδικασία (αντιβιοτικά, αντιόξινα, αντιεμετικά). Επίσης, θα πρέπει να αποφασίσει αν θα κάνει ολική ή επισκληρίδιο αναισθησία (NHS, www.nhs.uk). Ακόμα θα ζητηθεί, στην έγκυο, να υπογράψει τη φόρμα συναίνεσης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω (ΕΜΓΕ).

4.6.ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΛΕΓΕΤΑΙ Η ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

- ✓ Από τους επαγγελματίες υγείας, λόγω ελλιπούς ενημέρωσης ή εκπαίδευσής τους, λόγω ευκολίας και γρήγορης εξέλιξης του τοκετού, με μεγάλο κέρδος χρονικό και

οικονομικό και με επίτευξη ενός σίγουρου αποτελέσματος, ένα υγιές δίδυμο, μητέρας-βρέφους, ασχέτως μελλοντικών επιπλοκών.

- ✓ Από τις γυναίκες, λόγω παραπληροφόρησης, λόγω φόβου πιθανών επιπλοκών και μιας λανθασμένης αντίληψης πως η καισαρική τομή είναι πιο ασφαλής για το έμβρυο.
- ✓ Από το ιδιωτικό σύστημα υγείας, λόγω οικονομικού κέρδους, αφού η καισαρική τομή απαιτεί τουλάχιστον τριήμερη περίθαλψη, αναισθησιολόγο, πιθανή παραμονή του παιδιού σε θερμοκοιτίδα (Μοναστιρλή, 2016).

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ

Δεδομένης της μεγάλης αύξησης των τοκετών με καισαρικής τομή, χωρίς ιατρική ένδειξη, η κατανόηση των επιπτώσεων της καισαρικής τομής στην υγεία της μητέρας και του παιδιού έχει βαρύνουσα σημασία (Sandall et all, 2018).

5.1. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

Η βραδύτερη αποθεραπεία και ο μετεγχειρητικός πόνος είναι τα πιο συχνά επακόλουθα του τοκετού με καισαρική τομή. Μετά την καισαρική τομή το σώμα της γυναίκας ανακτά τις δυνάμεις του με βραδύτερους ρυθμούς και επανέρχεται στην φυσιολογική του λειτουργία πολύ αργότερα, σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό, κάτι το οποίο συνεπάγεται με παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο (3-5 ημέρες, αν δεν υπάρξουν επιπλοκές). Μία στις 14 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή αναφέρουν πόνο στην τομή μετά και από 6 μήνες. Έρευνα στο Ιράν έδειξε ότι συχνότερη επιπλοκή στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή, ήταν ο μυϊκός πόνος (Rafiei et al., 2018).

Επίσης, ως κυριότερες μετεγχειρητικές επιπλοκές του τοκετού με καισαρική τομή, για τη μητέρα, αναφέρονται, η εμφάνιση μετεγχειρητικής λοίμωξης και η διάνοιξη στο σημείο συρραφής της τομής της μήτρας, επιπλοκές που αφορούν την χειρουργική επέμβαση και αποφεύγονται στον φυσιολογικό τοκετό (Τζεβελέκης κ.α, 2008). Έρευνες στη Δανία επιβεβαιώνουν ότι μετά από τοκετό με καισαρική τομή υπάρχει αυξημένος κίνδυνος λοιμώξεων για την μητέρα. Ο κίνδυνος μόλυνσης μετά τον τοκετό φαίνεται να αυξάνεται σχεδόν πέντε φορές περισσότερο μετά από καισαρική τομή, σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό (Lett et.all, 2009). Η ΕΜΓΕ, επιβεβαιώνει τον υψηλό κίνδυνο λοιμώξεων στην μητέρα, μετά από καισαρική τομή και προτείνει τη χρήση αντιβιοτικών, έναντι της ενδομητρίτιδος, των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος και του τραύματος της τομής, επιπλοκές οι οποίες σημειώνονται σε ποσοστό περί το 8% επί του συνόλου των

εγκύων που υποβάλλονται σε καισαρική τομή (EMΓΕ). Έρευνα των Burrow et al., (2004), έδειξε ότι η καισαρική τομή σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους ενδομητρίτιδας, την ανάγκη μετάγγισης αίματος και πνευμονία σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό. Παρόμοια, έρευνα του Wax (2006) έδειξε ότι η ενδομητρίτιδα και η κυστίτιδα είναι συχνότερες στον τοκετό με καισαρική τομή, από ότι στον κοιλικό τοκετό. Άλλες επιπλοκές που μπορεί να υπάρξουν στη μητέρα είναι ο ειλεός και η πνευμονική εμβολή, ωστόσο υπάρχει ακόμη και ο κίνδυνος μητρικής θνησιμότητας, καθώς οι σχετικές πιθανότητες είναι διπλάσιες σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό (Τζεβελέκης κ.α, 2008).

Συνέπεια του τοκετού με καισαρική τομή, είναι η αυξημένη απώλεια αίματος. Στην καισαρική τομή χάνεται (1) λίτρο αίματος, πρόβλημα ιδιαίτερα σοβαρό στην Ελλάδα, λόγω της έλλειψης αίματος, ενώ στον φυσιολογικό τοκετό χάνεται (1/2) λίτρο. Στατιστικά 1 έως 6 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή θα χρειαστούν μετάγγιση αίματος, ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί, ότι η αιμορραγία αποτελεί επιπλοκή και του φυσιολογικού τοκετού, μετά από φυσιολογικό τοκετό αιμορραγία παρουσιάζεται σε ποσοστό 5%-8% (Σύνδος, 2019).

Η καισαρική τομή, συνδέεται ακόμα, με αυξημένο κίνδυνο, δυνητικά σοβαρών επιπλοκών σε μια μελλοντική εγκυμοσύνη, σε σχέση με τον κοιλικό τοκετό. Ως κυριότερη αντένδειξη για την απόπειρα κοιλικού τοκετού, μετά από καισαρική τομή (VBAC) είναι η ύπαρξη προηγούμενης καισαρικής τομής με κάθετη τομή επί της μήτρας, ενώ ακόμη και περισσότερες από μία καισαρικές τομές με εγκάρσια τομή, δεν αποτελούν απόλυτη αντένδειξη (Τζεβελέκης κ.α, 2008). Αν η γυναίκα χρειαστεί να υποβληθεί σε καισαρική τομή, πραγματοποιείται τομή στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας. Συνέπεια της τομής επί του τοιχώματος της μήτρας είναι μία «ουλή», η οποία αποτελείται από ιστό, που θεωρητικά παρουσιάζει μικρότερη αντίσταση, αν «τεντωθεί», σε σχέση με το «φυσιολογικό» μυϊκό ιστό της μήτρας. Επομένως, είναι πιθανόν να προκληθεί ρήξη της μήτρας κατά μήκος της «ουλής», που σχηματίστηκε, από την προηγούμενη καισαρική τομή, κατά τη διάρκεια της επόμενης κύησης, Αυτή είναι και η βασική ανησυχία, όταν γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί κοιλικός τοκετός μετά από καισαρική τομή (VBAC) (Λυγνός 2021).

Συνέπειες της καισαρικής τομής στη μητέρα, είναι επίσης οι κακώσεις οργάνων κατά την επέμβαση (κυρίως στο έντερο και την ουροδόχο κύστη έως 2%), καθώς και ο κίνδυνος δημιουργίας συμφύσεων και κίνδυνος επιπλέον χειρουργείων, όπως υστερεκτομή,

επιδιόρθωση κύστης, λύση συμφύσεων κ.α (Σύνδος, 2019). Μετά από μία καισαρική τομή δεν αποκλείεται να δημιουργηθούν συμφύσεις (ουλώδης ιστός, ο οποίος αποτελείται από ίνες, που συνενώνονται σε ταινίες), οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν τη «συγκόλληση» της μήτρας και της ουροδόχου κύστης ή σπανιότερα της μήτρας και τμήματος του λεπτού εντέρου. Έτσι στην επόμενη καισαρική τομή, που ενδεχομένως θα υποβληθεί μία γυναίκα, ο μαιευτήρας θα δυσκολευθεί να αποκολλήσει τα συγκεκριμένα όργανα, προκειμένου να επιτευχθεί η μαιευση του νεογνού. Συνεπώς, σε αυτή την περίπτωση οι πιθανότητες να προκληθεί κατά την επέμβαση τραυματισμός των οργάνων και σημαντική αιμορραγία είναι αυξημένες (Λυγνός 2021), ωστόσο κακώσεις οργάνων του γεννητικού συστήματος, υπάρχει πιθανότητα να προκληθούν και κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού τοκετού, κατά την έλευση του νεογνού, όπως ρήξεις ή αιματώματα των γεννητικών οργάνων, τα οποία πιθανόν να συνοδεύονται από διαταραχές της ούρησης (ακράτεια), πρόπτωση μήτρας και άλλα (www.mayoclinic.org).

Έρευνες των Kastner et.all, (2002), αναφέρουν πως σε περιπτώσεις αδυναμίας ελέγχου της αιμορραγίας, όπως σε αθρόα αιμορραγία μετά την τομή επί του σώματος της μήτρας, σε ρήξη της μήτρας που δεν είναι δυνατή η αποκατάστασή της (τελεία ρήξη της μήτρας), σε περιπτώσεις προδρομικού πλακούντα, σε ατονία της μήτρας ή σε αιμορραγία λόγω ύπαρξης μεγάλου μεγέθους ινομυωμάτων, απαιτείται η διενέργεια μαιευτικής υστερεκτομής (Kastner, Figueroa, Garry, 2002).

Επίσης μελέτες έδειξαν, ότι άλλες συνέπειες του τοκετού με καισαρική τομή στη γυναίκα, είναι η επιλόχεια κατάθλιψη και η μη γρήγορη επίτευξη δεσμού προσκόλλησης με το βρέφος (Chen, Tan, 2019). Μετά από καισαρική τομή, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα, το νεογέννητο να καταλήξει στην μονάδα εντατικής νεογνών, με αναπνευστική δυσχέρεια, σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό, με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται αίσθημα ματαιώσης στην μητέρα, λόγω του αποχωρισμού της από το νεογέννητο (Σύνδος, 2019). Αντίθετα στον κολπικό τοκετό, η πρώτη επαφή μεταξύ μητέρας και παιδιού είναι άμεση, κάτι το οποίο συμβάλλει αφενός στη δημιουργία ισχυρού δεσμού μεταξύ μητέρας και παιδιού και αφετέρου στην ομαλή ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού (Huang, et al., 2004). Σύμφωνα με μελέτη των επιστημόνων του πανεπιστημίου του Γέιλ, η οποία δημοσιεύτηκε στο επιστημονικό έντυπο «Journal of Child Psychology and Psychiatry», η διαδικασία του φυσικού τοκετού ενεργοποιεί ένα βαθύτερο συναισθηματικό δέσιμο, μεταξύ μητέρας και νεογνού, σε σχέση με την καισαρική τομή. Μελετώντας τον εγκέφαλο 12 νέων μητέρων, εκ των οποίων οι μισές είχαν υποβληθεί σε καισαρική τομή, παρατήρησαν ότι όσες γυναίκες γέννησαν με φυσικό τρόπο, ανταποκρίνονταν άμεσα στο κλάμα του μωρού τους.

Αυτό, όπως εκτιμούν οι επιστήμονες, συμβαίνει γιατί η τομή στο σώμα της μητέρας προκαλεί μείωση της παραγωγής της ορμόνης ωκυτοκίνης, που θεωρείται υπεύθυνη για τη δημιουργία της τρυφερής σχέσης μητέρας-βρέφους, γεγονός το οποίο, θα μπορούσε να οδηγήσει ακόμη και σε επιλόχειο κατάθλιψη.

Παρόμοια και άλλες μελέτες αποδεικνύουν, πως οι μητέρες μετά την καισαρική τομή παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επιλόχειας κατάθλιψης, περισσότερη κόπωση, άγχος, θλίψη, παθητική συμπεριφορά απέναντι στο βρέφος και απουσία θηλασμού. Οι περισσότερες γυναίκες μετά την καισαρική τομή δεν μπορούν να θηλάσουν λόγω πόνου, πεσμένης ψυχολογίας καθώς και λόγω των επιπτώσεων της επισκληρηδίου αναισθησίας και των άλλων φαρμάκων που πιθανόν λαμβάνουν λόγω της επέμβασης (Κυριακοπούλου, 2021).

Επίσης, επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες ότι η καισαρική τομή σχετίζεται με μικρότερα ποσοστά θηλασμού και επηρεάζει δυσμενώς την έναρξη του θηλασμού, σε σχέση με τον φυσιολογικό τοκετό, διότι η επαφή μητέρας-νεογνού, δεν είναι άμεση, καθώς και τα επίπεδα ωκυτοκίνης είναι μειωμένα. Ωστόσο, η πρόωμη έναρξη του θηλασμού έχει μεγάλη σημασία, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το νεογέννητο. Συστάσεις γίνονται για αποκλειστική και πρόωμη έναρξη του θηλασμού, εντός μίας ώρας, από τη γέννηση. Έρευνα στην Αιθιοπία έδειξε ότι η καισαρική τομή μπορεί να επηρεάσει το χρόνο έναρξης του θηλασμού, τη δημιουργία γάλακτος και το ενδιαφέρον θηλασμού για το βρέφος, σε σύγκριση με τον κοιλιακό τοκετό (Gedefaw et.al., 2016).

5.2. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΣΤΟ ΒΡΕΦΟΣ

Οι συνέπειες της καισαρικής τομής στο βρέφος είναι επίσης πολλές. Μετά την καισαρική τομή η πρώτη επαφή μητέρας-νεογνού καθυστερεί, λόγω αναισθησίας, πόνου χειρουργικής τομής, συναισθηματικής έντασης και άλλων παραγόντων, με ιδιαίτερα αρνητικές συνέπειες για την ομαλή πορεία της ψυχοσωματικής του υγείας. Ο φυσικός τοκετός είναι η αναπόφευκτη φυσιολογική διαδικασία της ανθρώπινης αναπαραγωγής και έχει πολλά θετικά αποτελέσματα. Στον κοιλιακό τοκετό, η πρώτη επαφή μητέρας – παιδιού, είναι άμεση και ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού (Huang, et al., 2004). Σύμφωνα με τους επιστήμονες, η ορμόνη ωκυτοκίνη που εκκρίνει η μητέρα κατά τη διάρκεια του τοκετού, προκαλώντας συσπάσεις στη μήτρα, συμβάλλει θετικά στη δημιουργία τρυφερής σχέσης μητέρας-βρέφους.

Σύμφωνα με μεγάλη έρευνα του New England Journal of Medicine (2009), μη επείγουσα καισαρική τομή στις 37/40 εβδομάδες, σημαίνει διπλάσια πιθανότητα για ασθένεια του νεογνού, ενώ στις 38/40 υπάρχει 1,5 φορά μεγαλύτερος κίνδυνος για προβλήματα υγείας

του νεογνού. Τα νεογνά αυτά, επιδεικνύουν πολύ διαφορετική και ανώριμη συμπεριφορά, ενώ, ελάχιστα από αυτά καταφέρνουν να θηλάσουν.

Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις ΗΠΑ, διαπιστώθηκε ότι οι τοκετοί με καισαρική τομή που γίνονται προγραμματισμένα, χωρίς έναρξη τοκετού και χωρίς επιπλοκές τοκετού, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο νεογνικής θνησιμότητας, σε ποσοστό 69% (MacDorman et.al.,2008). Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και σε έρευνα που έγινε στην Ελβετία, όπου διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που γεννιούνται με προγραμματισμένη καισαρική τομή έχουν διπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας σε σχέση με τα παιδιά που γεννιούνται με φυσιολογικό τοκετό (De Luca et.al.,2009).

Ένας άλλος σοβαρός κίνδυνος που διατρέχει ένα νεογνό που έρχεται στον κόσμο, προτού ολοκληρώσει την ανάπτυξη του, αφορά στην ελλιπή ωρίμανση των πνευμόνων του. Ο φυσιολογικός τοκετός αποτελεί μια διαδικασία φυσιολογικής ωρίμανσης του αναπνευστικού συστήματος του εμβρύου, ώστε να ανταποκριθεί ευκολότερα στις συνθήκες του εξωμήτριου περιβάλλοντος, ενώ κατά την καισαρική τομή, η φυσιολογική ωρίμανση του αναπνευστικού διακόπτεται, με αποτέλεσμα να προκαλούνται αναπνευστικά προβλήματα στα νεογνά (Γρηγοριάδης 2020). Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από το 1995 ως το 2001 και δημοσιεύτηκαν στο American Journal of Obst/Gyn το 2010, έγινε φανερό ότι η επιλεκτική καισαρική τομή στις 37 εβδομάδες αυξάνει την αναπνευστική νοσηρότητα ως και 11,4%, στις 38 εβδομάδες ως και 8,4%, ενώ στις 39 εβδομάδες ως και 1,8%, σε σχέση πάντα με τον φυσιολογικό τοκετό. Αντίστοιχα ήταν και τα ευρήματα πρόσφατων μελετών που αφορούσαν περισσότερες από 20.000 γεννήσεις με καισαρική τομή. Αξίζει να σημειωθεί ότι από αυτές τις καισαρικές τομές, το 56% είχε πραγματοποιηθεί πριν από την 39η εβδομάδα. Διαπιστώθηκε, ότι ο κίνδυνος για αναπνευστική νοσηρότητα ήταν πενταπλάσιος ως δεκαπλάσιος για τα μωρά που γεννήθηκαν στις 37 εβδομάδες, ενώ για εκείνα των 38 εβδομάδων ήταν 2,5 έως 10 φορές μεγαλύτερος. Οι έρευνες αποδεικνύουν με αριθμούς αυτό που επιβεβαιώνεται με βάση τη φυσιολογία του τοκετού. Συγκεκριμένα, το πέρασμα από τη στενή δίοδο της μητρικής λεκάνης προς τον έξω κόσμο, είναι καθοριστικής σημασίας για το νεογνό, καθώς το προετοιμάζει για το εξωμήτριο περιβάλλον (Visser, 2010).

Την εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων στα νεογνά επιβεβαιώνουν και άλλες έρευνες, όπως ταχύπνοια, (Rafiei et al., 2018). Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άσθματος (Magnus et. all., 2011), καθώς και αναπνευστικές επιπλοκές, ενώ αναδεικνύουν ακόμα ως επιπλοκή την υπογλυκαιμία, τη σήψη και τις εισαγωγές των νεογνών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (Boutsikou & Malamitsi-Puchner, 2011; Jain et.al., 2009). Μία από τις μελέτες που

παρουσίασε ο καθηγητής Visser (2010), κατέδειξε επίσης ότι τα νεογνά που γεννήθηκαν με επιλεκτική καισαρική τομή εμφάνιζαν αυξημένο κίνδυνο σήψης, αλλά και υπογλυκαιμίας. Με δεδομένο ότι η υπογλυκαιμία αποτελεί τον δεύτερο, μετά την ασφυξία παράγοντα, που έχει επιπτώσεις στην ομαλή λειτουργία του εγκεφάλου, αντιλαμβάνεται κανείς ότι θα πρέπει να υπάρχει πολύ σοβαρός ιατρικός λόγος για να επιλεγεί η καισαρική τομή, έναντι του φυσιολογικού τοκετού (Wilmink et al, American Journal of Obst/Gyn,2010).

Επίσης, τα νεογέννητα που έρχονται στον κόσμο με φυσιολογικό τοκετό, έχουν εξαιρετικά υψηλά επίπεδα κατεχολαμινών, οι οποίες αποτελούν σημαντική κατηγορία ορμονών και νευροδιαβιβαστών. Αντίθετα, τα επίπεδα των κατεχολαμινών στα παιδιά που γεννιούνται με καισαρική τομή είναι πολύ χαμηλά (κατά μέσον όρο πέντε φορές χαμηλότερα). Υπό την επίδραση των κατεχολαμινών, τα ζωτικά όργανα του νεογέννητου, «ρυθμίζονται» για τη λειτουργία τους στον αέρα. Ειδικότερα, οι κατεχολαμίνες βελτιώνουν την αναπνοή, πυροδοτώντας την απορρόφηση του υγρού των πνευμόνων, διαστέλλοντας και διατηρώντας ανοιχτούς τους βρόγχους και αυξάνοντας συνολικά, την ικανότητα των πνευμόνων να εκπτύσσονται χωρίς πρόβλημα. Επίσης, προστατεύουν τα ζωτικά όργανα, όπως την καρδιά και τον εγκέφαλο, αυξάνοντας τη ροή του αίματος προς αυτά και κινητοποιώντας τα ενεργειακά αποθέματα (προωθούν τη διάσπαση του λίπους σε λιπαρά οξέα και του γλυκογόνου σε γλυκόζη στο ήπαρ, ενώ ενεργοποιούν από το ίδιο όργανο την παραγωγή γλυκόζης). Τέλος, θεωρείται ότι οι κατεχολαμίνες διευκολύνουν το δεσμό του νεογνού με τη μητέρα, καθώς διαστέλλουν τις κόρες των ματιών και αυξάνουν την εγρήγορση του νεογνού (Visser, 2010).

Επομένως, είναι ακριβώς αυτή η ελλιπής ωρίμανση των πνευμόνων και η παρουσία πνευμονικού υγρού μέσα σε αυτούς, απόρροια, τόσο του γεγονότος ότι τα έμβρυα δεν έχουν ολοκληρώσει την ανάπτυξή τους, όσο και του ότι δεν είχαν την ευκαιρία να δεχθούν την ευεργετική επίδραση των κατεχολαμινών, με αποτέλεσμα, πολλά από τα μωρά που γεννιούνται με επιλεκτική καισαρική τομή, να χρειάζονται υποστήριξη της αναπνοής, με ειδικά μηχανήματα και εισαγωγή στη μονάδα εντατικής φροντίδας νεογνών, ωστόσο, αυτό δεν είναι η μόνη «παρενέργεια» της πρόωρης λήξης της κύησης.

Σοβαρές επιπτώσεις, καταγράφονται, σε μελέτες και για την μακροπρόθεσμη υγεία των παιδιών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή, ο αποικισμός του δέρματος και του εντέρου του νεογνού από τα «καλά» βακτήρια της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου, κατά τη διέλευσή του από το πυελογεννητικό σύστημα της μητέρας, ενισχύει το ανοσοποιητικό του (Γρηγοριάδης 2020). Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες η εκλεκτική καισαρική τομή, σχετίζεται με παρεκκλίνουσες βραχυπρόθεσμες ανοσολογικές αντιδράσεις στο νεογέννητο

βρέφος και με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης ανοσολογικών ασθενειών όπως άσθμα, αλλεργίες, σακχαρώδης διαβήτης και δυσανεξία στη γλουτένη (Cho & Norman, 2013). Επίσης έρευνες έχουν δείξει ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή είχαν αυξημένα ποσοστά σε τροφικές αλλεργίες (Korlin et al., 2008). Παρόμοια αποτελέσματα καταγράφηκαν και σε άλλες έρευνες, όπου διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή, είχαν προβλήματα τροφικής αλλεργίας στο αγελαδινό γάλα κυρίως κατά τα πρώτα δύο (2) πρώτα χρόνια της ζωής τους (Sánchez-Valverde, 2009). Θετική συσχέτιση των παιδιών που γεννήθηκαν με καισαρική και εκδήλωση διαφόρων αλλεργιών όπως το άσθμα, η αλλεργική ρινίτιδα, η επιπεφυκίτιδα καταγράφονται και στις έρευνες των Renz-Polster et al., (2005) και Thavagnanam et al., (2008). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η γέννηση με καισαρική τομή συμβάλλει στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη στην παιδική ηλικία, σε ποσοστό 20% (Cardwell et al., 2008).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησαν Ιρλανδοί ερευνητές του πανεπιστημίου του Μπέλφαστ, και στην οποία περιελήφθησαν δεδομένα που αφορούσαν 10.000 παιδιά με διαβήτη τύπου I, από 16 διαφορετικές χώρες, η καισαρική τομή βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά 20%. Οι ερευνητές κατέληξαν σε αυτό το συμπέρασμα, αφού απέκλεισαν άλλους παράγοντες, όπως το βάρος κατά τη γέννηση, την ηλικία της μητέρας, τη σειρά γέννησης, το αν η μητέρα είχε αναπτύξει διαβήτη στην εγκυμοσύνη και το αν τα μωρά είχαν θηλάσει. Ο διαβήτης τύπου I, αναπτύσσεται όταν το ανοσοποιητικό σύστημα καταστρέφει τα ινσουλινοπαραγωγά κύτταρα του παγκρέατος. Οι ερευνητές δεν γνωρίζουν ακριβώς, πώς η καισαρική θα μπορούσε να επιδράσει σε αυτό. Θεωρούν όμως ότι σε αντίθεση με τον φυσιολογικό τοκετό, ο οποίος δίνει την ευκαιρία στο γαστρεντερικό σύστημα των νεογνών να εποικιστεί από τα μητρικά βακτήρια, η καισαρική τομή έχει ως συνέπεια, το νεογνικό γαστρεντερικό να εποικίζεται από τα βακτήρια του νοσοκομείου. Με δεδομένο ότι το γαστρεντερικό είναι το σημείο όπου ωριμάζουν τα κύτταρα του ανοσοποιητικού, θεωρείται πως η αποστείρωση που επιβάλλει η καισαρική, φαίνεται ότι επιδρά καθοριστικά στη φυσιολογία/παθολογία του ανοσοποιητικού του βρέφους.

Παρόμοια, έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 2016, από τους Jacob et al., (2016), επιβεβαιώνει, ότι η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που μπορεί να είναι επιβλαβής τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό, καθώς υποστήριζαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή, είχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για διαβήτη, διαταραχή φάσματος αυτισμού, άσθμα και παχυσαρκία σε σχέση με τα παιδιά που γεννήθηκαν με κοιλικό τοκετό.

Σύμφωνα με άλλες έρευνες, τα βρέφη που γεννιούνται με καισαρική τομή, φαίνεται να

έχουν ανήσυχο ύπνο, πιο συχνούς κολικούς και πιο υψηλά επίπεδα κορτιζόλης, γεγονός που σχετίζεται με τον ψυχισμό τους (Κυριακοπούλου, 2021). Ακόμα είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναφερθεί, ότι αρκετές έρευνες συσχετίζουν ολοένα και περισσότερο την εβδομάδα γέννησης και την καισαρική τομή, με την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών και αυτισμό. Αυτό συμβαίνει, γιατί προς το τέλος της κύησης αρχίζει η εναπόθεση μυελίνης (λιποειδής ουσία που περιβάλλει τα νεύρα) στα νευρικά κύτταρα και οργανώνεται ο εγκέφαλος του εμβρύου, κάτι το οποίο δεν προλαβαίνει να ολοκληρωθεί, λόγω της πρόωρης γέννησης του, κατόπιν ραντεβού, την ώρα που πιθανόν βολεύει τον γιατρό ή τη μητέρα (Κυριακοπούλου, 2021).

Επίσης, αποτελέσματα μελετών στην Κίνα, έδειξαν ότι ο τοκετός με καισαρική τομή μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην αισθητηριακή αντίληψη των παιδιών, την ικανότητα αισθητηριακής ολοκλήρωσης, τη νευροψυχιατρική ανάπτυξη τους και τη σχέση βρέφους-μητέρας, επίσης αξίζει να αναφερθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα, αποτελεί πρόταση αποτελεσματικών παρεμβάσεων για τη μείωση των περιττών καισαρικών τομών (Chen, Tan 2019). Η αισθητηριακή αντίληψη αναφέρεται στην επεξεργασία από τον ανθρώπινο εγκέφαλο, αντικειμενικών αισθητηριακών ερεθισμάτων που μεταφέρονται από τα αισθητήρια όργανα, στον εγκέφαλο. Η αισθητηριακή αντίληψη είναι η βάση για όλες τις προηγμένες ψυχολογικές διαδικασίες, οι οποίες έχουν μεγάλη σημασία για την ανάπτυξη του παιδιού. Η έρευνα έδειξε ότι, σε σύγκριση με τον κολπικό τοκετό, η καισαρική τομή έχει αρνητικές επιπτώσεις στις αισθήσεις της όσφρησης, της αφής και της οπτικής ικανότητας των παιδιών. Παρόμοια οι Varendi et al., (2002) μελέτησαν την επίδραση της καισαρικής τομής στην όσφρηση των παιδιών.

Παρόμοια και άλλες έρευνες έδειξαν ότι η καισαρική τομή επιδρά στην αισθητηριακή ολοκλήρωση των παιδιών, η οποία αναφέρεται στην ικανότητα των ατόμων να χρησιμοποιούν αισθητηριακές πληροφορίες, από διαφορετικά μέρη του σώματος και να ανταποκρίνονται κατάλληλα σε αυτές. Η αισθητηριακή ολοκλήρωση διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην ικανότητα μάθησης και την κοινωνική προσαρμοστικότητα των παιδιών. Μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ικανότητα αισθητηριακής ολοκλήρωσης των παιδιών που γεννιούνται από καισαρική τομή είναι μικρότερη, από εκείνη των παιδιών που γεννήθηκαν από κολπικό τοκετό (Bu et al. 2008, Kong, Yang, Bu, 2009). Επίσης έρευνες των Huang et al. (2005) έδειξαν ότι τα παιδιά που γεννήθηκαν με καισαρική τομή ήταν λιγότερο ικανά να αναπαράγουν αριθμούς, σε σύγκριση με μια ομάδα παιδιών που γεννήθηκαν με κολπικό τοκετό.

Ερευνητές του Πανεπιστημίου της Γλασκώβης, εκτόνησαν εκτενή μελέτη προκειμένου να

δώσουν μια τεκμηριωμένη απάντηση για τον συσχετισμό της εβδομάδας γέννησης, με την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών. Λαμβάνοντας δεδομένα από τα σχολικά αρχεία που αφορούσαν 407.503 μαθητές από 19 περιοχές της Σκωτίας (σύνολο πληθυσμού 3,8 εκατομμύρια) και συνδέοντάς τα με τις γεννήσεις των παιδιών κατέληξαν στο ότι ο κίνδυνος για την εμφάνιση μαθησιακών δυσκολιών κατά τη μετέπειτα ζωή, είναι αντιστρόφως ανάλογος με τον αριθμό των εβδομάδων κύησης. Έτσι, τα παιδιά που γεννήθηκαν εξαιρετικά πρόωρα (24 εβδομάδες) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες αργότερα, ενώ κάθε εβδομάδα παραπάνω στη μήτρα μείωνε τον κίνδυνο, ο οποίος έφτανε στο χαμηλότερο σημείο στην 40ή με 41η εβδομάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι με τον όρο «μαθησιακές δυσκολίες», περιγράφεται οποιαδήποτε μορφή δυσκολίας που θα απαιτούσε ιδιαίτερη μεταχείριση και ειδική εκπαίδευση για τα παιδιά, όπως δυσλεξία, ελλιπή προσοχή και αδυναμία οπτικό-κινητικού συντονισμού, η οποία έχει επίδραση στη δυνατότητα των παιδιών να γράφουν και να διαβάζουν (Βήμα 2021).

Επίσης αρκετές έρευνες τελευταία, καταδεικνύουν ότι ο τοκετός με καισαρική τομή σχετίζεται με την εμφάνιση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερδραστηριότητας (ΔΕΠ-Υ), καθώς, επίσης και με την εμφάνιση αυτισμού στα παιδιά. Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερδραστηριότητας (ΔΕΠ-Υ) χαρακτηρίζεται από ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας ή/και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας των παιδιών (American Psychiatric Association [APA], 2013). Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσουν ελλείμματα στις γνωστικές ικανότητες, προβλήματα με την κοινωνική και προσαρμοστική λειτουργία, καθώς και διαταραχές στα κίνητρα και τα συναισθήματα. Ενώ η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), χαρακτηρίζεται από εξασθενημένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, δυσκολίες στην επικοινωνία και επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (American Psychiatric Association [APA], 2013). Έρευνες των Curran et al. (2015) διαπίστωσαν ότι σε σύγκριση με τα παιδιά που γεννιούνται με κοιλικό τοκετό, τα παιδιά που γεννήθηκαν από καισαρική τομή, ήταν περίπου 20% πιθανότερο να διαγνωστούν με αυτισμό. Τη θετική σχέση της καισαρικής τομής με την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ, αυτισμού και άλλων νευροαναπτυξιακών διαταραχών, επιβεβαιώνει έρευνα που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό JAMA (2019) και περιελάμβανε μία μετά-ανάλυση 61 μελετών, από 19 χώρες (20,6 εκατομμύρια τοκετοί), η οποία επιχειρεί μία συστηματική ανασκόπηση μελετών παρατήρησης, ώστε να διευκρινιστεί η σχέση της καισαρικής τομής με μία σειρά από νευροαναπτυξιακές και ψυχιατρικές διαταραχές. Αρχικά αναλύθηκαν 6.953 μελέτες. Από αυτές, 61 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης. Στις μελέτες αυτές, τα νεογνά

παρακολουθήθηκαν για μία δεκαετία και οι διαγνώσεις τέθηκαν με εγκεκριμένα κριτήρια από αναπτυξιολόγους/παιδοψυχίατρους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η καισαρική τομή βρέθηκε ότι αυξάνει: την πιθανότητα εκδήλωσης φάσματος αυτιστικής συμπεριφοράς (ΔΑΦ) κατά 33%, την πιθανότητα εκδήλωσης ΔΕΠ-Υ κατά 17%, την πιθανότητα εκδήλωσης μαθησιακών διαταραχών κατά 13% και την εκδήλωση tics κατά 24%. Παθήσεις της μητέρας, όπως υπέρταση, συχνά οδηγούν σε καισαρική τομή και μπορεί να έχουν ήδη επηρεάσει την ανάπτυξη του εγκεφάλου του εμβρύου ενδομητρίως. Κατά το φυσιολογικό τοκετό, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μέρος του μικροβιώματος της μητέρας μεταφέρεται στο έμβρυο και διεγείρει το ανοσοποιητικό του σύστημα. Η διαδικασία αυτή διαταράσσεται στην καισαρική τομή με σημαντικές επιπτώσεις στο έμβρυο. Συμπερασματικά, σύμφωνα με την έρευνα, είναι λάθος να δαιμονοποιηθεί η χρήση της καισαρικής τομής, επέμβαση απαραίτητη, όταν υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις, ωστόσο, θα ήταν σκόπιμο να αποφεύγονται οι προγραμματισμένες καισαρικές τομές, χωρίς σαφή ιατρική αιτιολογία, καθώς είναι πιθανό αυτό να οδηγεί σε νευροαναπτυξιακές διαταραχές αργότερα στα παιδιά, κάτι που θα μπορούσε να αποφευχθεί. Σύμφωνα με την έρευνα, η καισαρική τομή προτείνεται όταν υπάρχουν επιπλοκές στον τοκετό (Jama, 2019).

Επιβεβαιώνεται επομένως, πως όταν διακόπτεται η ολοκλήρωση της κύησης, συνέπειες υφίσταται και ο εγκέφαλος του νεογέννητου. Σύμφωνα με δεδομένα που έχουν συγκεντρωθεί, χάρη στις σύγχρονες τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου, οι επιστήμονες μπόρεσαν τα τελευταία χρόνια να διαπιστώσουν πόσο δυναμικός είναι ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος και ποιες ακριβώς διεργασίες λαμβάνουν χώρα σε κάθε χρονική στιγμή της κύησης. Κατά τη διάρκεια του πρώτου τριμήνου και στις αρχές του δευτέρου, παρατηρείται έντονος πολλαπλασιασμός των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Στη συνέχεια και μέχρι τα μέσα του τρίτου τριμήνου τα νευρικά κύτταρα μετακινούνται και καταλαμβάνουν τις θέσεις τους στον εγκέφαλο. Σε όλη τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου, ο εγκέφαλος αρχίζει να οργανώνεται και λαμβάνει χώρα ο σχηματισμός των πτυχώσεων του εγκεφαλικού φλοιού. Λίγο πριν από τη γέννηση επίσης, αρχίζει στα νευρικά κύτταρα η εναπόθεση μυελίνης, όπως αναφέρθηκε, η οποία είναι η ουσία που μονώνει και προστατεύει τους άξονες των νευρικών κυττάρων (Visser et,all., 2010).

5.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΣΤΟΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΚΑΙ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ

Μια ακόμη συνέπεια της καισαρικής τομής είναι η επιβάρυνση αφενός του οικογενειακού προϋπολογισμού, λόγω του αυξημένου κόστους της καισαρικής τομής και αφετέρου του

κρατικού προϋπολογισμού. Η υπερβολική αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή συνεπάγεται πολλαπλάσια επιβάρυνση του συστήματος Υγείας, αφού η αποζημίωση για κάθε χειρουργική πράξη καισαρικής τομής είναι κατά 66% υψηλότερη από το φυσιολογικό τοκετό. Ο ΠΟΥ, σε εκτίμηση που έκανε το 2008, υπολόγισε ότι κάθε χρόνο γίνονται παγκοσμίως 6,2 εκατ. περιττές καισαρικές τομές, το κόστος των οποίων ανέρχεται στα 2,32 δισ. δολάρια.

Σύμφωνα με έρευνα των Gibbons, et al., (2010), διαπιστώθηκε πως τόσο η υπερβολική αύξηση των περιττών καισαρικών τομών παγκοσμίως, όσο και το υπέρογκο κόστος τους, έχουν πολλές επιπτώσεις, τόσο στην υγεία της μητέρας και του νεογνού, όσο και στην οικονομία των κρατών, καθώς στερούν πόρους από τα συστήματα υγείας, τα οποία θα μπορούσαν να κατανεμηθούν προς όφελος του συνόλου των πολιτών. Υπολογίστηκε δε, πως αν οι πόροι που δαπανούνται, για τις μη αναγκαίες επεμβάσεις καισαρικών τομών διατίθεντο εκεί όπου πραγματικά υπήρχε ανάγκη (σε δομές υγείας), όχι μόνο θα μπορούσαν να τις χρηματοδοτήσουν πλήρως (τις δομές), αλλά θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν και ένα πλεόνασμα της τάξης των δύο (2) δισεκατομμυρίων δολαρίων (Gibbons, et al., 2010).

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έδειξε ότι το μέσο ποσοστό των τοκετών με καισαρική τομή στις ανεπτυγμένες χώρες έχει φτάσει το 25%, το οποίο είναι σημαντικά μεγαλύτερο από το 10%-15% που συνιστά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Curran et al., 2016). Από το 1985, ο ΠΟΥ, έχει ασχοληθεί με το θέμα εκφράζοντας την ανησυχία του για την αύξηση των τοκετών με καισαρική, κυρίως στις χώρες όπου καταγράφονται χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας στα νεογνά και στις μητέρες. Αναφέροντας επίσης, ότι δεν μπορεί να δικαιολογηθεί το γεγονός να καταγράφονται, στις χώρες αυτές, ποσοστά τοκετών με καισαρική τομή που ξεπερνούν το επιτρεπόμενο όριο του 10 - 15% των γεννήσεων (WHO, 1994).

6.1. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ/ ΠΟΣΟΣΤΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 2008, σε μια προσπάθεια του να καταγράψει τη συχνότητα των τοκετών με καισαρική τομή, πραγματοποίησε έρευνα σε 137 χώρες, όπου διαπίστωσε πως μόνο 14 από τις 137, τηρούσαν τις συστάσεις του ΠΟΥ, έτσι ώστε, να μην ξεπερνούν οι καισαρικές τομές, το ποσοστό του 10-15% του συνόλου των γεννήσεων. Από τις υπόλοιπες 123 χώρες που διερευνήθηκαν, οι 69 ξεπερνούσαν το όριο του 15%, ενώ οι

54 είχαν ποσοστά μικρότερα του 10%.

Από την επεξεργασία των δεδομένων, έγινε αντιληπτό πως από τους 9,38 εκατομμύρια τοκετούς που έγιναν με καισαρική τομή, μόνον τα 3,18 εκατομμύρια ήταν απαραίτητοι. Οι υπόλοιποι τοκετοί (6,20 εκατομμύρια) με καισαρική τομή θεωρήθηκαν μη αναγκαίοι (Gibbons, et al., 2010). Από τις χώρες που, κατά την έρευνα του Π.Ο.Υ, το 2008, είχαν τα πρωτεία στους τοκετούς με καισαρική τομή, οι 25 από αυτές βρίσκονται στον ευρωπαϊκό χώρο, με την Ιταλία στην κορυφή, με ποσοστό 38,2%, ενώ την πρώτη θέση παγκοσμίως, είχε η Βραζιλία με ποσοστό 45,9% (Gibbons, et al., 2010).

Παρά τις συστάσεις του Π.Ο.Υ, για περιορισμό των καισαρικών τομών, οι τοκετοί με καισαρική τομή, εξακολουθούν να παρουσιάζουν αύξηση. Συγκεκριμένα σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία το 2015, διαπιστώθηκε ότι το 1991, το 15,3% των νεογέννητων μωρών στη Γερμανία, γεννήθηκαν με καισαρική τομή, ενώ, έως το 2012, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 31,7%, παρά το γεγονός ότι υπήρχε ιατρική ένδειξη σε λιγότερο από το 10%, όλων των περιπτώσεων (Mylonas, Friese, 2015). Αυτό επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Jacob et al., (2016), η οποία έδειξε ότι το 2014, το 31,8% των εγκύων γυναικών γέννησαν με καισαρική στη Γερμανία. Ενώ συνολικά έδειξε ότι η καισαρική τομή είναι μια χειρουργική επέμβαση που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες, με αποτέλεσμα, περίπου 18,5 εκατομμύρια τοκετοί με καισαρική, να εκτελούνται κάθε χρόνο παγκοσμίως (Jacob et al., 2016).

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat (2019), για το έτος 2017, οι τοκετοί με καισαρική τομή στις χώρες – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν ανεξήγητα υψηλοί, με την πρώτη θέση να κατέχει η Κύπρος και να ακολουθούν η Ρουμανία και η Βουλγαρία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς τοκετούς στην Κύπρο, έγιναν με καισαρική τομή, με ποσοστό 54,8%. Το αντίστοιχο ποσοστό για τη Ρουμανία είναι 44,1% και τη Βουλγαρία 43,1%. Επίσης υψηλά ποσοστά γεννήσεων με καισαρική τομή καταγράφονται στην Πολωνία με ποσοστό 39,3%, την Ουγγαρία με ποσοστό 37,3%, ενώ μικρότερα είναι στην Εσθονία και Λιθουανία με ποσοστό 19,4% και τη Γαλλία με 19,7%, τα χαμηλότερα, ωστόσο, ποσοστά καταγράφονται στη Σουηδία με ποσοστό 16,6% και τη

Φινλανδία με ποσοστό 16,5% (Eurostat, 2019).

Το ποσοστό γεννήσεων με καισαρική τομή αυξήθηκε επίσης, στο Ηνωμένο Βασίλειο από 18% το 1997 σε 25% το 2010. Επίσης, στις Ηνωμένες Πολιτείες, το ποσοστό αυξήθηκε από 27% το 1997 σε 31,8% το 2011 (Curran et al., 2016).

Στην Κίνα, το ποσοστό έφτασε το 34,9%, ενώ σε ορισμένες αγροτικές περιοχές, το ποσοστό αυτό είναι ακόμη υψηλότερο (Tian, 2017). Επίσης, έρευνες έχουν δείξει, ότι η αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο ιρανικό σύστημα υγείας, δεδομένου ότι αποτελεί την πιο συχνή χειρουργική επέμβαση στα νοσοκομεία ολόκληρης της χώρας, στα τμήματα Μαιευτικής και Γυναικολογίας, με το ποσοστό των καισαρικών τομών να φτάνει στο 40% έως και το 52,8% σε κ(Khadem, khadivzadeh, 2009).

Επίσης έρευνα των Betran et al., (2016), επιβεβαιώνει ότι το ποσοστό τοκετών με καισαρική τομή, έχει αυξηθεί σε πρωτοφανή επίπεδα τα τελευταία χρόνια παγκοσμίως, συγκεκριμένα αυξήθηκε από 19,5% (2000) σε 27,2% (2014) στις ανεπτυγμένες χώρες και από 13,1% (2000) σε 20,9% (2014) στις χώρες μεσαίου εισοδήματος. Σύμφωνα με τα εθνικά αντιπροσωπευτικά δεδομένα 150 χωρών, μεταξύ 1990 και 2014, διαπιστώθηκε ότι: το 18,6% όλων των τοκετών, πραγματοποιείται με καισαρική τομή, και κυμαίνεται από 6% στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές, έως 27,2% στις πιο ανεπτυγμένες. Η Λατινική Αμερική και η περιοχή της Καραϊβικής έχουν τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικών τομών (40,5%), ακολουθεί η Βόρεια Αμερική (32,3%), η Ωκεανία (31,1%), η Ευρώπη (25%), η Ασία (19,2%) και η Αφρική (7,3%) (Betran et.all., 2016).

Ορισμένες λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, όπως η Ουγκάντα και η Κένυα, αντιμετωπίζουν επίσης τάση αύξησης του ποσοστού των καισαρικών τομών, αν και ο ρυθμός αύξησης τους είναι πολύ πιο αργός από αυτόν των πλουσιότερων χωρών (Vogel et al., 2015).

Είναι ωστόσο, αξιοσημείωτο πως, ενώ από τη μία πλευρά παρατηρούνται υψηλά ποσοστά τοκετών με καισαρική τομή παγκοσμίως, από την άλλη, παρατηρούνται και αρκετοί θάνατοι γυναικών, με τη συντριπτική πλειοψηφία αυτών, να προέρχεται από τα αναπτυσσόμενα κράτη. Στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2019), τα οποία προέκυψαν από διεθνή έρευνα που έκανε ο οργανισμός, δείχνουν ότι 300 χιλιάδες γυναίκες, πεθαίνουν κάθε χρόνο, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Ένα άλλο στοιχείο που

ήταν εμφανές στη διεθνή μελέτη, είναι ότι πραγματοποιούνται πολλοί τοκετοί με καισαρική τομή παγκοσμίως, οι οποίοι δεν είναι απαραίτητοι, διότι γίνονται χωρίς ιατρικές ενδείξεις, ενώ δυστυχώς πολλές άλλες γυναίκες, που πραγματικά χρειάζονται να φέρουν στον κόσμο τα παιδιά τους με τη μέθοδο της καισαρικής τομής, για ιατρικούς λόγους, δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτή, διότι γίνεται κατάχρηση των πόρων από τις περιττές χειρουργικές επεμβάσεις, αφήνοντας αβοήθητες γυναίκες που τις έχουν πραγματικά ανάγκη (WHO, 2019).

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και σε έκθεση του Π.Ο.Υ που διενεργήθηκε σε 72 χώρες, την περίοδο 2010-2014 και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό “BMJ”, σύμφωνα με την οποία: «παρατηρήθηκαν μεγάλες ανισότητες μεταξύ των χωρών, με τα εθνικά ποσοστά να κυμαίνονται από το 0,6 στο Σουδάν και να φτάνουν στο 58,9 στη Δομινικανή Δημοκρατία». Σύμφωνα με την ίδια έκθεση στην Υποσαχάρια Αφρική οι καισαρικές τομές είναι πολύ σπάνιες, όπως για παράδειγμα στο Τσαντ που αντιστοιχούν στο 1,5% των γεννήσεων, στη Μπουργκίνα Φάσο στο 2,1%, την Ακτή Ελεφαντοστού 3,1% ή στη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό 5,5%. Αντίθετα στην Αίγυπτο είναι πολύ συνηθισμένες με ποσοστό 55,5%, στην Αργεντινή 43,1 και στην Κολομβία με 36,9%. Επομένως με βάση την έκθεση του ΠΟΥ, γίνεται αντιληπτό πως όσο πιο φτωχές είναι οι γυναίκες, τόσο πιο συχνές είναι οι φυσιολογικές γέννες.

Σύμφωνα, με νέα πολύ πρόσφατη έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 2021), η καισαρική τομή συνεχίζει να αυξάνεται παγκοσμίως, αντιπροσωπεύοντας τώρα περισσότερο από 1 στους 5 τοκετούς, με ποσοστό (21%) όλων των τοκετών. Αυτός ο αριθμός αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται την επόμενη δεκαετία, με σχεδόν το ένα τρίτο (29%) όλων των γεννήσεων να πραγματοποιούνται με καισαρική τομή, έως το 2030. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά της καισαρικής τομής σε όλο τον κόσμο έχουν αυξηθεί από περίπου 7% το 1990 σε 21% σήμερα και αναμένεται να συνεχίσουν να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της τρέχουσας δεκαετίας. Εάν συνεχιστεί αυτή η τάση, έως το 2030 τα υψηλότερα ποσοστά είναι πιθανό να βρίσκονται στην Ανατολική Ασία (63%), τη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική (54%), τη Δυτική Ασία (50%), τη Βόρεια Αφρική (48%), τη Νότια Ευρώπη (47%), την Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία (45%). Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί πως σύμφωνα με την ίδια έρευνα του ΠΟΥ, τα ποσοστά της καισαρικής τομής αυξάνονται παγκοσμίως, αλλά αυξάνονται άνισα, επιβεβαιώνοντας, τις παραπάνω μελέτες, δεδομένου ότι υπάρχουν σημαντικές αποκλίσεις στην πρόσβαση μιας γυναίκας σε καισαρική τομή, ανάλογα με το πού ζει στον κόσμο, με αποτέλεσμα στις αναπτυσσόμενες χώρες η δυνατότητα πρόσβασης των γυναικών σε καισαρική τομή ανάγκης να είναι

περιορισμένη, τη στιγμή που στις αναπτυγμένες χώρες τα ποσοστά των περιττών `καισαρικών συνεχώς αυξάνονται (WHO 2021).

6.2. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ- ΠΟΣΟΣΤΑ

Η επικράτηση της καισαρικής τομής στην Ελλάδα, έναντι του φυσιολογικού τοκετού, αποτελεί πλέον, μία δυσάρεστη πραγματικότητα (Παπαχρίστου, 2018). Τα ποσοστά των τοκετών με καισαρική τομή κυμαίνονται μεταξύ 50%-70%, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2018) να κάνει συστάσεις για μείωση των καισαρικών τομών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με πόρισμα του Π.Ο.Υ, (6) στους (10) τοκετούς στη χώρα μας, γίνονται με καισαρική τομή. Ειδικότερα το 56,8% των γεννήσεων στην Ελλάδα, γίνεται με καισαρική τομή στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα.

Ο Π.Ο.Υ (2016), σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας επιχείρησαν να καταγράψουν πόσοι από τους τοκετούς που έγιναν κατά το έτος 2014, ήταν επεμβατικού χαρακτήρα. Τα στοιχεία που δόθηκαν στην δημοσιότητα το 2016, έδειξαν πως μεγάλο ποσοστό τοκετών (61,6%) πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικές κλινικές και στο μεγαλύτερο μέρος αυτών (ποσοστό 98,1%) πραγματοποιήθηκαν επεμβάσεις εκ των οποίων το 58,7% ήταν η καισαρική τομή (WHO, 2016). Τα εξαιρετικά υψηλά ποσοστά των τοκετών με καισαρική τομή, καταδεικνύουν πως στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλη και αμφιβόλου ποιότητας ενημέρωση, σχετικά με τα οφέλη της καισαρικής τομής, ως ασφαλούς πρακτικής, ενώ ελλιπής είναι η ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους, τη μετεγχειρητική πορεία, καθώς και τις επιπτώσεις της, στη ψυχολογία της γυναίκας και του παιδιού. Εξάλλου στην Ελλάδα, επικρατεί η λογική «μια φορά καισαρική, πάντα καισαρική», με την επιλογή του φυσικού τοκετού μετά από καισαρική, να συνοδεύεται από τρομοκρατία των γυναικών για ρήξη μήτρας και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ωστόσο, να καταρρίπτει αυτόν τον μύθο και να προτρέπει τις γυναίκες σε φυσιολογικό τοκετό, ακόμη και μετά από δυο καισαρικές τομές. (Μοναστιρλή, 2016).

Ανησυχία για τα υψηλά ποσοστά των καισαρικών τομών στην Ελλάδα, εξέφρασε και η Επιτροπή του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW). Συγκεκριμένα, την 1η Μαρτίου 2013, η Επιτροπή του ΟΗΕ για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW, 2013), εξέφρασε την ανησυχία της για το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό των καισαρικών τομών στην Ελλάδα σε δημόσια νοσοκομεία (40%) και ιδιωτικά (έως 65%), χωρίς ιατρική αιτιολόγηση. Τα ελληνικά ποσοστά των τοκετών με καισαρική τομή είναι τα υψηλότερα στον κόσμο, πολύ

πιο πάνω από το 15% που προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και θεωρείται ότι καλύπτει τις ιατρικές ανάγκες. Η Επιτροπή προέτρεψε την Ελλάδα να μειώσει το ποσοστό των καισαρικών τομών χωρίς ιατρική ανάγκη, εκπαιδεύοντας ή μετεκπαιδεύοντας το ιατρικό προσωπικό στον φυσιολογικό τοκετό και εισάγοντας αυστηρούς ελέγχους των ιατρικών ενδείξεων για τη διενέργεια καισαρικής τομής, προκειμένου να επιτευχθούν τα ποσοστά του Π.Ο.Υ (www.europarl.europa.eu). Επίσης, υλοποιεί δράσεις για τη μείωση των τοκετών με καισαρική τομή, οι οποίες αξιολογήθηκαν κατά τη διάρκεια της 54ης συνόδου της Επιτροπής των Ηνωμένων Εθνών, για την Εξάλειψη των Διακρίσεων κατά των Γυναικών (CEDAW, 2020).

Κάνοντας μία ιστορική αναδρομή, αυξητική τάση στους τοκετούς με καισαρική τομή καταγράφεται και σε παλαιότερες έρευνες που έλαβαν χώρα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τους Tampakoudis, et al., (2004), η ανοδική τάση φαίνεται να ξεκινά στα μέσα της δεκαετίας του 1980, καθώς από το 1983 έως το 1998 καταγράφεται μια αύξηση σε ποσοστό 18% (από 13% που ήταν το 1983, έφτασε στο 31% το 1998). Ένα άλλο στοιχείο που προέκυψε από την έρευνα των Tampakoudis, et al., (2004), ήταν ότι οι περισσότεροι τοκετοί με καισαρική τομή πραγματοποιούνταν σε ιδιωτικά μαιευτήρια και όχι στα δημόσια νοσοκομεία. Μάλιστα, σε μία από τις ιδιωτικές κλινικές που μετείχαν στην έρευνα, διαπιστώθηκε πως μέσα σε μια τετραετία το ποσοστό των τοκετών με καισαρική τομή αυξήθηκε κατά 10 ποσοστιαίες μονάδες (από 30% που ήταν το 2000 έφτασε στο 40% το 2004).

Έρευνα των Mossialos et al., (2005), που πραγματοποιήθηκε σε τρία μαιευτήρια της Ελλάδας και δημοσιεύτηκε στο European Journal Of Public Health, δείχνει πως μεταξύ των ετών 1988 και 1996 τα ποσοστά των καισαρικών τομών αυξήθηκαν κατά 50%. Το ποσοστό της καισαρικής τομής στα δημόσια νοσοκομεία ήταν 41,6% (52,5% για τις Ελληνίδες και 26% μόνο για τις μετανάστριες), ενώ το ποσοστό στα ιδιωτικά μαιευτήρια, ήταν 53% (65,2 για τις γυναίκες με ιδιωτική ασφάλιση και 23,9 για τις γυναίκες που πλήρωσαν κατευθείαν). Επίσης διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες που είχαν προηγηθείσα καισαρική τομή, υποβλήθηκαν ξανά σε καισαρική τομή. Σε καμιά γυναίκα δεν επιχειρήθηκε κολπικός τοκετός, μετά από καισαρική τομή (V.B.A.C.S.)(Mossialos et al., 2005).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2013, από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ), παρατηρήθηκε περαιτέρω αύξηση των καισαρικών τομών. Διαπιστώθηκε ότι το 44% των γυναικών στην Ελλάδα, γεννούν με καισαρική τομή στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ στα ιδιωτικά το ποσοστό αυτό φτάνει στο 56% (ΚΕΣΥ. 2013).

Σύμφωνα με την Παπαχρίστου (2018), το ποσοστό τοκετών με καισαρική τομή ξεπερνά το 58% σε πανελλαδικό επίπεδο, ενώ σε τοπικό επίπεδο μπορεί να είναι πολύ περισσότερο. Ενδεικτικά είναι τα ποσοστά γεννήσεων με καισαρική τομή στην περιοχή του Αγρινίου τα οποία έφτασαν το 2017 και το 2018 στο ποσοστό του 83%. Δηλαδή οκτώ (8) στα δέκα (10) παιδιά γεννήθηκαν με καισαρική τομή, την περίοδο αυτή στη συγκεκριμένη περιοχή. Εξίσου υψηλά ποσοστά καταγράφονται και σε άλλες περιοχές της χώρας. Συγκεκριμένα στη Σύρο οι τοκετοί με καισαρική τομή, έφτασαν στο 79%. Στα Χανιά το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 74%, στην Πάτρα 67,5% και στα Ιωάννινα 67% (Παπαχρίστου, 2018).

Σύμφωνα με έρευνα των Antoniou et al. (2021), η εκτιμώμενη συχνότητα των καισαρικών τομών στην Ελλάδα έχει αυξηθεί τις τελευταίες (4) δεκαετίες, καταγράφοντας ένα ποσοστό 13,8% (1977-1983), 17,3% (1984-1988), 22,7% (1989-1993), 29,9% (1994-2000), ενώ η συνεχιζόμενη δραματική αύξηση ξεπέρασε το 50%, το 2016. Επίσης σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας, από τον Αύγουστο του 2019 έως τον Φεβρουάριο του 2020, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των τοκετών με καισαρική τομή στην Ελλάδα, εξακολουθεί να είναι εξαιρετικά υψηλό και σε τοπικό επίπεδο ακόμα υψηλότερο. Οι γυναίκες συνεχίζουν να γεννούν με καισαρική τομή, με αρνητικές συνέπειες στα ασφαλιστικά ταμεία. Σύμφωνα με την έρευνα, από τις 633 γεννήσεις, οι 365 (58%) πραγματοποιήθηκαν με καισαρική τομή τόσο επείγουσα, όσο και εκλεκτική, ενώ αντίστοιχα, μόνο οι 268 γεννήσεις έγιναν με κοιλικό τοκετό με ποσοστό 42%. Από τις 365 καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν, οι 230 (36%) ήταν εκλεκτικές ενώ οι 135 (22%) ήταν επείγουσες. Οι γυναίκες με προηγηθείσα καισαρική τομή παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στην επιλογή καισαρικής τομής (66,1%) σε σύγκριση με αυτά, της καισαρικής έκτακτης ανάγκης για τους ίδιους λόγους (8,9%). Τα υψηλά ποσοστά των τοκετών με καισαρική τομή στην Ελλάδα καταδεικνύουν την έλλειψη χρήσης διεθνών μαιευτικών πρωτοκόλλων, εθνικών στρατηγικών, ελέγχων και σημαντικής έλλειψης μαιών. Σύμφωνα με την έρευνα, η αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή, είναι σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που επεκτείνεται στην εθνική οικονομία και στα ανθρώπινα δικαιώματα, απαιτούνται αποτελεσματικές παρεμβάσεις και κατευθυντήριες γραμμές για τη μείωση των τοκετών με καισαρική τομή (Antoniou et.all, 2021).

6.3. ΟΔΗΓΙΕΣ/ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟ ΤΩΝ ΤΟΚΕΤΩΝ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΝΔΕΙΞΗ

Η δραματική αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή χωρίς ιατρική ένδειξη και οι κίνδυνοι

που την συνοδεύουν, έχουν δημιουργήσει τεράστιο ενδιαφέρον τόσο στα μέσα ενημέρωσης, όσο και στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, με αποτέλεσμα πολλοί εθνικοί και διεθνείς φορείς να έχουν εκδώσει οδηγίες σχετικά με το θέμα (Lancet 2005). Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες συστάσεις του ΠΟΥ (2021), οι καισαρικές τομές είναι κρίσιμες για τη διάσωση της ζωής των γυναικών σε επιπλοκές του κοιλιακού τοκετού, ενώ οι περιττές χειρουργικές επεμβάσεις μπορεί να είναι επιβλαβείς, τόσο για τη γυναίκα όσο και για το μωρό, υπογραμμίζοντας την κατανόηση και την εστίαση στις μοναδικές ανάγκες κάθε γυναίκας, κατά τον τοκετό, καθώς και την ανάγκη να μπορούν να μιλούν με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για τον τοκετό τους, λαμβάνοντας επαρκείς πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων και των οφελών. Η συναισθηματική υποστήριξη είναι μια κρίσιμη πτυχή της ποιοτικής φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού (WHO, 2021).

Παρόμοιες συστάσεις κάνει η Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρία (ΕΜΓΕ 2014), το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων (ACOG), καθώς, επίσης, και το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NICE). Αρχικά οι οδηγίες του NICE (National Institute For Health and Care Excellence) ήταν ρητές και ανέφεραν ότι πρέπει να τηρείται το τεκμηριωμένο αίτημα μιας γυναίκας για εκλεκτική καισαρική τομή, απουσία κλινικών ενδείξεων. Ωστόσο, οι κατευθυντήριες γραμμές του NICE, τροποποιήθηκαν το 2011 και σύμφωνα με τον αγγλικό νόμο, οι γιατροί πρέπει να συζητήσουν «όλες τις εύλογες εναλλακτικές λύσεις» με τις έγκυες, τους λόγους που επιλέγουν την καισαρική τομή, καθώς και τους κινδύνους και τα οφέλη των διαφορετικών τοκετών. Οι γιατροί πρέπει να εκτελούν καισαρική τομή, κατόπιν αιτήματος της μητέρας, όταν είναι σίγουροι ότι η απόφαση της γυναίκας έχει παρθεί κατόπιν ενημέρωσης. Επιπλέον, εάν το αίτημα της γυναίκας προκύπτει από φόβο για τον κοιλιακό τοκετό, θα πρέπει να της δοθεί ειδική υποστήριξη ψυχικής υγείας. Εάν παρόλα αυτά η έγκυος εμμένει στην απόφαση της και ο μαιευτήρας δεν επιθυμεί να πραγματοποιήσει την καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της μητέρας, θα πρέπει να παραπέμψει την έγκυο σε άλλο συνάδελφο για να εκτελέσει τη διαδικασία (NICE, 2011).

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γυναικολογίας – Μαιευτικής (FIGO), επισημαίνει πως η εκτέλεση της καισαρικής τομής οφείλει να είναι δεοντολογικά δικαιολογημένη (Dursun, et al., 2011). Σύμφωνα με συστάσεις της FIGO που δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό Lancet (2018), «απαιτούνται επειγόντως κοινές δράσεις με κυβερνητικούς φορείς, τον ασφαλιστικό κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης και τις γυναικείες ομάδες, για να σταματήσουν τις περιττές καισαρικές τομές και να επιτρέψουν στις γυναίκες και τις οικογένειές τους, να είναι

σίγουρες, ότι θα λάβουν την καταλληλότερη μαιευτική περίθαλψη για τη δική τους ξεχωριστή περίπτωση» (Lancet,2018).

7ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

Αρκετοί ερευνητές οι οποίοι μελέτησαν την υπερβολική αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή, διαπίστωσαν πως εκτός από τους ιατρικούς λόγους (αναφέρθηκαν στην ενότητα 4.3), που καθιστούν την καισαρική τομή απαραίτητη επέμβαση, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που συντελούν στην επιλογή της καισαρικής τομής. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να αφορούν στον τρόπο ζωής, το κοινωνικό και ψυχολογικό υπόβαθρο, καθώς και στην προσωπική επιθυμία της μέλλουσας μητέρας (Μανταλενάκης, 2008).

7.1. ΗΛΙΚΙΑ

Η ηλικία της μητέρας είναι ένας παράγοντας που συντελεί στην επιλογή του τοκετού με καισαρική τομή. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται παγκοσμίως, μία αύξηση του μέσου όρου ηλικίας τεκνοποίησης των γυναικών. Οι περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να αποκτήσουν το πρώτο τους παιδί γύρω στα 34 τους χρόνια, ηλικία η οποία σχετίζεται με την αύξηση της πιθανότητας εκδήλωσης διαφόρων νοσημάτων, όπως η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης, ασθένειες που μπορεί να προκαλέσουν περιγεννητικές επιπλοκές και να οδηγήσουν στην επιλογή της καισαρικής τομής (Cleary-Goldman et al., 2005).

Έρευνα της **Γερμανικής Στατιστικής Υπηρεσίας**, έδειξε πως ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών επιλέγουν να κάνουν παιδί μετά τα 35 τους χρόνια. Συγκεκριμένα το ένα στα πέντε νεογνά που γεννήθηκαν στην Ευρώπη το 2012, ήρθαν στη ζωή από μητέρες άνω των 35 ετών. Την πρώτη θέση ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες κατείχε η Ισπανία, με το ποσοστό των γυναικών που γεννούν μετά τα 35 να φτάνει το 34%. Δεύτερη η Ιταλία με ποσοστό 33% και τρίτη η Ιρλανδία με 30%. Στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο και την Πορτογαλία, ένα στα τέσσερα νεογνά (25%) έχει μητέρα άνω των 35 ετών. Οι γεννήσεις γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούσαν το 22% του συνόλου των γεννήσεων στη Γερμανία, τη Σουηδία και τη Δανία, με τις τρεις αυτές χώρες να κινούνται στον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Χαμηλότερα ήταν τα ποσοστά στη Βρετανία (20%) και τη Γαλλία (19%) ενώ στη Φινλανδία το ποσοστό των γυναικών που γεννούν σε μεγάλη ηλικία είναι ιδιαίτερα χαμηλό, μόλις το 0,2% του συνόλου (Αγγελοπούλου, 2014).

7.2. ΙΑΤΡΙΚΑ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

Ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει στην επιλογή της καισαρικής τομής είναι η αύξηση

της ιατρικά υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, η οποία αποτελεί συχνό φαινόμενο τα τελευταία χρόνια. Πολλές γυναίκες, λόγω της εξέλιξης της ιατρικής, όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα γονιμότητας καταφεύγουν σε μεθόδους υποβοήθησης, οι οποίες συχνά οδηγούν σε πολλαπλή κύηση και δημιουργούν επιπλέον άγχος στην μητέρα για την έκβαση της γέννας, με αποτέλεσμα να επιλέγεται η καισαρική τομή ως πιο ασφαλής για αυτές μέθοδος (Mylonas & Friese, 2015).

7.3. ΣΩΜΑΤΟΤΥΠΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

Έρευνες έχουν δείξει πως η αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή σχετίζεται με τον σωματότυπο της μητέρας. Τελευταία παρατηρείται αύξηση του δείκτη μάζας του σώματος των γυναικών, με αποτέλεσμα την παχυσαρκία, η οποία συνδέεται με υπέρταση, διαβήτη κύησης ή σακχαρώδη διαβήτη, ασθένειες που οδηγούν στην επιλογή της καισαρικής τομής (Sebire, et al.,2001).

7.4. ΤΟΚΟΦΟΒΙΑ

Άλλες έρευνες έχουν δείξει, ότι ένας σημαντικός λόγος που οι γυναίκες επιλέγουν τοκετό με καισαρική τομή, ελλείπει ιατρικών ενδείξεων, είναι ο φόβος για τον τοκετό (τοκοφοβία) και η αποφυγή του πόνου, κατά τη διάρκεια του τοκετού. Επιπλέον, οι ίδιες έρευνες προτείνουν πως η ψυχολογική προετοιμασία της γυναίκας για έναν ευχάριστο κοιλιακό τοκετό, θα μπορούσε να οδηγήσει σε αλλαγή της στάσης των γυναικών (Bagheri, Masoodi- Alavi, Abbaszade, 2012). Παρόμοια, έρευνες έδειξαν, πως αυτός ο φόβος για τον τοκετό, υπάρχει σε μεγαλύτερο ποσοστό στις πρωτότοκες γυναίκες οι οποίες φοβούνται τις επιπλοκές του κοιλιακού τοκετού, τόσο για τις ίδιες, όσο και για το παιδί τους (Mylonas, & Friese, 2015).

Επίσης, έρευνες που έγιναν σε δύο πολιτείες της Αυστραλίας, έδειξαν ότι ένας μεγάλος αριθμός γυναικών, επιλέγουν την καισαρική τομή στην πρώτη τους εγκυμοσύνη, ελλείπει ιατρικών ενδείξεων, εξαιτίας του φόβου που αισθάνονται για τον τοκετό (τοκοφοβία) και του φόβου της σωματικής βλάβης, ωστόσο η ίδια έρευνα αναφέρει ότι οι γυναίκες επηρεάστηκαν και από τους γιατρούς, οι οποίοι υποστήριξαν και ενίσχυσαν την απόφασή τους ως «ασφαλή» και «υπεύθυνη» επιλογή. Τα ευρήματα των ερευνών βοηθούν τις γυναίκες και τους επαγγελματίες υγείας να κατανοήσουν καλύτερα τον τρόπο με τον οποίο ο τοκετός μπορεί να κατασκευαστεί ως ένα φοβερό γεγονός. Υπό το φως των νέων στοιχείων σχετικά με τους κινδύνους, τις επιπλοκές και τις συνέπειες της καισαρικής τομής, τόσο στη μητέρα, όσο και στο νεογνό, οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, πρέπει να διερευνήσουν αυτές τις αντιλήψεις των γυναικών και να αναπτύξουν στρατηγικές για την προώθηση της εμπιστοσύνης και της ικανότητας των γυναικών να γεννούν φυσικά (Fenwick

et al., 210).

7.5. ΕΥΚΟΛΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

Ένας ακόμα λόγος που οι γυναίκες επιλέγουν την καισαρική τομή είναι ο βολικός προγραμματισμός. Ο χρόνος που πραγματοποιείται ο τοκετός με καισαρική τομή αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιλογής της, δεδομένου ότι διαπιστώθηκε ότι οι καισαρικές τομές αυξάνονται τις εργάσιμες ημέρες και ώρες, σε σχέση με τις βραδινές ώρες, επιβεβαιώνοντας ότι οι γυναίκες προγραμματίζουν τη γέννα τους σε βολικές για αυτές και τον γιατρό ώρες και ημέρες. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 70% των καισαρικών τομών, πραγματοποιήθηκαν μεταξύ 8 π.μ και 4 μ.μ. και αυξάνονται σημαντικά τις Δευτέρες, Τετάρτες, Παρασκευές. Τα Σαββατοκύριακα, τόσο στα δημόσια, όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία υπάρχει συνεχής μείωση των τοκετών με καισαρική τομή (Mossialos et al.,2005).

7.6. ΚΟΙΝΟΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Έρευνα στη Βραζιλία έδειξε ότι οι γυναίκες από οικογένειες με υψηλότερα εισοδήματα και υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή, συχνότερα από άλλες. Ενώ, γυναίκες χαμηλότερης έως μεσαίας τάξης αναζήτησαν καισαρική τομή για να αποφύγουν αυτό που θεωρούσαν κακής ποιότητας φροντίδα και ιατρική παραμέληση (Behague et.all, 2002). Αξίζει να αναφερθεί ότι η Βραζιλία έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά καισαρικής τομής στον κόσμο, με το 36% των γυναικών στη χώρα να γεννούν με καισαρική τομή. Ενώ ένα πολύ υψηλό ποσοστό γυναικών 80%-90% που γεννούν με καισαρική τομή, επιλέγουν να γεννήσουν σε ιδιωτικά μαιευτήρια (Hopkins 2000). Έρευνα των Khoury et al. (2012), έπειτα από συλλογή κοινωνικοοικονομικών δεδομένων, 2.477 γυναικών στο Μάλι, έδειξε ότι οι πλουσιότερες γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση σε τοκετό με καισαρική τομή με ποσοστό 58%, ενώ οι φτωχότερες 27% (El- Khoury, Hatt, Gandaho, 2012).

Έρευνα του Π.Ο.Υ (2015), επιβεβαιώνει ότι οι καισαρικές είναι πιο διαδεδομένες στις πλούσιες υποομάδες, κάτι που υποδεικνύει ότι συχνά γίνεται κατάχρηση, αν αναλογιστεί κανείς πως στη Δομινικανή Δημοκρατία των 81% του 20% των πιο πλούσιων γυναικών γεννά με καισαρική τομή (WHO,2015).

Έρευνα στο Ιράν έδειξε, ότι η τριτοβάθμια εκπαίδευση των μητέρων, συμβάλλει στην αύξηση του τοκετού με καισαρική τομή (Rafiei et al., 2018).

Σύμφωνα με έρευνα των Antoniou et all, (2021) στην Ελλάδα και συγκεκριμένα την περιοχή της Λάρισας, αξίζει να σημειωθεί, ότι οι αγροτικές περιοχές αποτελούν έναν σημαντικό

παράγοντα εκλεκτικής καισαρικής τομής, γεγονός το οποίο οφείλεται τόσο στην ανασφάλεια των γυναικών, όσο και των γιατρών στις περιοχές αυτές (Antonioni et.all., 2021).

7.7. ΠΡΟΤΡΟΠΗ/ ΚΙΝΗΤΡΑ ΙΑΤΡΟΥ

Έρευνες έχουν δείξει, ότι ένας ακόμη λόγος που οι γυναίκες επιλέγουν την καισαρική, ως μέθοδο τοκετού, είναι συχνά η προτροπή του εκάστοτε γιατρού τους, οι οποίοι την παρουσιάζουν ως ανώδυνη μέθοδο τοκετού και επέμβαση ρουτίνας. Αποτελέσματα ερευνών επιβεβαίωσαν τη θετική σχέση των κινήτρων του γιατρού με την καισαρική τομή. Συγκεκριμένα τα αυξημένα χρήματα, ο μειωμένος χρόνος που απαιτείται για τη φροντίδα της ασθενούς και η μειωμένη πιθανότητα να υποβληθούν μηνύσεις, ενθαρρύνουν τους επαγγελματίες στον τομέα της υγείας, να προτιμήσουν την εκλεκτική καισαρική τομή, έναντι των κολλικών τοκετών (Simpson, Thorman, 2005). Επίσης ερευνητές επικαλούνται και το φαινόμενο της «αμυντικής ιατρικής», ως παράγοντα επιλογής της καισαρικής τομής, δηλαδή την έλλειψη κατάρτισης των γιατρών για την αντιμετώπιση καταστάσεων που προκύπτουν στον φυσικό τοκετό (WHO, 2005).

7.8. ΠΡΟΗΓΗΘΕΙΣΕΣ ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τοκετός με καισαρική τομή σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους κατά τη δεύτερη εγκυμοσύνη, ιδιαίτερα αν μεσολαβεί μεταξύ τους ένα σύντομο διάστημα. (Getahun et.all., 2006). Στην Ελλάδα, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό γυναικών (66,1%) επιλέγει ξανά καισαρική τομή, ύστερα από προηγούμενα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Γερμανία είναι μόλις 24% (Antonioni et al., 2021).

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο τοκετός με καισαρική τομή στις περιπτώσεις που η επίτοκος έχει ήδη γεννήσει με καισαρική τομή δεν αποτελεί πλέον τη μοναδική επιλογή. Τα δεδομένα έχουν αλλάξει, καθώς η σύγχρονη πρακτική δεν αποκλείει την γέννηση με φυσιολογικό τοκετό, μετά από μια καισαρική τομή VBAC (vaginal birth after a previous caesarean). Ωστόσο, δεν αποτελεί προτεραιότητα των επιτόκων, όχι μόνο λόγω ανασφάλειας και άγχους, αλλά και γιατί οι γιατροί αποφεύγουν να στρέψουν την έγκυο σε αυτή την επιλογή (Nilsson, Van Limbeek et al., 2015).

7.9. ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗΣ ΤΟΜΗΣ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (CDMR)

Η καισαρική τομή μετά από αίτημα της μητέρας, γνωστό ως CDMR (Cesarean Delivery on

Maternal Request), αναφέρεται σε εκλεκτική καισαρική τομή που πραγματοποιείται μετά από αίτημα της μητέρας, ελλείψει μητρικών ή εμβρυϊκών ενδείξεων (Viswanathan et al., 2006). Η έννοια αυτή (CDMR), εμφανίστηκε το 1985, όταν ένα άρθρο που δημοσιεύθηκε στο «New England Journal of Medicine», πρότεινε «προφυλακτική καισαρική τομή», με σκοπό να αποφευχθούν οι κίνδυνοι που συνδέονται με τον κοιλιακό τοκετό (Feldman, Freiman, 1985). Πάνω από μια δεκαετία αργότερα, ένα κύμα ενδιαφέροντος για το θέμα προκλήθηκε από τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έδειξε ότι το 31% των γυναικών στο Λονδίνο, θα επέλεγαν καισαρική τομή σε περίπτωση απλής εγκυμοσύνης (Al-Mufti, McCarthy, Fisk, 1997). Έκτοτε, το CDMR αποτέλεσε αντικείμενο αναρίθμητων ερευνητικών εγγράφων, εκδόσεων, επιστολών, ερευνών, γνωμών, κριτικών, κατευθυντήριων γραμμών και διασκέψεων (Armson, 2007).

Το CDMR, τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί συχνό φαινόμενο, το οποίο έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της καισαρικής τομής παγκοσμίως (Muula 2007), η οποία αποτελεί πλέον, την πιο δημοφιλή επιλογή (Muula,2007, Bu, 2008, Khadem, khadivzadeh,2009, Khalaf et al.,2015, Curran et al.,2016). Οι επίτοκες συχνά λόγω φόβου, είτε λόγω υπερβολικής ανησυχίας για την ασφάλεια και την υγεία του νεογνού, είτε λόγω παραπληροφόρησης και λανθασμένης εντύπωσης τους για την καισαρική τομή, την οποία, θεωρούν πιο ασφαλή μέθοδο τοκετού για το νεογνό, καθώς και ο κοιλιακός τοκετός ενδέχεται να έχει επιπλοκές, είτε για δικούς τους καθαρά προσωπικούς λόγους, όπως βολική ημερομηνία λόγω διαφόρων υποχρεώσεων, καλύτερος προγραμματισμός άδειας μητρότητας, επιταγές μόδας, προσωπική άποψη για τον τοκετό κ.α, επιλέγουν την καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχει καμία ιατρική ένδειξη.

Διετής έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο δημόσιο νοσοκομείο King Edward Memorial της Δυτικής Αυστραλίας, σχετικά με τα επίπεδα παρέμβασης στον τοκετό, έδειξε ότι πραγματοποιήθηκαν συνολικά 9.138 τοκετοί, εκ των οποίων 1.624 πραγματοποιήθηκαν με καισαρική τομή, με συνολικό ποσοστό 17,8%. Από αυτούς, 633 (39%) ήταν εκλεκτικοί. Η πιο συνηθισμένη κύρια ένδειξη για την καισαρική τομή ήταν η επιλογή της μητέρας, κυρίως λόγω της άρνησης της να συναινέσει σε ένα κοιλιακό τοκετό, μετά από προηγηθείσα καισαρική τομή (Quinlivan et al., 1999).

Έρευνα που δημοσιεύτηκε σε περιοδικό της Τεχεράνης, το 2003, έδειξε ότι στην Τεχεράνη, από τις 824 εγκυμονούσες, το 66,5% γέννησαν με καισαρική τομή. Επίσης, στην έρευνα έγινε εμφανές ότι το 72% των καισαρικών τομών ήταν εκλεκτικές, ενώ από αυτές, το 22% πραγματοποιήθηκε κατόπιν αιτήματος της μητέρας. Ωστόσο αξίζει να αναφερθεί, πως το 71% των μητέρων που ζήτησαν καισαρική δεν είχαν επαρκή αιτιολόγηση για το αίτημά

τους. Επίσης, το 65% των γιατρών πρότεινε καισαρική τομή για τις ασθενείς του, χωρίς καμία πραγματική ιατρική ένδειξη. Ακόμα, η έρευνα έδειξε, ότι το αίτημα της μητέρας πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά μαιευτήρα σε ποσοστό 86%, ενώ μόνο το 14% σε δημόσια νοσοκομεία. Η εκπαίδευση της μητέρας, η πρώτη εγκυμοσύνη και ο φόβος για τον τοκετό, διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην επιλογή της καισαρικής τομής (Ali Mohamadian et.all, 2003).

Έρευνα των Wiklund, et al. (2006), που αφορά στο ψυχολογικό προφίλ των εγκύων που επιλέγουν τοκετό με καισαρική τομή, έδειξε πως πρόκειται για άτομα με χαμηλό αυτοέλεγχο και κοινωνικοποίηση, άτομα με καταθλιπτικές τάσεις, τα οποία ανησυχούν ιδιαίτερα, για τη διαδικασία του τοκετού και όχι μόνο. Στις ίδιες διαπιστώσεις, καταλήγουν οι Haines, et al. (2012) οι οποίοι επιπλέον, τονίζουν πως οι σκέψεις και τα συναισθήματα που βιώνει η εγκυμονούσα, καθορίζουν την επιλογή της μεθόδου τοκετού. Σύμφωνα με άλλη έρευνα, η επιλογή της επιτόκου συνδέεται με την αντίληψη που έχει η έγκυος για τον κοιλιακό τοκετό (Ryding, et al., 2015).

8^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (CDMR)

Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι όλο και περισσότερες γυναίκες, τόσο στις ανεπτυγμένες, όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες, επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή (McFarlin 2004). Τίθεται ωστόσο, το ερώτημα αν η επιλογή αυτή των επιτόκων, αποτελεί μια ηθικά αποδεκτή ιατρική πρακτική. Στο μεγαλύτερο, μέρος του αναπτυσσόμενου κόσμου, αν και η συζήτηση δεν είναι τόσο έντονη, το δίλημμα εξακολουθεί να υπάρχει (Muula 2007).

Η επιλογή των επιτόκων να προβούν σε τοκετό με καισαρική τομή, ελλείπει ιατρικών ενδείξεων, εγείρει επομένως, ερωτηματικά για το ηθικό μέρος της ιατρικής πράξης, τα οποία αφορούν στο αν και κατά πόσο η καισαρική τομή θα πρέπει να εκτελείται σε όλες τις περιπτώσεις των επιτόκων, ανεξάρτητα από το αν χρειάζονται μία τέτοιου είδους επέμβαση (Kalish, et al., 2008), ενώ δεδομένου ότι ο τοκετός αποτελεί μια φυσική διαδικασία, εγείρει ερωτηματικά για το πως θα πρέπει να αντιμετωπίζονται άλλες φυσικές διαδικασίες, όπως η γήρανση και ο θάνατος (Bergeron, 2007).

Σύμφωνα με την Παπαχρίστου (2018), είναι παράνομο, ανήθικο και, εν γένει, κατακριτέο το να υποβληθεί κάποιος σε ένα επώδυνο και σοβαρό χειρουργείο, ενώ είναι απολύτως υγιές. Μία εντελώς φυσική πράξη έχει αναχθεί σε απαραίτητα χειρουργική, με συνοδές πιθανές επιπλοκές. Θέτοντας τα εξής ερωτήματα: Μπορεί η καισαρική τομή να αποτελέσει επιλογή της επιτόκου, χωρίς αντίστοιχη ιατρική ένδειξη; Είναι η επίτοκος επαρκώς και ορθά

ενημερωμένη; Μήπως ο γιατρός έχει, τελικά, αποκλειστικά το βάρος της ευθύνης για την αναίτια καισαρική τομή και πρόκληση τοκετού; (Παπαχρίστου 2018). Επίσης, ερωτηματικά τίθενται και για το κατά πόσο η επιλογή της εγκύου είναι πραγματικά αυτόνομη και απαλλαγμένη από επιρροές (προτροπή γιατρού, ωράριο εργασίας κ.α).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί, ότι η κακή χρήση της τεχνολογίας μπορεί να υποτάξει τις γυναίκες στην ιατρική αρχή, να υπονομεύσει την αίσθηση της αξιοπρέπειας και του ελέγχου τους και να τις αποξενώσει από τη διαδικασία γέννησης. Αλλά μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την ενίσχυση της γυναίκας (όπως όταν ένα φάρμακο για τον πόνο, της επιτρέπει να διατηρήσει την αξιοπρέπεια της) ή γίνεται όταν η γυναίκα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία την καθιστούν απαραίτητη. Η ηθική συζήτηση αφορά το πότε και πώς οι γυναίκες πρέπει να είναι σε θέση να επιλέξουν να κάνουν καισαρική τομή για μη ιατρικούς λόγους.

Η παγκόσμια ιατρική και μαιευτική κοινότητα είναι διαιρεμένη, ως προς το εάν είναι προς όφελος της επιτόκου και του αγέννητου μωρού της, να της παρέχει κατ' επιλογή καισαρική τομή. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο όρος «πολύ σικ για να ωθήσει», χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις γυναίκες που ζητούν επιλεκτική καισαρική τομή, χωρίς «ιατρική ένδειξη» (Feinmann, 2002). Αυτό οφείλεται στην αυξημένη αναγνώριση του σεβασμού της αυτονομίας των ασθενών και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η οποία συνέβαλε στη διαμόρφωση της άποψης, ότι για να αποφευχθεί η πατερναλιστική αντίληψη, πρέπει να παρέχεται η διαδικασία στις γυναίκες που ζητούν τοκετό με καισαρική τομή (Feinmann, 2002). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο νόμος και η ιατρική καθοδήγηση υποστηρίζουν τις γυναίκες που κάνουν επιλογές κατά τον τοκετό. Και, ενώ έχει υπάρξει ανάλυση του κοινωνικού και οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η εκτέλεση καισαρικής τομής, μεγάλο μέρος της κλινικής και ηθικής ανάλυσης κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, δεδομένου του βαθμού κινδύνου για τη μητέρα και το νεογνό, από μια πρωτογενή ή μία επαναλαμβανόμενη καισαρική τομή, υπάρχει επαρκής αιτιολόγηση για τις έγκυες γυναίκες να ζητήσουν και να λάβουν αυτήν τη διαδικασία από μαιευτήρες που είναι πρόθυμοι να ανταποκριθούν σε αυτά τα αιτήματα. Ωστόσο, αυτές οι ίδιες αναλύσεις συχνά προειδοποιούν ότι οι γιατροί δεν πρέπει να προσφέρουν αυτές τις επιλεκτικές καισαρικές σε όλες τις γυναίκες, αλλά μόνο σε εκείνες που είναι ενημερωμένες για τα οφέλη και τους κινδύνους της συγκεκριμένης πρακτικής και ζητούν καισαρική τομή.

Συνοψίζοντας, η γενική τάση της επιλογής της καισαρικής τομής, με σημαντικές επιπτώσεις στο έμβryo, τη μητέρα και σε άλλους τομείς, θέτει αρκετά ηθικά αξιοσημείωτα αποτελέσματα (Davis-Floyd 2004, Duden 1993, Mitchell 2001, Morgan 1998, Sherwin

1992). Καθιστά τη γέννηση ως υψηλού κινδύνου παθολογική κατάσταση, η οποία είναι ανεύθυνο να αντιμετωπιστεί χωρίς την κατάλληλη βοήθεια. Οι επαγγελματίες του ιατρικού κλάδου γίνονται οι κύριοι διαχειριστές της αναπαραγωγής διαδικασίας, «οι εμπειρογνώμονες», με αποτέλεσμα οι έγκυες να περιθωριοποιούνται και να παίζουν «παθητικό ρόλο» στις δικές τους γεννήσεις, με αποτέλεσμα τελικά να περιορίζεται η αυτονομία τους και όχι να ενισχύεται, όπως αρχικά υποστηρίχθηκε (π.χ. Freeman 2015). Επίσης καθιστά τον τοκετό πιο αγχωτική και επώδυνη διαδικασία για τις γυναίκες, χωρίς να υπάρχει λόγος, καθώς ο τοκετός είναι μια «φυσική» διαδικασία που γενικά δεν χρειάζεται τεχνολογική βοήθεια, υποστηρίζοντας έτσι τον «φυσιολογικό» τοκετό, χωρίς τη χρήση φαρμάκων, με βοήθεια από τις μαίες, αντί από γιατρούς. (Kukla 2005, Lyerly 2006 και 2012, Purdy 2001). Ωστόσο δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η καισαρική τομή όταν συντρέχουν ιατρικοί λόγοι, αποτελεί απαραίτητη ιατρική παρέμβαση (Gibes, 2013).

9^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΤΑΣΗ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΑΙΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ ΓΙΑ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΕΛΛΕΙΨΕΙ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ

Ευρωπαϊκή μελέτη, EUROBS (2006), που πραγματοποιήθηκε σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών (NICU), σε οκτώ ευρωπαϊκές χώρες (Λουξεμβούργο, Κάτω Χώρες, Σουηδία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, Ισπανία και Ηνωμένο Βασίλειο), συνέκρινε τη στάση των μαιευτήρων, απέναντι στο αίτημα της εγκύου να προβεί σε καισαρική τομή, ελλείψει ιατρικών ενδείξεων. Στην έρευνα συμμετείχαν 105 μονάδες και 1530 μαιευτήρες με ποσοστά ανταπόκρισης 70% και 77% αντίστοιχα, οι οποίοι ερωτήθηκαν για το τι θα έκαναν στην περίπτωση που μία έγκυος γυναίκα 25 ετών, ξεκινά τον τοκετό στις 39 συμπληρωμένες εβδομάδες, το έμβρυο φαίνεται κανονικά σχηματισμένο, υγιές και σε κεφαλική προβολή, η έγκυος έχει ενημερωθεί ότι ενδείκνυται ο κοιλιακός τοκετός και ότι είναι υψηλή η νοσηρότητα και η θνησιμότητα που σχετίζονται με καισαρική τομή και παρόλα αυτά η γυναίκα επιμένει να γεννήσει με καισαρική τομή. Ζητήθηκε από τους γιατρούς να αναφέρουν τι θα έκαναν σε απάντηση σε μια σειρά σεναρίων, δεδομένης της περίπτωσης, ότι δεν υπήρχαν επιπλέον παράγοντες που σχετίζονται με προηγούμενες εγκυμοσύνες ή ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και το αίτημα της εγκύου βασίστηκε απλά και μόνο στην προσωπική της επιλογή (Nilstun et al, BMC 2008).

Η έρευνα έδειξε, ότι η συμμόρφωση των γιατρών μετά το αίτημα της επιτόκου για επιλεκτική καισαρική τομή, απλώς και μόνο επειδή ήταν «η επιλογή της», ήταν πολύ υψηλή στη Γερμανία (75%) και το Ηνωμένο Βασίλειο (79%), στο Λουξεμβούργο (57%), στην Ιταλία (55%) στη Σουηδία (49%), ενώ χαμηλότερη ήταν στις Κάτω Χώρες (22%), την

Ολλανδία (22%), τη Γαλλία (19%) και την Ισπανία (15%).

Όσον αφορά τους λόγους για τους οποίους οι γιατροί θα συμμορφώνονταν με το αίτημα της εγκύου, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν, ότι ο σεβασμός για την αυτονομία του ασθενούς ήταν η πιο συχνή αιτιολογία των γιατρών, με ποσοστό 100% στο Λουξεμβούργο και 97% στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σουηδία. Επίσης, ως αιτιολογία σε όλες τις χώρες αναφέρθηκαν, οι ανησυχίες σχετικά με τις νομικές συνέπειες που συνδέονται με επιπλοκές του κοιλιακού τοκετού, αν και λιγότερο στην Ολλανδία (30%) και στη Σουηδία (31%). Ενδιαφέρον προξενεί, ωστόσο, το γεγονός ότι οι γιατροί, θα συμμορφώνονταν με το αίτημα της εγκύου, σε πολύ μικρότερο βαθμό για την αποφυγή πιθανών επιπλοκών του κοιλιακού τοκετού.

10^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (CDMR) ΚΑΙ ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

10.1. ΑΡΧΕΣ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

Αναμφίβολα ένα από τα ζητήματα που μέρα με τη μέρα δημιουργούν αντιπαραθέσεις στον τομέα της ιατρικής και της υγείας και άπτονται της Βιοηθικής, σχετίζεται με την υπερβολική και πολλές φορές περιττή χρήση της καισαρικής τομής, η οποία, αν και θα έπρεπε να είναι χειρουργική επέμβαση μόνο για περιπτώσεις στις οποίες ο κοιλιακός τοκετός είναι επικίνδυνος, στις μέρες μας αποτελεί επιλογή, κατόπιν αιτήματος της ίδιας της εγκύου (CDMR), αλλά αποτελεί, επίσης, εναλλακτική λύση που προτείνει ο γιατρός.

Κατά τους αμερικανούς φιλοσόφους Beauchamp και Childress υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές, που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική και είναι οι εξής: η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (principle of respect for autonomy), η αρχή της αγαθοεργίας (principle of beneficence), η αρχή του μη βλάπτειν (principle of nonmaleficence) και η αρχή της δικαιοσύνης (principle of justice) (Beauchamp and Childress, 2001). Οι ηθικές αρχές, μας επιτρέπουν να κάνουμε μια αξιολόγηση της ιατρικής πρακτικής, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στην ορθολογική επιλογή καισαρικής τομής, έναντι του κοιλιακού τοκετού (Vázquez Parra, 2016), τόσο από την πλευρά της μητέρας, όσο και από την πλευρά του γιατρού.

10.1.1. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ

Σύμφωνα με την αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (principle of respect for autonomy), κάθε λογικό υποκείμενο μπορεί να ενημερώνεται και να πράττει ελεύθερα και ανεπηρέαστα, λαμβάνοντας τις απαραίτητες αποφάσεις για τον εαυτό του. Η αυτονομία, επομένως μπορεί να οριστεί ως η δυνατότητα ενός ανθρώπου να σκέπτεται, να αποφασίζει και να πράττει με

τρόπο, ώστε η σκέψη και η πράξη του, να είναι ελεύθερες, ανεξάρτητες, χωρίς δεσμεύσεις ή εμπόδια (Gillon, 1985). Στον τομέα της ιατρικής φροντίδας, ο σεβασμός στην αυτονομία του ασθενούς επιτρέπει την ελεύθερη και χωρίς καταναγκασμό λήψη αποφάσεων για την υγεία του, μετά από κατάλληλη ενημέρωση (Thompson et al, 1994).

Η αυτονομία του ασθενούς και το δικαίωμα του ατόμου στη σωματική ακεραιότητα θεωρούνται πρωταρχικής σημασίας στο πλαίσιο της ιατρικής λήψης αποφάσεων. Αυτό συμβαίνει, επειδή η αυτονομία είναι ένα απαραίτητο συστατικό της ατομικής ευημερίας. Ο σεβασμός των μέγιστων αυτόνομων επιλογών παρέχει σεβασμό στις προτιμήσεις και τις αξίες του ατόμου (Mill, 2008) επιτρέποντας έτσι στα άτομα να συνεχίσουν την αντίληψή τους για την καλή ζωή (Callahan, 1992). Η ικανότητα να ελέγχει κανείς το σώμα του είναι ζωτικής σημασίας προϋπόθεση για την ελευθερία δράσης, χωρίς την οποία τα άτομα στερούνται τη δυνατότητα να κάνουν ελεύθερες επιλογές. Επιτρέποντας στα άτομα την ελευθερία να καθορίσουν τι συμβαίνει στο σώμα τους, μπορούν να λάβουν μια αυτόνομη απόφαση, η οποία διευκολύνει τη διακριτικότητα του εαυτού τους, επιτρέπει να αναλάβουν την ευθύνη για τις αποφάσεις τους και διατηρεί την αυτοπραγμάτωση τους (Madder, 1997). Για αυτούς τους λόγους θα πρέπει να είναι σεβαστές οι επιλογές των γυναικών κατά τον τοκετό. Ο νόμος που διέπει τις ιατρικές διαδικασίες υποστηρίζει σθεναρά τη λήψη ατομικών αποφάσεων κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

Η έννοια της αυτονομίας, συνδέεται στενά με το σεβασμό του προσώπου, την ενήμερη συναίνεση και τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα (O'Neill, 2002). Ενήμερη συναίνεση είναι η διαδικασία εκείνη, κατά την οποία ένας πλήρως ενημερωμένος ασθενής μπορεί να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων, που αφορούν στη φροντίδα της υγείας του και στη συνέχιση της πορείας της ζωής του. Η ενήμερη συναίνεση πηγάζει από το νομικό και ηθικό δίκαιο, σύμφωνα με το οποίο ο ασθενής έχει το δικαίωμα να κατευθύνει οτιδήποτε συμβαίνει στο σώμα του και από το ηθικό καθήκον του ιατρού να βοηθήσει τον ασθενή να πάρει μέρος στη φροντίδα της υγείας του (Edwards, 1998).

Η έννοια της αυτονομίας συνδέεται άρρηκτα με την ηθική φιλοσοφία του Καντ και την έννοια του προσώπου. Ο Καντ αναφέρεται στην αυτονομία της θέλησης λέγοντας: «Αυτονομία της θέλησης είναι ιδιότητα της θέλησης να είναι η ίδια νόμος για τον εαυτό της». Δηλώνοντας τη θετική ικανότητα της βούλησής μας, ελεύθερα και αυτόνομα να θέτει σκοπούς, οι οποίοι υπόκεινται σε αρχές που η ίδια θεσπίζει και είναι τέτοιες ώστε να μπορούν να ισχύουν από τη σκοπιά όλων. Προϋπόθεση της αυτονομίας, κατά τον Kant, είναι η ελευθερία. Η έλλειψή της υποσκάπτει την ηθικότητα και οδηγεί στην ετερονομία. Ως προϊόν ελευθερίας, ο ηθικός νόμος «εξαναγκάζει» τη θέληση να επεκτείνει τον

υποκειμενικό γνώμονα, έτσι ώστε αυτός να αποκτήσει καθολικό κύρος (Καντ, 2017, ΘΜΗ σελ 97).

Επίσης, ο Καντ αναφέρεται στην έννοια του προσώπου, το οποίο διαχωρίζει από τα πράγματα, λέγοντας ότι, τα έλλογα όντα αποκαλούνται πρόσωπα, επειδή η ίδια τους η φύση τα διακρίνει ως σκοπούς καθ' εαυτούς, δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούνται ως απλό μέσον και αποτελούν αντικείμενο σεβασμού. Έτσι ο άνθρωπος, ως πρόσωπο, πρέπει να αντιμετωπίζεται πάντα ως σκοπός και ποτέ ως μέσο, σε όλες του τις πράξεις και σε αυτές που αναφέρονται στον εαυτό του, αλλά και σε άλλα έλλογα όντα (Καντ, 2017, ΘΜΗ σελ 75). Σύμφωνα με τον Καντ: «Η έλλογη φύση υπάρχει ως αυτοσκοπός». Η αρχή αυτή είναι μία αντικειμενική αρχή από την οποία μπορεί να συνάγονται όλοι οι νόμοι της Βουλήσεως (Καντ, 2017, ΘΜΗ σελ 76).

Επίσης σύμφωνα με τον John Stuart Mill, όπως αναφέρθηκε, τα πρόσωπα πρέπει να αφήνονται ανεμπόδιστα να λαμβάνουν τις δικές τους αποφάσεις, καθώς η ανάπτυξη της ατομικότητάς τους συμβάλλει στην ευτυχία και την ευημερία τους (Mill, 2002). Επίσης σύμφωνα με την κ.Τσινόρεμα, το πρόσωπο, δηλώνει εκείνο το ον, το οποίο έχει ηθική υπόσταση, εξαιτίας της οποίας είναι φορέας υποχρεώσεων και δικαιωμάτων, έχει ηθική αξία και είναι άξιο σεβασμού. Το πρόσωπο έχει αίσθηση του εαυτού του, είναι φορέας αξιών και αρχών, προβαίνει σε επιλογές για τις οποίες μπορεί να λογοδοτεί. Η έννοια του προσώπου επίσης, είναι συνυφασμένη με την έννοια της προσωπικότητας, η οποία αποτελεί τα ιδιαίτερα πνευματικά και ψυχικά χαρακτηριστικά του ατόμου και διαμορφώνει τον ιδιαίτερο και μοναδικό χαρακτήρα του. Από ηθική άποψη κάθε πρόσωπο ή αλλιώς πράτων υποκείμενο, έχει προσωπικότητα της οποίας η ελεύθερη ανάπτυξη πρέπει να προστατεύεται (Τσινόρεμα, 2016).

Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας, σύμφωνα με τον Καντ, απαιτεί να αναζητούνται και να γίνονται σεβαστές οι απόψεις όσων είναι ικανοί να θέτουν και να πραγματοποιούν σκοπούς και να συζητούν για τους δικούς τους προσωπικούς στόχους. Στη διαδικασία της καισαρικής τομής, εμπλέκονται το έμβρυο, η μητέρα και ο γιατρός. Καθώς το έμβρυο δεν διαθέτει τέτοιες ικανότητες, δεν τίθεται το ζήτημα της αυτονομίας του εμβρύου. Η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας φαίνεται ότι δίνει προτεραιότητα στις επιθυμίες της εγκύου, ωστόσο, η έγκυος, ως έλλογο ον, ως πρόσωπο, το οποίο είναι ικανό ελεύθερα να θέτει και να πραγματοποιεί σκοπούς, σύμφωνα με τον Καντ και να λογοδοτεί για τις πράξεις του, σύμφωνα με την κ. Τσινόρεμα, θα πρέπει να είναι απόλυτα ενημερωμένη για τη διαδικασία της καισαρικής τομής και τους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους που αυτή ενέχει για την ίδια και το νεογνό, έτσι ώστε να μπορέσει να πράξει ορθολογικά και να

πάρει ελεύθερα, μία συνειδητή απόφαση, την οποία θα μπορεί να αιτιολογήσει. Ο γιατρός οφείλει, ως λογικό, ηθικό, πρώτων υποκείμενο, να παρέχει πλήρη ενημέρωση στην έγκυο για τη διαδικασία της καισαρικής τομής και τους κινδύνους που αυτή ενέχει για την ίδια και το νεογνό, προκειμένου να τη βοηθήσει να ικανοποιήσει τους προσωπικούς της στόχους και να πάρει ελεύθερα, μία έλλογη απόφαση τόσο για την ίδια, όσο και για το νεογνό.

Είναι φανερό, πως υπάρχει μια σαφής αίσθηση κατά την οποία, η επέκταση της εθελοντικής πρόσβασης των γυναικών σε καισαρικές τομές αυξάνει την αυτονομία τους, διότι δίνει σε αυτές περισσότερες επιλογές. Σύμφωνα με τους Minkoff, Chervenak (2003) και Schwartz (2004), οι οποίοι αρχικά αναφέρουν πως, αν υποθέσουμε, ότι η ενσωμάτωση του CDMR στη μαιευτική πρακτική θα ενίσχυε την αυτονομία των ασθενών, στη συνέχεια ωστόσο, θέτουν το ερώτημα, αν αυτό το πλεονέκτημα αντισταθμίζεται από τη βλάβη της περιττής χειρουργικής επέμβασης. Παρόμοια άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αυτονομία αποτελείται από κάτι περισσότερο από επιλογή, και ότι σε κοινωνικό πλαίσιο, η διάθεση του CDMR ρουτίνας μπορεί πράγματι να εμποδίσει την αυτονομία των γυναικών (Bergeron 2007, Kukla et al. 2009).

Η αρχή της αυτονομίας είναι επομένως, μια δικαιολογία που συνήθως παρέχεται για την υποστήριξη του CDMR. Η αυτονομία του ασθενή και στην προκειμένη περίπτωση της εγκύου, αποτελεί τον πιο επιτακτικό ηθικό κανόνα. Ωστόσο, το επιχείρημα αυτό ισχύει μόνο εάν μια γυναίκα κατανοεί τα οφέλη και τους κινδύνους της συγκεκριμένης διαδικασίας, έτσι ώστε να είναι σε θέση, να λάβει ελεύθερα μία συνειδητή απόφαση κατόπιν ενημέρωσης. Για να είναι ενήμερη η συναίνεση, είναι απαραίτητο το άτομο που λαμβάνει την απόφαση να έχει κατανοήσει τα πάντα σχετικά με τη διαδικασία και να είναι διανοητικά και νομικά ικανό (Andanda, 2005).

Όταν μία γυναίκα επιλέγει να επιλέξει καισαρική τομή, θα πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα για τους γιατρούς, να είναι σαφείς οι λόγοι μιας τέτοιας επιλογής. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι επίτοκες επιλέγουν την καισαρική τομή, επειδή φοβούνται τον πόνο που μπορεί να είχαν βιώσει σε προηγούμενο κολπικό τοκετό ή επειδή μπορεί να θεωρούν την καισαρική τομή ανώτερη από τον κολπικό τοκετό και πιο ασφαλή για το νεογνό, καθώς κύριο μέλημά τους είναι η γέννηση ενός υγιούς παιδιού ή μπορεί ακόμα να αποτελεί προτροπή του προσωπικού γιατρού της εγκύου (Muula 2007). Η έκκληση για αυτονομία, ως βάση για το CDMR, απαιτεί η επιλογή της γυναίκας να είναι απαλλαγμένη από τις παραπάνω επιρροές. Αρκετοί επίσης, ερευνητές έχουν επισημάνει ως παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ελεύθερη επιλογή μιας γυναίκας, την ευκολία και άλλων συμφερόντων των γιατρών ή την επικράτηση της άποψης ότι ο κολπικός τοκετός αποτελεί

μία ξεπερασμένη πρακτική, η οποία πλέον, δεν ακολουθεί τις επιταγές της μόδας. Επομένως τίθεται το ερώτημα αν οι επιλογές που κάνει οι έγκυος, όσον αφορά τον τοκετό, είναι πραγματικά αυτόνομες και απαλλαγμένες από κάθε είδους επιρροές. Μία ηθική ανάλυση του CDMR, η οποία τοποθετεί την αυτονομία της εγκύου σε κεντρικό σημείο, πρέπει να εξετάσει προσεκτικά την αλλοτρίωση του τοκετού, από τους επαγγελματίες υγείας. Ο τοκετός δεν ανήκει πλέον στις γυναίκες, η αυτόνομη επιλογή τους περιορίζεται από εκείνους που διαχειρίζονται τον τοκετό, οι οποίοι δεν είναι άλλοι από τους γιατρούς. Οι γυναίκες καλούνται να έχουν απεριόριστη αυτονομία, εντός ενός περιορισμένου φάσματος επιλογών που τους παρέχουν οι γιατροί. Ο τοκετός από φυσιολογικό γεγονός που αφορούσε τις γυναίκες, έχει μετατραπεί σε παθολογική κατάσταση που διαχειρίζονται αποκλειστικά οι επαγγελματίες υγείας (συνήθως άνδρες χειρουργοί), με αποτέλεσμα να περιορίζεται η αυτονομία των γυναικών (Bergeron, 2007).

Η εγκυμοσύνη μετατρέπεται σε ασθένεια, για την οποία ο τοκετός είναι η θεραπεία, ενώ και οι δύο (εγκυμοσύνη και τοκετός) γίνονται ιδιοκτησία των γιατρών, οι οποίοι είναι «εμπειρογνώμονες» στον τομέα της υγείας. Η επιτυχία στον τοκετό αξιολογείται με βάση τα μετρήσιμα αποτελέσματα, ενώ οι γυναίκες αντιλαμβάνονται τον τοκετό, ως κάτι που συμβαίνει έξω από το σώμα τους και όχι μέσα σε αυτό, με αποτέλεσμα αφενός, να θεωρούνται θύματα των παιδιών τους και αφετέρου, ο τοκετός, μια από τις θεμελιώδεις εμπειρίες της ανθρωπότητας, να θεωρείται ευθύνη από την οποία, οι γυναίκες θέλουν να απελευθερωθούν. Η καισαρική τομή, δίνει αυτονομία σε γυναίκες που έχουν αποδεχτεί τον τοκετό ως ασθένεια και επιβεβαιώνει την πεποίθηση του ιατρικού ιδρύματος ότι είναι απαραίτητο να σώσουμε τις γυναίκες από τους εαυτούς τους (Bergeron, 2007). Κατά τη διαδικασία της καισαρικής τομής, η γυναίκα περιθωριοποιείται, αντικειμενοποιείται, απομακρύνεται από το έμβρυο και αποτελεί παρατηρητή της δικής της εγκυμοσύνης, μη έχοντας κανένα λόγο σε αυτήν, με αποτέλεσμα να μειώνεται η αυτονομία της και όχι να ενισχύεται, όπως αρκετοί υποστηρίζουν.

Οι ηθικές κατευθυντήριες γραμμές και οι παραδοχές που γεννήθηκαν από το ιατρικό επάγγελμα, με τη θεσμική τους προκατάληψη, προς μια αρσενική κατανόηση του ανθρώπινου σώματος και τη διαδικασία του τοκετού, πρέπει να αντισταθμίζονται στην ηθική ανάλυση της καισαρικής τομής μετά από αίτημα της μητέρας, έτσι ώστε να μην υποβιβάζεται η εμπειρία και η ικανότητα των γυναικών να γεννούν φυσιολογικά (Muuss, 1998).

Σήμερα, οι γυναίκες συνεχίζουν να πέφτουν θύματα πρακτικών που η αποτελεσματικότητά τους έχει από καιρό διαψευστεί, όπως για παράδειγμα η συνεχής παρακολούθηση του

εμβρύου σε εγκυμοσύνες χαμηλού κινδύνου ή η καισαρική τομή χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αυξάνονται συνεχώς οι τοκετοί με καισαρική τομή, λόγω του ότι οι γιατροί ακολουθούν «αμυντική ιατρική», προκειμένου να κάνουν τη διαδικασία γέννησης όσο το δυνατόν πιο προβλέψιμη.

Τον Νοέμβριο του 2003 η Επιτροπή Δεοντολογίας του American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), δημοσίευσε ένα άρθρο σχετικά με την ηθική λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την επιλογή του ασθενούς να προβεί σε χειρουργική επέμβαση. Ενώ η εστίασή τους δεν περιορίστηκε στην καισαρική τομή, το CDMR χρησιμοποιήθηκε ως παράδειγμα στη διαδικασία ηθικής λήψης αποφάσεων, στην επιλογή χειρουργικής επέμβασης του ασθενούς. Το ACOG, υποστηρίζει το CDMR, όταν η επιλογή της εγκύου προκύπτει κατόπιν ενημέρωσης, με βάση την αρχή της αυτονομίας και της ενήμερης συναίνεσης του ασθενή (ACOG 2003). Η Επιτροπή Δεοντολογίας του ACOG, ωστόσο, επικεντρώνεται στην αρχή της αυτονομίας της εγκύου, ως οδηγό στη διαδικασία της ηθικής λήψης αποφάσεων σχετικά με το CDMR, υποβιβάζοντας την αρχή της ευεργεσίας και την αρχή της δικαιοσύνης, με τη δικαιολογία της έλλειψης αξιόπιστων στοιχείων σχετικά με το κόστος, τους κινδύνους και τα οφέλη χειρουργικής επέμβασης σε υγιείς γυναίκες.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Δεοντολογίας του ACOG, εάν ο γιατρός πιστεύει ότι καισαρική τομή προωθεί τη συνολική υγεία και ευημερία της γυναίκας είναι δεοντολογικά δικαιολογημένη. Ομοίως, εάν ο γιατρός πιστεύει ότι η καισαρική τομή θα ήταν επιζήμια στην υγεία και την ευημερία της γυναίκας και του εμβρύου, είναι ηθικά υποχρεωμένος να αποφύγει την εκτέλεση της χειρουργικής επέμβασης (ACOG, 2019). Ωστόσο το ηθικό πρόβλημα που παρουσιάζεται εδώ είναι η υποστήριξη της άποψης ότι: «ένας γιατρός πρέπει να εκτελέσει το αίτημα της εγκύου για καισαρική τομή, εάν πιστεύει ότι αυτό είναι το σωστό», δίνοντας προτεραιότητα στην πεποίθηση του γιατρού για το τι είναι καλό για έναν ασθενή και τι όχι, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τις αρχές της ηθικής, διότι γίνεται φανερό πως ο γιατρός είναι εκείνος ο οποίος θα αποφασίσει για την έκβαση του τοκετού και όχι η ίδια η έγκυος (Bergeron, 2007).

Τα ηθικά ζητήματα της θέσης του ACOG, δεν είναι το ότι υποστηρίζει την αυτονομία της μητέρας, αποκλείοντας άλλες ηθικές αρχές, αλλά το ότι μάλλον υπονομεύει την αυτονομία των γυναικών και την αναπαραγωγική τους ελευθερία, όταν επιτρέπει την εφαρμογή μίας περιττής χειρουργικής επέμβασης, η οποία υποτάσσει τις γυναίκες στα σεξιστικά κίνητρα, πολλών παρεμβάσεων στον τοκετό. Η επιλογή μιας άσκοπης χειρουργικής επέμβασης είναι μία ψευδαίσθηση που καλύπτεται από τη δικαιολογία της ενήμερης συναίνεσης. Οι γυναίκες μπορούν να είναι ελεύθερες από τον φόβο, τον πόνο, την αβεβαιότητα μέσω του CDMR,

ωστόσο, για την άσκηση της ελευθερίας ουσιαστικά οι γυναίκες χρειάζονται πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων και όσων δεν γνωρίζουν, επομένως αν δεν κατανοήσουν οι πάροχοι περίθαλψης και οι ασθενείς τους, αυτά τα υποκείμενα εμπόδια, η συναίνεση κατόπιν ενημέρωσης και η αυτονομία δεν μπορεί να ασκηθεί ουσιαστικά (Bergeron, 2007).

Η έμφαση που δίνεται στην αυτονομία των ασθενών και η ενημερωμένη συγκατάθεση του ACOG συνάδει με τα ιδανικά του πολιτικού φιλελευθερισμού, όπου όλα τα άτομα είναι εξίσου προικισμένα με φυσικά δικαιώματα και ελευθερίες. Η ισότητα των δικαιωμάτων συνεπάγεται την ισότητα των κοινωνικών σχέσεων, καθώς κάθε άτομο είναι ελεύθερο να ακολουθήσει τους δικούς του στόχους, χωρίς αδικαιολόγητη παρέμβαση του κράτους ή άλλων ατόμων. Ο ρόλος του κράτους είναι να προστατεύει τις ατομικές ελευθερίες, και τις κοινωνικές σχέσεις. Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτονομία και ο σεβασμός των άλλων αποτελεί «ηθικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας».

Η υπεράσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δίνει παρηγοριά σε εκείνους των οποίων καθημερινά οι ζωές πλήττονται από ανισότητες, ακόμη και στις λεγόμενες φιλελεύθερες κοινωνίες μας. Σε μια άνιση κοινωνία, η υπεροχή της ατομικής επιλογής δίνεται σε εκείνους που ήδη κατέχουν δύναμη, δίνοντάς τους τη μοναδικά πραγματική επιλογή. Τα θύματα της καταπίεσης και των μειονοτήτων παίρνουν τις επιλογές που απομένουν και ενισχύουν τις υπάρχουσες δομές. Η εφαρμογή της ενημερωμένης συγκατάθεσης και του CDMR, από τις γυναίκες που προτιμούν την καισαρική τομή σε σχέση με τον κοιλιακό τοκετό, περιορίζεται από το κυρίαρχο ήθος της γέννησης που επιβάλλεται από τα πρότυπα της ιατρικής κοινωνίας, όπου ο τοκετός εναρμονίζεται με την καπιταλιστική κοινωνία και τις επιταγές της μόδας.

Ως μέρος της ενημερωμένης συγκατάθεσης, οι γυναίκες πρέπει γνωρίζουν ότι το συμφέρον τους δεν είναι να έχουν πολλές επιλογές γέννησης, οι οποίες περιορίζονται σε μία επιλογή που επιβάλλεται από εκείνους που έχουν τη δύναμη, σε συγκεκριμένη ώρα και μέρα. Ωστόσο, τίθεται το ερώτημα, αν η ισότητα των φύλων, επιτυγχάνεται όταν τα παιδιά απομακρύνονται χειρουργικά από τη μήτρα της μητέρας τους σε μια ημερομηνία κατάλληλη για την ίδια ή για τον εργοδότη της μητέρας. Η απάντηση στο ερώτημα είναι όχι, διότι ισότητα των φύλων έχουμε όταν δεν περιμένουμε από τις μητέρες να λειτουργούν με τους ίδιους προβλέψιμους όρους, ως άνδρες, αλλά αντιλαμβάνονται την αναπαραγωγή ως θεμελιώδη εμπειρία της ανθρωπότητας για την οποία είμαστε όλοι υπεύθυνοι (Rebick, 1993).

Ενώ στη ρίζα της ηθικής ανάλυσης του CDMR, βρίσκεται η αυτονομία και η ενημερωμένη επιλογή, το Αμερικανικό Κολλέγιο Μαιευτήρων και Γυναικολόγων, παρουσιάζει μία

επιφανειακή κατανόηση του τοκετού που δεν δίνει σημασία στο σεξιστικό παρελθόν του και στις μελλοντικές του συνέπειες. Θα πρέπει να στραφούμε προς την απο-ιατροποίηση των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος και όχι προς την αυξημένη εξάρτηση από τη δαπανηρή χειρουργική τεχνολογία. Το CDMR αφορά το σώμα της γυναίκας, τη σωματική της αυτονομία και ακεραιότητα.

Ωστόσο, ένα άλλο ηθικό ζήτημα το οποίο τίθεται, είναι το κατά πόσο είναι ηθικό να επιτρέπεται σε ορισμένες γυναίκες να έχουν επιλογές και σε άλλες όχι. Όπως είδαμε παραπάνω, το CDMR δεν πρέπει να προσφέρεται συστηματικά, αλλά οι γιατροί είναι εκείνοι, οι οποίοι πρέπει να προβαίνουν σ' αυτό, όταν είναι σίγουροι ότι μια γυναίκα λαμβάνει ενημερωμένη απόφαση και ο κοιλιακός τοκετός είναι απαράδεκτος για αυτήν. Η διαθεσιμότητα του CDMR εξαρτάται, συνεπώς, από την επιθυμία μεμονωμένων γιατρών να εκτελέσουν τη διαδικασία. Ωστόσο το δικαίωμα του γιατρού να αρνηθεί να κάνει CDMR αντιβαίνει ουσιαστικά με τη δυνατότητα των γυναικών να έχουν επιλογές. Διότι επιλογές έχουν μόνο οι γυναίκες εκείνες που μπορούν να πείσουν τον γιατρό, για το ότι θα πρέπει να τους επιτραπεί το CDMR και τότε θα έχουν τη δυνατότητα να κάνουν μια γνήσια επιλογή σχετικά με τον τοκετό. Οι προσωπικές απόψεις των γιατρών σχετικά με το CDMR θα επηρεάσουν την ελεύθερη επιλογή των ασθενών, διότι αυτοί θα αποφασίσουν για το αν θα γίνει τελικά δεκτό το αίτημα της εγκύου ή όχι.

Συνοψίζοντας, οι γυναίκες έχουν, και πρέπει να έχουν, το δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τον τοκετό. Ωστόσο, οι έγκυες γυναίκες δεν μπορούν να κάνουν πραγματικά αυτόνομες επιλογές σχετικά με τον τοκετό (Burcher et.all., 2013). Η αυτόνομη επιλογή ασκείται όταν οι ασθενείς επιλέγουν ελεύθερα και σκόπιμα μια ιατρική διαδικασία, έναντι μιας άλλης, αφού έχουν πραγματικά κατανοήσει την προτεινόμενη ιατρική θεραπεία (Wolf et. all., 2018). Για να πάρουν μια ουσιαστικά αυτόνομη απόφαση σχετικά με το CDMR, οι γυναίκες πρέπει να κατανοήσουν ότι αναλαμβάνουν δυνητικά κινδύνους που διαφορετικά δεν θα υπήρχαν (Burcher, 2013). Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει να λάβουν την κατάλληλη συμβουλευτική σχετικά με τις επιλογές τοκετού. Ωστόσο, εδώ τίθενται, δύο επιπλέον θέματα, πρώτον, κατά πόσο είναι επαρκής η παροχή συμβουλών στις έγκυες και επιπλέον κατά πόσο είναι επαρκής η κατανόηση τους από τις ίδιες. Ωστόσο, αυτό στην ουσία δεν είναι εφικτό, διότι συνήθως δεν υπάρχει χρόνος για να συζητηθούν λεπτομερώς όλες οι επιλογές, αλλά και ακόμα όταν υπάρχει χρόνος, οι γυναίκες δεν είναι «αρκετά υπομονετικές» για ενδελεχείς συζητήσεις κινδύνου, οι οποίες είναι απαραίτητες προκειμένου να πάρουν μία ενημερωμένη απόφαση (Wagner, 2000). Δεύτερον, συνήθως οι γυναίκες, ακόμη και με την κατάλληλη συμβουλή, δεν μπορούν να

ασκήσουν πλήρως την αυτονομία τους, επειδή ο φόβος που αισθάνονται για τον τοκετό παρεμβαίνει στη λήψη αποφάσεων (Burcher, 2013).

10.1.2. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΓΑΘΟΕΡΓΙΑΣ (ΩΦΕΛΕΕΙΝ) ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΒΛΑΒΗΣ (ΜΗ ΒΛΑΠΤΕΙΝ)

Σύμφωνα με την αρχή της αγαθοεργίας/ευεργεσίας (principle of beneficence), κάθε άνθρωπος έχει ηθική υποχρέωση να παρέχει τη βοήθειά του στον πλησίον του με σκοπό την επίτευξη των σημαντικών και νόμιμων συμφερόντων του (Beauchamp and Childress, 2001), χωρίς να θέτει σε κίνδυνο τη δική του ασφάλεια και ζωή. Στο χώρο της υγείας η αρχή της αγαθοεργίας σημαίνει το ηθικό καθήκον του ιατρού να προσφέρει τη βοήθειά του με σκοπό το όφελος του ασθενούς και την πρόληψη ή αποφυγή της βλάβης της υγείας του ή και της ζωής του.

Η αρχή της μη πρόκλησης βλάβης («μη βλάπτειν») (principle of nonmaleficence), συνίσταται στην υποχρέωση της αποφυγής της εκούσιας πρόκλησης βλάβης, είτε στο πλαίσιο ιατρικής συνδρομής προς τον ασθενή, είτε με τη μορφή παράλειψης. Ωστόσο, μπορεί επίσης να σχετίζεται με άλλες διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και ευημερίας, όπως με μια ιδιότητα ή ένα δικαίωμα που με άδικο τρόπο δεν αποδίδεται στον κάτοχό του ή αφαιρείται από αυτόν (Shannon, 1993). Η αρχή του «μη βλάπτειν» έχει τις ρίζες της στα Ιπποκρατικά κείμενα, «ωφελείν ή μη βλάπτειν» (Επιδημιών το Πρώτον, Π 11) και θεωρείται ως μια από τις πιο παραδοσιακές αρχές της ιατρικής ηθικής (Λυπουρλής, 2000). Η αρχή της αγαθοεργίας/ευεργεσίας, όπως και η αρχή του μη βλάπτειν, κρίνεται πολύ σημαντική για την άσκηση της ιατρικής κατά την πρόωμη φάση της ιατρικής ηθικής (Faden and Beauchamp, 1986).

Σύμφωνα με την αρχή της ευεργεσίας, οι αντιρρήσεις σχετικά το CDMR, αφορούν στην ανησυχία για τους πρόσθετους κινδύνους που σχετίζονται με την καισαρική τομή, τόσο για τη μητέρα, όσο και για το παιδί. Το CDMR, συνεπάγεται επίσης με πρόσθετους και εγγενείς κινδύνους που σχετίζονται με τη χειρουργική επέμβαση (Plante,2006). Το CDMR επιτρέπει στις έγκυες γυναίκες να εκτεθούν σε πιθανές πρόσθετες βλάβες, και είναι προς όφελός τους να απέχουν από αυτές τις περιττές καισαρικές τομές που δημιουργούν πρόσθετους κινδύνους, για την υγεία της ίδιας και του νεογνού (Burcher et. All., 2013). Δεδομένου ότι πρώτον, οι γυναίκες, όπως αναφέρθηκε, δεν μπορούν να κάνουν μέγιστες αυτόνομες επιλογές σχετικά με το CDMR και δεύτερον, οι γυναίκες (ακόμη και αν είναι σε θέση να κάνουν αυτόνομη επιλογή) δεν θα πρέπει να αναγκάζονται να επιλέξουν να αναλάβουν πρόσθετους περιττούς κινδύνους κατά τον τοκετό, διότι το CDMR ενέχει αδικαιολόγητους πρόσθετους κινδύνους. Ωστόσο, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι, όταν οι

γυναίκες αναγκάζονται να επιλέξουν τη μία μέθοδο τοκετού, έναντι της άλλης, αντιμετωπίζονται ως απλό μέσο (Purdy, 1976). Ακριβώς, όπως δεν είναι σωστό, να αναγκαστούν οι γυναίκες να υποβληθούν σε ανεπιθύμητη καισαρική τομή (Drafer, 1996), δεν είναι επίσης σωστό να αποτρέπονται οι γυναίκες να έχουν επιλογές και μεταξύ αυτών το CDMR.

Σύμφωνα με την αρχή του «μη βλάπτειν», τα επιχειρήματα κατά του CDMR, βασίζονται στο ότι αποτελεί μία περιττή χειρουργική επέμβαση που, ελλείπει κλινικής ανάγκης, προκαλεί περιττή βλάβη στην έγκυο. Το CDMR είναι, επομένως, μια περιττή, «αφύσικη» παρέμβαση σε μια φυσική διαδικασία. Αν συγκρίνουμε το CDMR, με το αίτημα ενός ασθενή για χορήγηση αντιβιοτικών σε μία ιογενή λοίμωξη, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι, όπως ο αρμόδιος γιατρός αρνείται να χορηγήσει αντιβιοτικά, όταν δεν είναι αποτελεσματικά για την ασθένεια, για τον ίδιο λόγο και οι γιατροί θα μπορούσαν να αρνηθούν το CDMR, εφόσον δεν θεραπεύει καμία πάθηση (Wagner, 2000). Ωστόσο υπάρχουν πολλά παραδείγματα όπου θεωρείται ιατρικά συμβατό να χρησιμοποιηθούν χειρουργικές επεμβάσεις ελλείψει παθολογίας. Παράδειγμα αποτελούν οι χειρουργικές επεμβάσεις στο στομάχι, οι οποίες επιχειρούν να επιτύχουν την απώλεια βάρους, κάτι το οποίο θα μπορούσε να επιτευχθεί φυσικά. Επιπλέον, η ιατρική, μπορεί να παρέχει ανακούφιση στην εγκυμοσύνη (επισκληρείδιος) και οι γυναίκες έχουν το δικαίωμα να χρησιμοποιήσουν αυτή τη δυνατότητα.

Ωστόσο, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε ότι CDMR αναλαμβάνει ορισμένους κινδύνους διαφορετικούς στη φύση, από αυτούς του κοιλιακού τοκετού. Η επέμβαση προκαλεί βλάβη στο σώμα της γυναίκας που διαφορετικά δεν θα μπορούσε να συμβεί. Αυτό ισχύει για όλες τις χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά το επιχείρημα είναι ότι ελλείπει ιατρικής ανάγκης, γίνεται ενεργά επιβλαβές, διότι μπορεί να αποφευχθεί (Bewley, 2002). Δεν υπάρχει εγγύηση ότι το αποτέλεσμα του κοιλιακού τοκετού δεν μπορεί να είναι επιβλαβές (για τη σωματική και ψυχική ευημερία της μητέρας), ωστόσο, η αρχή του «μη βλάπτειν» δικαιολογεί την καισαρική τομή μόνο όταν υπάρχει σημαντικός κίνδυνος ο κοιλιακός τοκετός να προκαλέσει μεγαλύτερη βλάβη.

Επίσης, σύμφωνα με τον Καντ στη δεύτερη διατύπωση της κατηγορικής προσταγής, ο οποίος αναφέρει: «Πράττε έτσι ώστε να χρησιμοποιείς την ανθρωπότητα (ανθρώπινη φύση), τόσο στο πρόσωπο σου, όσο και στο πρόσωπο κάθε άλλου ανθρώπου, πάντοτε ως σκοπό και ουδέποτε ως μέσον» (ΘΜΗ σελ 76), δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιούμε τους άλλους ανθρώπους ως μέσο και στην προκειμένη περίπτωση, οι γιατροί, δεν πρέπει να χρησιμοποιούν την έγκυο ως μέσο για να εξυπηρετήσουν, τα δικά τους κίνητρα,

προκαλώντας της βλάβη, υποβάλλοντας την σε μία περιττή χειρουργική επέμβαση, αλλά θα πρέπει να της φέρονται καλά, να τη βοηθούν να πραγματοποιήσει τους δικούς της σκοπούς, διότι έχει μοναδική αντικειμενική αξία, δηλαδή αξιοπρέπεια.

Η αποφυγή των εγγενών κινδύνων καθιστά μια εκ πρώτης όψεως περίπτωση κατά της καισαρικής τομής, χωρίς ιατρική ένδειξη. Ωστόσο, καθώς ο κοιλικός τοκετός μπορεί να έχει ακούσιες συνέπειες, υπάρχει ανάγκη εξισορρόπησης των κινδύνων, αλλά και του οφέλους και των δύο μεθόδων τοκετού (Nilstun et al., BMC2008).

10.1.3. ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Η αρχή της δικαιοσύνης (principle of justice), αφορά κυρίως στην κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών προς τους ανθρώπους. Σύμφωνα με τον Rawls, η «έννοια της δικαιοσύνης ορίζεται από το ρόλο των αρχών της, στην απονομή δικαιωμάτων και υποχρεώσεων και στον προσδιορισμό του προσήκοντος καταμερισμού των κοινωνικών πλεονεκτημάτων» (Rawls, 2010). Η αρχή της δικαιοσύνης επιβάλλει, πρώτον, την ίση περιθάλψη όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως φύλου, φυλής, εθνικότητας και κοινωνικής τάξης, και, δεύτερον, τη δίκαιη κατανομή των διαθέσιμων πόρων (διανεμητική δικαιοσύνη). Όταν οι πόροι είναι πεπερασμένοι, πρέπει να αξιοποιούνται για τη θεραπεία των ασθενών εκείνων που έχουν τη μεγαλύτερη πιθανότητα να ωφεληθούν από τη χρήση τους (Nilstun et al., BMC, 2008).

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι υπάρχει διαφορά μεταξύ του να αναγνωρίσουμε, ότι το CDMR είναι επιτρεπτό και επομένως πρέπει να είναι διαθέσιμο, και του ισχυρισμού ότι πρέπει να είναι τακτικά διαθέσιμο. Συχνά υποστηρίζεται ότι ακόμη και αν είναι ηθικά επιτρεπτό το CDMR, σύμφωνα με την αρχή της δικαιοσύνης δεν πρέπει να χρηματοδοτείται από το δημόσιο. Με βάση την ίση πρόσβαση των γυναικών στη φροντίδα, δε μπορεί να δικαιολογηθεί το CDMR, ως εναλλακτική λύση του παραδοσιακού κοιλικού τοκετού (Yamamoto, 2011).

Οι Wax et. all., (2004), υποστηρίζουν ότι, όταν ένας ασθενής επιλέγει μια πιο ακριβή θεραπεία, όπως είναι η καισαρική τομή, έναντι μιας άλλης, χωρίς να υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις, ο ασθενής θα πρέπει να είναι υπεύθυνος για το πρόσθετο κόστος της επιλογής του, έτσι ώστε να μην επιβαρύνονται τα συστήματα υγείας. Αυτές οι ανησυχίες για το κόστος της καισαρικής τομής, ωστόσο, δεν είναι λόγος για την απαγόρευση του CDMR, αλλά θα πρέπει οι γυναίκες που επιλέγουν το CDMR, να είναι υπεύθυνες για το επιπλέον κόστος της χειρουργικής επέμβασης, έτσι ώστε η επιλογή τους αυτή να μην είναι εις βάρος των άλλων γυναικών. Το πρόσθετο κόστος που σχετίζεται με την καισαρική προέρχεται από τους

πρόσθετους πόρους που απαιτούνται για τον προεγχειρητικό έλεγχο, τη διαδικασία (συμπεριλαμβανομένων αναισθητικών, αντιβιοτικών, εξοπλισμού, κ.λπ.) και των μετεγχειρητικών νοσηλείων, που συνήθως εκτιμάται ότι είναι διπλάσιοι, από τον κοιλιακό τοκετό (MacKenzie,1999). Όσον αφορά τώρα, τη χρηματοδότηση ή μη χρηματοδότηση του CDMR, αυτό εξαρτάται από τον αριθμό των γυναικών που επιλέγουν να προβούν σε αυτό. Το κόστος είναι περιορισμένο εάν μόνο ένα μικρό ποσοστό γυναικών αναζητούν CDMR (Birthrights, 2018), το πρόβλημα, ωστόσο, έγκειται στο ότι όλο και περισσότερες γυναίκες επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή και τα ποσοστά των καισαρικών τομών δυστυχώς είναι εξαιρετικά υψηλά.

Σύμφωνα επίσης με την αρχή της δικαιοσύνης, θα πρέπει να εξετάσουμε τη δυνατότητα πρόσβασης των γυναικών σε αυτό. Η επιλογή στον τοκετό σημαίνει ότι δεν πρέπει κάποιες γυναίκες μόνο, να μπορούν να έχουν επιλογές στον τοκετό και κάποιες άλλες όχι. Ο περιορισμός του CDMR μόνο σε ασθενείς με ιδιωτική ασφάλιση, θα επιδεινώσει την πρόσβαση των γυναικών στο CDMR, έναντι κάποιων άλλων. Επίσης, η αγνόηση των επιλογών στον τοκετό έχει τραυματικές και δύσκολες συνέπειες για τις γυναίκες. Η έλλειψη ισότιμης πρόσβασης των γυναικών στο CDMR, και η έλλειψη δυνατότητας επιλογής των γυναικών, αποτελεί προσβολή της αυτονομίας τους.

Η δικαιοσύνη συνεπάγεται ηθική υποχρέωση για ίση κατανομή και δίκαιη ισότητα ευκαιριών, όταν πρόκειται για ικανοποίηση αναγκών (Nilstum et al., BMC,2008). Οι περιορισμένοι πόροι συχνά σημαίνουν ότι οι πρόσθετες δαπάνες σε έναν τομέα μπορούν να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις σε άλλες υπηρεσίες. Πρόσθετες δαπάνες που επιβαρύνουν την επιλογή της εγκύου να προβεί σε καισαρική τομή, κατόπιν δικού της αιτήματος, ενδέχεται να επηρεάσουν διαφορετικές ομάδες ασθενών (MacKenzie, 1999). Τα αυξημένα έξοδα χειρουργικής επέμβασης και η παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο αποτελούν αδικαιολόγητη χρήση πεπερασμένων πόρων (Gibes, 2013). Η αρχή της δικαιοσύνης απαγορεύει τις αθέμιτες διακρίσεις και ευνοεί γενικά τη βελτιστοποίηση της χρήσης πόρων ((Nilstum et al.,BMC 2008).

10.2 . ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΚΕΤΟΥ ΜΕ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ (CDMR)

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το ζήτημα της επιλογής καισαρικής τομής στα αναπτυσσόμενα έθνη, όσον αφορά τις αρχές της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη πρόκλησης βλάβης και της διανεμητικής δικαιοσύνης. Η καισαρική τομή δεν είναι μια νέα διαδικασία στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Για παράδειγμα, η εμπειρία σε τοκετούς με καισαρική τομή στην Αφρική, προηγείται της αποικιοκρατίας. Στις

9 Ιανουαρίου 1884, ένας Σκωτσέζος φοιτητής ιατρικής, ο Robert Felkin έδωσε διάλεξη στη Μαιευτική Εταιρεία του Εδιμβούργου για την εμπειρία του στην παρατήρηση καισαρικής τομής στην Αφρική (Chipfakacha, 1989).

Στις περισσότερες από τις ανεπτυγμένες χώρες, η καισαρική τομή έκτακτης ανάγκης είναι σχεδόν δεδομένη, ενώ σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, μόνο ένα μέρος των γυναικών που τη χρειάζονται για να σωθεί η ζωή τους, έχουν πρόσβαση σε αυτή τη διαδικασία. Στο Μαλάουι, για παράδειγμα, η πρόσβαση σε καισαρική τομή έκτακτης ανάγκης, δεν είναι πάντα διαθέσιμη, ούτε καν στο μεγαλύτερο νοσοκομείο της χώρας, το Κεντρικό Νοσοκομείου Queen Elizabeth, με αποτέλεσμα την περίοδο, από την 1η Ιανουαρίου 1999 έως τις 31 Δεκεμβρίου 2000, να σημειωθούν 204 μητρικοί θάνατοι, οι πέντε πρώτες αιτίες θανάτου ήταν η σήψη (29,4%), επιπλοκές (23,5%), μολύνσεις (20,1%), αιμορραγία (10,6%) και εκλαμψία (6,4%)(Lema et.all., 2005).

Αν τώρα μια γυναίκα πραγματοποιήσει καισαρική τομή σε ιδιωτικό νοσοκομείο, τότε θα αναγκαστεί να πληρώσει τεράστια χρηματικά ποσά, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης θα αυξηθεί και οι αποδόσεις των εταιρειών ασφάλισης υγείας θα μειωθούν και επομένως, για να καλύψουν το κόστος τους, τα ασφάλιστρα είναι πιθανό να αυξηθούν. Αυτό έχει επιπτώσεις στη διανεμητική δικαιοσύνη. Η επιλεκτική καισαρική τομή η οποία μπορεί να συνεπάγεται τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών, όταν δεν «ενδείκνυται ιατρικά», τότε είναι πιθανό να θεωρηθεί μη ηθικό να παρέχεται αυτή η διαδικασία κατόπιν αιτήματος της μητέρας (Muula, 2007).

Όταν η πρόσβαση ενός ατόμου σε περιορισμένους πόρους οδηγεί σε κίνδυνο της υγείας των άλλων, μια τέτοια πρακτική μπορεί να θεωρηθεί ηθικά αμφισβητήσιμη (Muula, 2007). Η ανάλυση βλάβης-οφέλους στον αναπτυσσόμενο κόσμο θα μπορούσε να ζυγίζει περισσότερο προς την κατεύθυνση της βλάβης παρά της ωφέλειας, δεδομένου ότι η πρόσβαση των γυναικών σε καισαρική τομή επείγουσας ανάγκης είναι περιορισμένη στα αναπτυσσόμενα έθνη (Muula 2007).

11^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΙΣΑΡΙΚΩΝ ΤΟΜΩΝ

Στην Πορτογαλία πραγματοποιήθηκε συντονισμένη δράση για τη μείωση των ποσοστών των τοκετών με καισαρική τομή, από το 2010 και μετά. Χρησιμοποιήθηκαν κυβερνητικές πηγές για τη λήψη δεδομένων σχετικά με τα εθνικά ποσοστά καισαρικής τομής, το ποσοστό περιγεννητικής και μητρικής θνησιμότητας. Η δράση αυτή βασίστηκε στη μετάδοση πληροφοριών και την κατάρτιση των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης. Τα

αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι μετά από μια συνεχή αύξηση των τοκετών με καισαρική τομή, μεταξύ 2000 και 2009, τα εθνικά ποσοστά καισαρικής τομής μειώθηκαν σημαντικά τα επόμενα 5 χρόνια (36,6% έναντι 33,1%). Η περιγεννητική θνησιμότητα διατήρησε πρωτοκλή τάση κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, ενώ η μητρική θνησιμότητα παρέμεινε αμετάβλητη, επίσης αυξήθηκαν τα ποσοστά του κολπικού τοκετού, μετά από καισαρική τομή (VBAC). Συμπερασματικά, σύμφωνα με την έρευνα, μια συντονισμένη δράση που βασίζεται στη μετάδοση πληροφοριών και κατάρτισης των επαγγελματιών της υγειονομικής περίθαλψης, συνέβαλλε στη σημαντική μείωση των εθνικών ποσοστών καισαρικής τομής (Ayres-De-Campos et.al., 2015).

Έρευνα των Rubio-Romero et al., (2014), στην Κολομβία, λόγω των υψηλών ποσοστών, τοκετών με καισαρική τομή (από 24,9% το 1998, αυξήθηκε σε 45,7% το 2013), προτείνει πολύπλευρες στρατηγικές οι οποίες καταδεικνύουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στη μείωση του ρυθμού της καισαρικής τομής. Συγκεκριμένα, στρατηγικές όπως η συνεχής εκπαίδευση, ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας του τοκετού, θα πρέπει να προωθηθούν για τη δημιουργία πολιτιστικής αλλαγής και εξορθολογισμού της χρήσης καισαρικής τομής στην Κολομβία (Rubio-Romero et al, 2014).

Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Mashhad Ghaem κατά τη διάρκεια των ετών 2007 έως 2013 και δημοσιεύτηκε στο Ιατρικό περιοδικό του Πανεπιστημίου της Τεχεράνης το 2014, αποδείχθηκε, ότι ο κολπικός τοκετός αποτελεί την καλύτερη μέθοδο γέννησης. Επίσης, η μείωση του ποσοστού των τοκετών με καισαρική τομή ήταν στόχος υγείας για τις Ηνωμένες Πολιτείες, με σημαντικά οικονομικά και κοινωνικά πλεονεκτήματα (Boskabadi, Zakerihamidi, Bagheri, 2014).

Σε ό, τι αφορά στην Ελλάδα, μετά τις διαπιστώσεις της έρευνας του Π.Ο.Υ (2016), ο Π.Ο.Υ συνιστά την υιοθέτηση πρωτοκόλλου και κατευθυντήριας οδηγίας σε εθνικό επίπεδο, την ίδρυση κέντρων περιγεννητικής μέριμνας, την καλλιέργεια νοοτροπίας για γέννηση με φυσιολογικό τοκετό σε μητέρες με προηγούμενη καισαρική τομή (καθώς πλέον αυτό είναι εφικτό), την εκπαίδευση των φορέων και παρόχων υγείας, αλλά και των επιτόκων για την διαδικασία του τοκετού, καθώς και την επαύξηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι μαίες-μαιευτές στην παροχή φροντίδας (WHO, 2016). Παρόμοια οι Antoniou et al.,(2021), τονίζουν πως για να μειωθούν τα υψηλά ποσοστά καισαρικών τομών στην Ελλάδα, υπάρχει μεγάλη ανάγκη να δημιουργηθούν κέντρα ψυχοεκπαίδευσης για μητέρες και ζευγάρια, και ιδιαίτερα προγράμματα για γυναίκες που φοβούνται τον πόνο, έχουν άγχος, καθώς και άλλες ψυχικές διαταραχές (Antoniou et al., 2021).

Αρκετοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, σε διεθνές επίπεδο, προκειμένου να μειώσουν τους τοκετούς με καισαρική τομή, εφαρμόζουν στρατηγικές, οι οποίες επικεντρώνονται στην καλή ενημέρωση της μέλλουσας μητέρας και στην ενθάρρυνσή της να επιλέγει τον φυσιολογικό τοκετό ακόμη και μετά από μια προηγηθείσα γέννα με καισαρική τομή, στη διαρκή παρουσία και παροχή ψυχολογικής στήριξης της επιτόκου από τη μαία/μαιευτή κατά τη διαδικασία του τοκετού, στην ορθή χρήση της αναισθησίας με επισκληρίδιο και στη μείωση της πρόκλησης τοκετού με τεχνητά μέσα (Αρσενοπούλου, 2001, Παναγιωτάκη, 2012).

Μια άλλη πρακτική που εφαρμόζεται ευρέως είναι η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού, όχι μόνο του γενικού αλλά και του ειδικού (π.χ. ενώσεις επαγγελματικές, ιατρικά σωματεία και σύλλογοι κλπ), καθώς από διάφορες έρευνες έχει φανεί ότι στις περιπτώσεις που υπήρξε ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση των επαγγελματιών υγείας μειώθηκαν τα ποσοστά των τοκετών με καισαρική τομή (Gibbons, et al., 2010, Υπουργείο Υγείας, 2016).

Επίσης, ο ΠΟΥ (2021), συνιστά ορισμένες μη κλινικές δράσεις που μπορούν να μειώσουν την ιατρικά περιττή χρήση καισαρικής τομής, στο γενικό πλαίσιο υψηλής ποιότητας και σεβασμού της φροντίδας:

- Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις που εμπλέκουν τις γυναίκες ενεργά στον σχεδιασμό του τοκετού τους, όπως εργαστήρια προετοιμασίας τοκετού, προγράμματα χαλάρωσης και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε όσες γυναίκες φοβούνται τον πόνο ή έχουν άγχος. Η εφαρμογή τέτοιων πρωτοβουλιών πρέπει να περιλαμβάνει τη συνεχή παρακολούθηση και αξιολόγηση.
- Χρήση τεκμηριωμένων κλινικών οδηγιών, διεξαγωγή τακτικών ελέγχων για καισαρικές τομές σε εγκαταστάσεις υγείας και παροχή έγκαιρης ανατροφοδότησης σε επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τα ευρήματα.
- Απαίτηση για δεύτερη ιατρική γνώμη για μια καισαρική τομή.
- Με μοναδικό σκοπό τη μείωση της καισαρικής τομής, ορισμένες παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί πιλοτικά από ορισμένες χώρες, αλλά απαιτούν αυστηρή έρευνα, όπως για παράδειγμα, ένα συνεργατικό μοντέλο φροντίδας μαίας-μαιευτήρα, στο οποίο η φροντίδα παρέχεται κυρίως από μαίες, με 24ωρη υποστήριξη από έναν ειδικό μαιευτήρα (WHO 2021).

12^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι γυναίκες σήμερα, περισσότερο από ποτέ, επιλέγουν να προβούν σε καισαρική τομή, κατόπιν δικού τους αιτήματος. Αυτό αμφισβητεί την αντίληψη ότι η γέννηση ενός μωρού είναι μια φυσική διαδικασία που πρέπει να διευκολυνθεί, ώστε οι έγκυες γυναίκες να αποφεύγουν μία περιττή χειρουργική επέμβαση και να βιώνουν τον φυσιολογικό τοκετό. Από τη μία πλευρά, επικρατεί η άποψη ότι ο σεβασμός της επιλογής της μεθόδου τοκετού που επιθυμεί η γυναίκα, αποτελεί μια καλή και επιθυμητή κλινική πρακτική, καθώς σέβεται το δικαίωμα της γυναίκας στην ελεύθερη επιλογή (αυτονομία), ενώ, από την άλλη πλευρά, επικρατεί η άποψη, ότι η καισαρική τομή, χωρίς ιατρικές ενδείξεις, είναι μάταιη, επιπόλαιη και περιττή χειρουργική επέμβαση που εκθέτει την υγεία της γυναίκας και του μωρού της σε αδικαιολόγητη πιθανή βλάβη και συνεπώς είναι κατά της αρχής της μη πρόκλησης βλάβης.

Ενώ η προτίμηση στην εκλεκτική καισαρική τομή είναι εμφανής, τόσο στον ανεπτυγμένο, όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο και η αντίθεση ή η υποστήριξη της εκτίθενται σε όλες σχεδόν τις κοινωνίες, η ηθική και κοινωνική ανάλυση, λαμβάνοντας υπόψη ζητήματα όπως η κατανομή της δικαιοσύνης και οι εθνικοί πόροι για την υγεία, τα τοπικά θέματα ασφάλειας που περιβάλλουν την επιλεκτική καισαρική τομή και οι λόγοι για τους οποίους οι γυναίκες επιλέγουν την καισαρική τομή, μπορεί να διαφέρουν από κοινωνία σε κοινωνία. Ακόμα μπορεί να υποστηριχθεί ότι η έλλειψη επαρκών πόρων υγειονομικής περίθαλψης στον αναπτυσσόμενο κόσμο, καθιστούν ακόμη και την καισαρική τομή έκτακτης ανάγκης, η οποία σώζει τη ζωή των γυναικών μη διαθέσιμη στην πλειοψηφία των γυναικών. Τα αμφισβητήσιμα θέματα ασφάλειας που περιβάλλουν τη διαδικασία της καισαρικής τομής, καθιστούν την επιλεκτική καισαρική τομή κατόπιν αιτήματος της γυναίκας, επικίνδυνη διαδικασία στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Ωστόσο θα πρέπει να γίνει σαφές ότι υπάρχει ανάγκη να παρέχεται επείγουσα μαιευτική περίθαλψη στις γυναίκες που τη χρειάζονται και να βελτιωθεί η ασφάλεια της διαδικασίας. Επίσης όταν η επιλογή της καισαρικής τομής μετά από αίτημα της εγκύου, θεωρηθεί ότι εξυπηρετεί το καλύτερο συμφέρον της γυναίκας και του μωρού της ή αποτελεί κραυγή βοήθειας από την πλευρά της γυναίκας, μετά από πλήρη ενημέρωση από τον γιατρό της, για τους πιθανούς βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους κινδύνους που ελλοχεύει η διαδικασία, τόσο για την ίδια, όσο και για το μωρό της, μια τέτοια διαδικασία θα πρέπει να εφαρμοστεί, εάν, η έγκυος που επιλέγει τη μέθοδο της καισαρικής τομής είναι διανοητικά, ψυχολογικά και νομικά ικανή και είναι σε θέση να υπογράψει το έντυπο συναίνεσης.

Η συμμόρφωση με το CDMR, ωστόσο, θα πρέπει να είναι η εξαίρεση και όχι ο

κανόνας. Μια συζήτηση σχετικά με τον τρόπο τοκετού πρέπει να ξεκινήσει από την αρχή της εγκυμοσύνης, ώστε να υπάρχει επαρκής χρόνος για ακρόαση και συμβουλευτική, δεύτερη γνώμη και ακόμη και, σε περίπτωση διαρκούς διαφωνίας, έγκαιρη παραπομπή σε συνάδελφο, χωρίς να τεθεί σε κίνδυνο η φροντίδα του ασθενούς. Είναι επίσης σημαντικό για τις εθνικές ενώσεις ιατρών και μαιών να συζητήσουν και να διατυπώσουν κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον τρόπο χειρισμού σύνθετων ηθικών διλημάτων που αφορούν την επιλογή της εγκύου, να προβεί σε καισαρική τομή, ελλείψει ιατρικών ενδείξεων (Muula 2007).

Σύμφωνα με τις βασικές αρχές της Βιοηθικής και συγκεκριμένα την αρχή της αυτονομίας, της ευεργεσίας, της μη πρόκλησης βλάβης («μη βλάπτειν») και της δικαιοσύνης, υποστηρίζεται, ότι η πρόσβαση στο CDMR θα πρέπει να επιτρέπεται, προκειμένου οι γυναίκες να έχουν πρόσβαση σε επιλογές κατά τον τοκετό με βάση υποκειμενικές προτιμήσεις και εμπειρίες τους. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η άποψη και η επιλογή της γυναίκας, εάν είναι πλήρως ενημερωμένη, εάν εκφράζει έναν λογικό λόγο, για να θέλει να προβεί σε καισαρική τομή, και αν μπορεί να αποδείξει την κατανόηση των επιπτώσεων της διαδικασίας. Πρέπει να εξηγούνται στην έγκυο, τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της κάθε μεθόδου αποπεράτωσης του τοκετού, με στόχο πάντα τη γέννηση ενός υγιούς μωρού από μια υγιή και ευτυχισμένη μητέρα. Σ' αυτό χρειάζεται μια συντονισμένη προσπάθεια και συνεργασία από τον μαιευτήρα, τους γονείς, το προσωπικό της αίθουσας τοκετών, τον αναισθησιολόγο. Στη σύγχρονη εποχή που όλα είναι κατευθυνόμενα, είναι σημαντικό για τις γυναίκες να γνωρίζουν πως υπάρχει η επιλογή να γεννήσουν φυσικά και να ζήσουν τη συγκλονιστική αυτή εμπειρία με τρόπο μοναδικό.

Ωστόσο, η ηθική ανάλυση της επιλογής της μητέρας να προβεί σε καισαρική τομή, κατόπιν δικού της αιτήματος, αποτελεί μία δύσκολη υπόθεση, διότι η επιλογή της αυτή, στην ουσία δεν είναι αυτόνομη, αφού οι λόγοι οι οποίοι επιλέγει την καισαρική τομή δεν είναι αυτόνομοι, διότι μπορεί να σχετίζονται με το πρόγραμμα εργασίας της, την άδεια μητρότητας, τον πάροχο μαιευτικής φροντίδας, τον γιατρό της ή τον φόβο για τον πόνο του τοκετού, τον οποίο θέλει να αποφύγει. Δεν θα ήταν ηθικό, να προτείνεται η κατάργηση του CDMR από το εύρος των διαθέσιμων επιλογών σε έγκυες γυναίκες. Ωστόσο θα πρέπει το CDMR να μη γίνεται κανονικοποιημένο και να μην προσφέρεται συστηματικά ως ισότιμη εναλλακτική λύση, με τον κοιλιακό τοκετό. Η χειρουργική επέμβαση πρέπει να παραμείνει ένα εξαιρετικό μέτρο για τη θεραπεία εξαιρετικών καταστάσεων. Ο φόβος του πόνου μπορεί να ανακουφιστεί με κατάλληλη υποστήριξη και έγκαιρη παρέμβαση. Οι γυναίκες πρέπει να ενθαρρύνονται να γεννούν φυσιολογικά. Θα πρέπει η μητρότητα να

θεωρείται δύναμη και όχι ευθύνη για τις γυναίκες. Παρόμοια, ο φόβος για τον κοιλικό τοκετό μπορεί να αντιμετωπιστεί, αν οι γυναίκες συνειδητοποιήσουν την ομορφιά του.

Επίσης ίσοι πόροι που κατανέμονται στον χειρουργικό τοκετό, θα πρέπει να αφιερώνονται και στον κοιλικό τοκετό, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ότι ειδικευμένοι επαγγελματίες είναι εκπαιδευμένοι και διαθέσιμοι να παρακολουθούν τους κοιλικούς τοκετούς και τους κοιλικούς τοκετούς μετά από καισαρική τομή (VBAC), απαιτώντας την παρουσία μαιών, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στις φυσιολογικές συναισθηματικές ανάγκες των γυναικών.

Καλύτερος τοκετός σημαίνει, εκπαίδευση και επαρκή πρόσβαση στην προγεννητική φροντίδα, γεγονός που μειώνει τον φόβο των γυναικών για τον κοιλικό τοκετό. Πρέπει να ληφθούν κοινωνικά μέτρα, ώστε τόσο οι γυναίκες, όσο και οι οικογένειες τους να αναγνωρίσουν τη σημασία της εμπειρίας του κοιλικού τοκετού. Αυτό περιλαμβάνει την παροχή υλικοτεχνικής και συναισθηματικής υποστήριξης, διότι οι γυναίκες πρέπει να συμμετέχουν πλήρως στη γέννηση και τη φροντίδα των παιδιών τους.

Η πολιτεία θα πρέπει, να λάβει σοβαρά υπόψη της τα ερευνητικά δεδομένα των τελευταίων ετών, παρέχοντας δωρεάν σεμινάρια ψυχοπροφυλακτικής υγείας και ενημέρωσης σε επικείμενους γονείς, λαμβάνοντας μέτρα για την άμεση μείωση των καισαρικών τομών, καθώς και κυρώσεις σε επαγγελματίες υγείας και φορείς. Αλλά και οι ίδιες οι γυναίκες, καθώς και οι σύντροφοί τους, θα πρέπει να φροντίζουν για τη σφαιρική ενημέρωσή τους και να μην εναποθέτουν τον τοκετό τους στους ισχυρισμούς του προσωπικού τους ιατρού, μόνο και μόνο λόγω ιδιότητας (Fenwick J et.all., 2008).

Η ανθρώπινη αναπαραγωγή εγγυάται τη συνέχιση και την εξέλιξη του ανθρώπινου είδους. Η γέννηση είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό γεγονός, που οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ιερό. Η γυναίκα κυοφορεί και γεννά την καινούρια ζωή, όσο πιο φυσικά και ανεμπόδιστα γίνει αυτό, τόσο καλύτερα είναι τα πράγματα για τη νέα μητέρα και το μωρό της (Chen, Tan, 2019).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασιάδης Απ., Η περιγεννητική φροντίδα στην Ελλάδα από τα δεδομένα του ΚΕΣΥ 2008-2011.

Αρσενούπουλος, Ι, «Η κλινική διαχείριση των μαιευτικών υπηρεσιών. Η οικονομία των μαιευτικών υπηρεσιών στην Ελλάδα». Εκδόσεις Κριτική, 2001

Δίνας Κ., Πανταζής Κ., Λουφόπουλος Α., Μηχανισμός φυσιολογικού τοκετού, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 2008;20(2):121-126.

Καλογερόπουλος, Α. (1992). Μαιευτική. Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 58-80. 5.

Καντ Ιμμανουέλ, “Μεταφυσική των Ηθών», μετάφραση Κώστα Ανδρουλιδάκη, 2013.

Καντ Ιμμανουέλ, «Θεμελίωση της μεταφυσικής των Ηθών», μετάφραση Κώστα Ανδρουλιδάκη, 2017

Καραμούτη Μ, Ζιώγος Ε, Ματαλλιωτάκης Ι, Παθολογία της μητέρας ως ένδειξη εκλεκτικής καισαρικής τομής, Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογία, 20(2):173-178, 2008.

Καρπάθιος Σ.Ε., “Βασική Μαιευτική και Περιγεννητική Ιατρική”, 2001,

Κρεατσάς Γ. Κ., (1998). «Σύγχρονη γυναικολογία και μαιευτική». Α' τόμος. Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης

Λυπουρλής Δ (2000). Ιπποκράτης. Ιατρικά Θέματα. Θεσσαλονίκη: Ζήτρος, σελ 64-65.

Μπόντης ΙΝ. Βασικές Γνώσεις Μαιευτικής & Γυναικολογίας. 2η Έκδοση. University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2007, σελ: 135-145.

Παναγιωτάκη, Ε. (2012), «Πρωτοβάθμια μαιευτική φροντίδα σε Ελλάδα και Ευρώπη». Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Παπαχρίστου, Α., (2018). «Η αστική ιατρική ευθύνη στην αναίτια καισαρική τομή και τον εν γένει επεμβατικό τοκετό». Εκδόσεις Σάκκουλα Α.Ε.. Αθήνα.

Ρωλς Τζων, “Θεωρία της Δικαιοσύνης”, 2010, μετάφραση Βασιλόγιαννης Κ. Φίλιππος Σύνδος Μιχαήλ, «Επιπτώσεις της καισαρικής τομής στη μητέρα», Μαιευτήρας Γυναικολόγος Διευθυντής ΕΣΥ, 2019

Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος, Αθ., Τσαλίκης, Τρ., Σταματόπουλος, Χ.Π., (2008). Καισαρική τομή: Νεότερα δεδομένα. *Ελληνική μαιευτική και γυναικολογία* 20(2):139-145.

Τσινόρεμα Σταυρούλα, «Το πρόσωπο και η αρχή της προσωπικότητας στη νεότερη ηθική φιλοσοφία και τη βιοηθική», 2016

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ALI Mohamadian M, Shariat M, Mahmoudi M, Ramazanzadeh F. [The influence of maternal request on the elective cesarean section rate in maternity hospitals in Tehran, Iran] *Payesh*. 2003, 2:133–139.

Al-Mufti R, McCarthy A, Fisk NM. Survey of obstetricians' personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997;**73**:1–4. doi: 10.1016/S0301-2115(96)02692-9. [[PubMed](#)] [[CrossRef](#)] [[Google Scholar](#)]

Althabe, F., Belizan, L. M., Gibbons, L., Jacquerioz, F., Bergel, E. (2006). «Cesarean Section Rates and Maternal and Neonatal Mortality in Low-, Medium-, and High-Income Countries: An Ecological Study». *Birth: Issues in Perinatal Care*, 33(4), pp. 270– 277.

American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596 [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

Antoniou E., Orovou E., Iliadou M., Sarella A., Palaska E., Sarantaki A., Iatrakis G., Dagla M., “Factors Associated with the Type of Cesarean Section in Greece and Their Correlation with International Guidelines”, 2021, *ACTA INFORM MED*. 2021 MAR 29(1): 38-44

Armson BA. Is planned cesarean childbirth a safe alternative? *CMAJ*. 2007;**176**:475–476. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Ayres-De-Campos D, Cruz J, Medeiros-Borges C, Costa-Santos C, Vicente L. Lowered National Cesarean Section Rates after a Concerted Action. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015; 94(4): 391–398. <https://doi.org/10.1111/aogs.12582>

Bagheri A, Masoodi-Alavi N, Abbaszade F. [Effective factors for choosing the delivery method among the pregnant women in Kashan] *Feyz J*. 2012;16:146–153. [[Google Scholar](#)]

Barros FC, Victora CG, Barros AJ, Santos IS, Albernaz E, Matijasevich A. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *Lancet*. 2005;365:847–54. [[PubMed](#)] [[Google](#)]

[Scholar](#)] (Lancet 2005)

Beauchamp and Childress, «*Principles of Biomedical Ethics*», (5th edition), Oxford University Press, 2001

Behague DP, Victora CG, Barros FC. 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* 2002;324:942–5. [REMOVED HYPERLINK FIELD] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Bergeron, Veronique, 2007, “The ethics of cesarean section on maternal request: a feminist critique of the American College of Obstetricians and Gynecologists' position on patient-choice surgery”, *Bioethics*, 21(9):478–87.

Bertram AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR. The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One*. 2016;11(2):e0148343.

Bewley, S., & Cockburn, J. (2002). The unfacts of ‘request’ caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109(1), 597–605.

Blustein J, Attina T, M Liu, A M Ryan, L M Cox, M J Blaser et al., (2013). «Association of caesarean delivery with child adiposity from age 6 weeks to 15 years». *International Journal of Obesity* advance online publication 14 May; doi: 10.1038/ijo.2013.49.

Boatin AA, Schlottheuber A, Betran AP, Moller AB, Barros AJD, Boerma T, Torloni MR, Victora CG, Hosseinpoor AR. Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries. *BMJ*. 2018;360:k55.

Boskabadi H, Zakerihamidi M, Bagheri F. [Outcomes of vaginal delivery and cesarean in Mashhad Ghaem University Hospital] *Tehran Univ Med J*. 2014;71:807–815. (in Persian) [[Google Scholar](#)]

Boutsikou T, Malamitsi-Puchner A. Caesarean section: impact on mother and child. *Acta Paediatr*. 2011 Dec;100(12):1518-22.

Brocklehurst P. Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1: CD000102.

Bruckner ME, Hillis LD, Lange RA. Congenital heart disease in adults. First of two parts. *N Engl J Med* 2000; 342:256-263

- Bu, Z. Q. (2008). *The Influence and Mechanism of the Delivery Manner on Maternal and Infants Health*. Master's Thesis. Jinan: Shandong University.
- Bu, Z. Q., Kong, L. B., and Zhu, X. J. (2008). Study on the relationship between different types of delivery and sensory integrative dysfunction in children. *J. JiNing Med. Univ.* 31, 181–183. doi: 10.3969/j.issn.1000-9760.2008.03.002
- Burcher, P., Gabriel, J. L., Campo-Engelstein, L., & Kiley, K. C. (2013). The case against cesarean delivery on maternal request in labour. *Obstetrics and Gynecology*, 122(3), 684–687.
- Burns L., Geller S., Wholey D., “The effect of physician factors on the cesarean section decision”, 1995: Apr;33(4):365-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7731278>
- Burrow, Sylvia, 2012, “On the cutting edge: ethical responsiveness to cesarean rates”, *The American Journal of Bioethics*, 12(7): 44–52.
- Burrows L, Meyn L, Weber A, «Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery», 2004:907-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15121564/>
- Callahan, D. (1992). When self-determination runs amok. *The Hasting Center Report*, 22(2), 52–55.
- Cakmak H, & Kuguoglu S.(2007). «Comparison of the breastfeeding patterns of mothers who delivered their babies per vagina and via cesarean section: an observational study 122 using the LATCH breastfeeding charting system». *Int J Nurs Stud.* Sep;44(7):128- 37.
- Cardwell CR, Stene LC, Joner G, Cinek O, Svensson J, Goldacre MJ et al., (2008). «Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies». *Diabetologia.* May;51(5):726-35
- Chen H, Tan D, “Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health” 2019(frontiersin.org) <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00351/full#B19>
- Chertok IR, & Shoham-Vardi I., (2008). «Infant hospitalization and breastfeeding postcaesarean section». *Br J Nurs.* Jun 26-Jul 9;17(12):786-91.
- Chipfakacha VG. Abdominal deliveries in Africa: food for thought to scholars of the history of medicine. *Cent Afr J Med.* 1989;35:333–6. [PubMed] [Google Scholar]
- Chloe RomanisElizabeth, 2019, “Why the Elective Caesarean Lottery is Ethically

Impermissible” Health Care Analysis (2019) 27:249–268

Cho CE & Norman M. (2013). «Cesarean section and development of the immune system in the offspring». *Am J Obstet Gynecol.* Apr;208(4):249-54.

Christilaw J.E. Cesarean section by choice: Constructing a reproductive rights framework for the debate, *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2006;94:262.

Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Vilander, J., Ball, R.H., Nyberg, D.A., Comstock, C.H., Saade, G.R., Eddleman, K.A., Klugman, S., Dugoff, L., Timor-Tritsch, I.E., Craigo, S.D., Carr, S.R., Wolfe, H.M., Bianchi, D.W., D’Alton, M. (2005). «Impact of Maternal Age on Obstetric Outcome». *American College of Obstetricians and Gynecologists*, vol.105 (5).

Cotzias, C. S., Paterson-Brown, S., & Fisk, N. M. (2001). Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean section: a survey of current opinion. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 97(1), 15–16.

Curran, E. A., Dalman, C., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G., et al. (2015b). Association between obstetric mode of delivery and autism spectrum disorder: a population-based sibling design study. *Jama Psychiatr.* 72:935. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.0846 [PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

Curran, E. A., Khashan, A. S., Dalman, C., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G., et al. (2016). Obstetric mode of delivery and attention-deficit/hyperactivity disorder: a sibling-matched study. *Int. J. Epidemiol.* 45:532. doi: 10.1093/ije/dyw001 [PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics.* 2009 Jun;123(6):e1064-71.

Demontis, R., Pisu, S., Pintor, M., D’aloja, E. (2011). «Cesarean section without clinical indication versus vaginal delivery as a paradigmatic model in the discourse of medical setting decisions». *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* December, vol.24(12), pp. 1470–1475.

Draper, H. (1996). Women, forced caesareans and antenatal responsibilities. *Journal of Medical Ethics*, 22(6), 327–333.

Dursun, P., Yanik, F.B., Zeyneloglu, H.B., Baser, E., Kuscu, E., Ayhan, A. (2011). «Why women request cesarean section without medical indication?» *The Journal of Maternal-Fetal*

& Neonatal Medicine, vol 24(9), pp.1133–1137.

Edwards S., “Informed consent for clinical trials: in search of the “best” method”, 1998, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953698002354>

El-Khoury M, Hatt L, Gandaho T, “User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali”. *Int J Equity Health* 2012;11:49. doi:doi:10.1186/1475-9276-11-49 [pmid:22931249](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22931249/) [CrossRefPubMedGoogle Scholar](https://scholar.google.com/crossref?hl=en&btnG=Search&btnI=I)

Faden RR , Beauchamp TL (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York: Oxford University Press, pp 74

Feinmann J. How to limit caesareans on demand – too NICE to push? *Lancet* 2002;359:774 [REMOVED HYPERLINK FIELD] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic cesarean at term? *N Engl J Med*. 1985;312:1264–1267. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Fenwick J, Staff L., Gable J., Greedy D., Bayes S., “Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?”, 2010, Aug;26(4):394-400. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19117644/>

Field A, Haloob R. Complications of Caesarean Section. *Obstet Gynaecol*. 2016; 18(4): 265–272. <https://doi.org/10.1111/tog.12280>

Gedefaw G., Goedert M, Abebe E, Demis A, “Effect of cesarean section on initiation of breast feeding: Findings from Ethiopian Demographic and Health Survey”, 2016

Georges Eugenia (2008) «The Medicalization of Reproduction in Greece».

Gibes Joe, “Cesarean Delivery on Maternal Request (CDMR); an ethical option? 2013

Gibbons L, Belizán JM, Lauer JA, Betran AP, Merialdi M, Althabe F. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: Overuse as a barrier to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010. Report No. 30.

<https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30Csectioncosts.pdf>.

Gillon R., «Autonomy and the principle of respect for autonomy», 1985, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1415948/>

Getahun D, Oyelese Y, Salihu HM, Ananth CV. Previous Cesarean Delivery and Risks of Placenta Previa and Placental Abruption. *Obstet Gynecol*. 2006; 107(4): 771–778.

<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000206182.63788.80>.

Greece commits to addressing excessive reliance on caesarean sections
<http://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/news/2016/11/greece-commits-to-addressing-excessive-reliance-on-caesarean-sections> (accessed Apr 8, 2020).

Habiba M, Gómez MM, da Frè M, Kaminski M, Marsal K, Bleker O, for the EUROBS study group et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *Br J Obstet Gynaecol.* 2006;**113**:647–56. [PubMed] [Google Scholar].

Haines,H.M., Rubertsson,C., Pallant,J.F., Hildingsson,I.(2012).«The influence of women’s fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth».Pregnancy and childbirth, vol.12 (55)

Harris,L.H.(2001).«Counselling women about choice.Best Practice & Research». Clinical Obstetrics & Gynaecology, vol.15, pp.93-107.

Hillier, Bill & Julienne Hanson (1984). *The Social Logic of Space* Κάμπριτζ: Cambridge University Press

Hildingsson,I.,Rådestad,I., Rubertsson,C., Waldenström,U. (2002). «Few women wish to be delivered by caesarean section». BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, vol. 109, pp. 618–62.

Hopkins,K. (2000). «Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean?». Social Science & Medicine, vol. 51, pp. 725-740.

Huang, X., Wang, M. L., and Jing, J. (2004).The effect of cesarean section on neuropsychiatric development in children. *Foreign Med. Sci.* 15, 4–6. doi: 10.3969/j.issn.1673-5293.2004.01.00

Huang, X., Wang, M. L., and Jing, J.(2005). Character of cognitive function in children born through cesarean section without signs evaluated by benton visual retention test. *Chin. J. Clin. Rehabil.* 9, 7–9. doi: 10.3321/j.issn:1673-8225.2005.44.004

Jacob L, Macharey G, Sechet I, Ziller V, Kostev K, «Impact of caesarean section on mode of delivery, pregnancy-induced and pregnancy-associated disorders, and complications in the subsequent pregnancy in Germany», 2016
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908273/>

Jain NJ, Kruse LK, Demissie K, Khandelwal M. Impact of mode of delivery on neonatal

complications: trends between 1997 and 2005. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2009 Jun;22(6):491-500

Jones, M. A. (1999). Informed consent and other fairy stories. *Medical Law Review*, 7(2), 103–134.

Kalish,R.B., McCoullough,L.B., Chervenak,F.A.(2008). «Patient choice caesarean delivery: ethical issues». *Curr Opin Obstet Gynaecol*, vol. 20:117–19.3.

Kastner ES, Figueroa R, Garry D, et al: Emergency peripartum hysterectomy: Experience at a community teaching hospital. *Obstet Gynecol* 2002;99:971.

Khadem, N., and Khadivzadeh, T. (2009). The intelligence quotient of school aged children delivered by cesarean section and vaginal delivery. *Iran. J. Nurs. Midwif. Res.* 15, 135–140. doi: 10.1016/S0020-7292(09)62266-9 [PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

Khalaf, S. Y., O’Neill, S. M., O’Keeffe, L. M., Henriksen, T. B., Kenny, L. C., Cryan, J. F., et al. (2015). The impact of obstetric mode of delivery on childhood behavior. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 50, 1557–1567. doi: 10.1007/s00127-015-1055-9
[PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

Kong, L.B., Yang, Z. Y., and Bu, Z. Q. (2009).The long-term effect of delivery modes on physical and mental health of children. *Mater. Child Health Care China* 24, 2066–2068.

Koplin J, Allen K, Gurrin L, Osborne N, Tang ML, Dharmage S., (2008). «Is caesarean delivery associated with sensitization to food allergens and IgE-mediated food allergy: a systematic review». *Pediatr Allergy Immunol.* Dec;19(8):682-7.

Kukla, Rebecca, et al., 2009, “Finding autonomy in birth”, *Bioethics*, 23(1): 1–8.
Large differences in share of caesarean births <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1> (accessed Apr 8, 2020).

Lavender T, Kingdon C, Hart A, Gyte G, Gabbay M, Neilson JP.Could a randomised trial answer the controversy relating to elective caesarean section? National survey of consultant obstetricians and heads of midwifery. *BMJ* 2005331490–1.[REMOVED HYPERLINK FIELD] [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[Google Scholar\]](#) (BMJ 2005)

Lee, Young Mi, and D'Alton, Mary E., 2008, “Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal complications”, *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*,

20(6): 597–601.

Lema VM, Changole J, Kanyighe C, Malunga EV. Maternal mortality at the Queen Elizabeth Central Teaching Hospital, Blantyre, Malawi. *East Afr Med J* 2005;82:3–9. [REMOVED HYPERLINK FIELD] [PubMed] [Google Scholar]

Lett A, Moller J, Thomsen R, Uldbjerg N, Norgaard M. “Risk of selected postpartum infections after cesarean section compared with vaginal birth”: a five-year cohort study of 32,468 women, 2009, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19642043/>

Little, Margaret Olivia, 1996, “Why a feminist approach to bioethics?”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6(1): 1–18

López Bernal A. Mechanisms of labour biochemical aspects. *BJOG* 2003; 110, Suppl 20:39–45

Lyerly, Anne Drapkin, Little, Margaret Olivia, and Faden, Ruth R., 2008a, “A critique of the ‘fetus as patient’”, *American Journal of Bioethics*, 8(7): 42–44.

MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH. Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: application of an “intention-to-treat” model. *Birth*. 2008 Mar;35(1):3–8

MacKenzie IZ. Should women who elect to have Cesarean sections pay for them? (letter) *BMJ*. 1999;318:1070.

Madder, H. (1997). Existential autonomy: why patients should make their own choices. *Journal of Medical Ethics*, 23(4), 221–225.

Magnus MC, Håberg SE, Stigum H, Nafstad P, London SJ, Vangen S, Nystad W. Delivery by Cesarean Section and Early Childhood Respiratory Symptoms and Disorders: The Norwegian Mother and Child Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2011; 174(11): 1275–1285. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr242>.

Main E., Morton C., Hopkins D., Giulliani G., Melsop K., Gould J. (2011). «Cesarean deliveries, outcomes and opportunities for change in California: Toward a public agenda to maternity care safety and quality». A CMQCC White Paper. California Maternal Quality Care Collaborative CMQCC; Stanford University, MSOB, 1265 Welch Road, MS 5415, Palo Alto, CA 94305 650-725-6108 www.cmqcc.org

Mao, X. L., and Jing, J. (2005). The influence of cesarean section on children’s cognitive characteristics. *J. Bethune Milit. Med. College* 3, 231–232.

Marild K, Stephansson O, Montgomery S, Murray JA, Ludvigsson JF., (2012). «Pregnancy outcome and risk of celiac disease in offspring: a nationwide case-control study». *Gastroenterology*. Jan;142(1):39-45.e3.

McFarlin BL. Elective cesarean birth: issues and ethics of an informed decision. *JMidwifery Womens Health*. 2004;49:421–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Mill JS (2002). *On Liberty* [1859]. USA: Courier Dover Publications,

Minkoff, Howard and Chervenak, Frank A., 2003, “Elective primary cesarean delivery”, *New England Journal of Medicine*, 348: 946–50.

Minkoff, Howard, 2006, “The ethics of cesarean section by choice”, *Seminars in Perinatology*, 30(5): 309–312.

Muula Adamson, 2007, «Ethical and Practical Consideration of Women Choosing Cesarean Section Deliveries without “Medical Indication” in Developing Countries» *Croat Med J*, 48:94-102| [Google Scholar](#)

Muuss R. “Carol Gilligan's theory of sex differences in the development of moral reasoning during adolescence”, 1988

Mylonas, I., Friese, K. (2015). «Indications for and risks of elective cesarean section». *Deutsches Ärzteblatt International/ Dtsch Arztebl Int*, vol.112, pp.489–495 <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0489>.

Nilstun T, Habiba M., Lingman G., Saracci R., Da Frè M, Cuttini M., “Cesarean delivery on maternal request: Can the ethical problem be solved by the principlist approach?” *BMC Medical Ethics* 2008, 9:11

OHCHR|: Committee on the Elimination of Discrimination against Women <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx> (accessed Sep 15, 2020). Practice Guidelines for Obstetrical Anesthesia: A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia. *Anesthesiology* 1999;90:600

Olsen OE, Ndeki S, Norheim OF. Human resources for emergency obstetric care in northern Tanzania: distribution of quantity or quality? *Hum Resour Health* 2005;35[REMOVED HYPERLINK FIELD] [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

O’Neill O (2002). *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press, pp 17.

Quinlivan JA, Petersen RW, Nichols CN. Patient preference the leading indication for elective caesarean section in public patients-results of a 2-year prospective audit in a teaching hospital. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1999;39:207-14. [[Links](#)]

Plante, L. A. (2006). Public health implications of cesarean on demand. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 61(12), 807–815.

Purdy, L. M. (1990). Are pregnant women fetal containers? *Bioethics*, 4(4), 273–291.

Rafiei, M, Ghare M, Akbari M., Kiani F., Sayehmiri F., Sayehmiri K., Vafae R., “Prevalence, causes, and complications of cesarean delivery in Iran: A systematic review and meta-analysis”,2018

J. Rebick, 1993. Is the Issue Choice? In *Misconceptions: The Social Construction of Choice and the New Reproductive Technologies*. G. Basen, M. Eichler & A. Lippman, eds. Hull: Voyageur: 1: 87–88.

Redden, M. (2018). A third of people get major surgery to be born. Why are C-sections routine in the US? *The guardian*.

Remzi FH, Gorgun E, Bast J, et al. Vaginal delivery after ileal pouch anastomosis: a word of caution. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 1691- 1699

Renz-Polster H, David MR, Buist AS, Vollmer WM, O'Connor EA, Frazier EA et al., (2005). «Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood». *Clin Exp Allergy*. Nov;35(11): 1466-72

Ronsmans C, Holtz S, Stanton C, “Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis”. *Lancet*2006;368:1516-23. doi:doi:10.1016/S0140-6736(06)69639-6pmid:1707128 [CrossRefPubMedWeb of ScienceGoogle Scholar](#)

Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 189(5): 1268-74.

Rubio-Romero JA, Fonseca-Pérez JE, Molina-Giraldo S, Buitrago-Leal M, Zuleta-Tobón JJ, Ángel-Muller E et al. Racionalización del uso de la cesárea en Colombia. Consenso de la Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (Fecolsog) y la Federación Colombiana de Perinatología (Fecopen). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2014;65:47-74. [[Links](#)]

Ryding, E.L., Lukasse, M., Van Parys, A.S., Wangel, A.M., Karro, H., Kristjansdottir, H.,

Schroll, A.M., Schei, B. (2015). «Fear of Childbirth and Risk of Cesarean Delivery: A Cohort Study in Six European Countries». *BIRTH*, vol. 42 (1).

Sánchez-Val verde F, Gil F, Martínez D, Fernández B, Aznal E, Oscoz M et al., (2010).

«The impact of caesarean delivery and type of feeding on cow's milk allergy in infants and subsequent development of allergic march in childhood». *Allergy*. Jun;64(6):884-9

Sandall J., Tride R., Avery L., Mola G., Visser G., Homer C., Gibbons D., Kelly N., Kennedy P., Kidanto H., Taylor P., Temmerman M., “hort-term and long-term effects ocaesarean section on the health of women and children”,2018, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30322585/>

Sanborn BM. Relationship of ion channel activity to control of myometrial calcium. *J Soc Gynecol Investig* 2000; 7: 4-11

Schwartz, Peter, 2004, “Is the patient always right?”, *Hastings Center Report*, 34(2): 13–14

Sebire, N.J., Jolly, M., Harris, J.P., Wadsworth, J., Joffe, M., Beard, R.W., Regan, L., Robinson, S. (2001). «Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287.213 pregnancies in London». *International Journal of Obesity*, vol. 25, pp.1175–1182.

Sheldon, S. (1997). *Beyond control: Medical power and abortion law* (1st ed.). Chicago: Pluto Press.

Shahvisi, A. (2018). Conscientious objection: A morally insupportable misuse of authority. *Clinical Ethics*, 13(2), 82–87.

Shannon TA (1993). Introduction. Thematic Ethical Issues. In: Shannon TA (ed). *Bioethics: basic writings on the key ethical questions that surround the major, modern biological possibilities and problems* (4th edn). New York: Paulist Press, pp

Simpson KR, Thorman KE. Obstetric “conveniences”: elective induction of labor, cesarean birth on demand, and other potentially unnecessary interventions. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2005;19:134–44. [PubMed] [Google Scholar]

Song, H. M., Zhu, L. M., Wang, B. B., and Lin, R. (2008). A preliminary study on the influence of cesarean section on autism and hyperactivity in children. *J. Jin. Med. Univ.* 31, 63–65. doi: 10.3969/j.issn.1000-9760.2008.01.026 [CrossRef Full Text](#)

Tampakoudis, P., Assimakopoulos, E., Grimbizis, G., Zafrakas, M., Tampakoudis, G., Mantelenakis, S., Bontis, (2004). «Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24-year period in a teaching hospital». *Clin Exp Obstet Gynecol*, 31(4), pp. 289–

292.

Thavagnanam S, Fleming J, Bromley A, Shields MD, Cardwell CR., (2008). «A metaanalysis of the association between Caesarean section and childhood asthma». *Clin Exp Allergy*. Apr;38(4):629-33

Tian,X. B. (2009).*Effect of Cesarean Section on School Children's Intelligence, Attention and Sensory Integration Function*. Master's Thesis. Beijing: China Medical University.

Tian,Y. T.(2017). *China is Not "The World's First Cesarean Section Rate"*. Beijing: Guangming Daily.

Van Esterik, Penny (1989) *Beyond the Breast-Bottle Controversy* New Jersey: Rutgers University Press

Varendi, H., Porter, R. H., and Winberg, J. (2002).The effect of labor on olfactory exposure learning within the first postnatal hour. *Behav. Neurosc.* 116:206. doi: 10.1037/0735-7044.116.2.206 [PubMed Abstract](#) | [CrossRef Full Text](#) | [Google Scholar](#)

Vázquez Parra, JC. Abuso de la operación cesárea y el principio de beneficencia. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016;16:60-71. [[Links](#)]

Visser, Wilmink et al, «American Journal of Obst/Gyn», Μάρτιος 2010

Viswanathan M, Visco AG, Hartmann K, Wechter ME, Gartlehner G, Wu JM, Palmieri R, Funk MJ, Lux LJ, Swinson T, Lohr KN. *Evidence Report/Technology Assessment No 133 (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center under Contract No 290-02-0016) AHRQ Publication No 06-E009*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2006. Cesarean delivery on maternal request.[[Google Scholar](#)]

Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tuncalp O, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E, et al. Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Global Health*. 2015;3(5):E260–70.

Wagner, M. (2000). Choosing caesarean section. *The Lancet*, 356(9242), 1677–1680.

Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M., & Blackstone, J. (2004). Patient choice cesarean: An evidence-based review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 59(8), 601–616.

Wax J, “Maternal request cesarean versus planned spontaneous vaginal delivery: maternal morbidity and short term outcomes”, 2006:30 (5): 247-52.

Wolf, A. B., & Charles, S. (2018). Childbirth is not an emergency: Informed consent in labor and delivery. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 11(1), 23–43.

Wiklund,I., Edman,G., Larsson,C., Andolf,E.(2006). «Personalit and mode of delivery». *Acta Obstetricia et Gynecologica*, vol.85, pp. 1225-1230

Wiklund,I., Edman,G., Andolf,E. (2007). «Caesarean section on maternal request : reasons for the request, self- estimated health, expectations, experience of birth and sings of depression among first time mothers». *Acta Obstetricia et Gynecologica*, vol.86,pp.451-456.

Yu, Y.; Lin, F.; Dong, W.; Li,H.; Zhang, X.; Chen, C. The Effectiveness of Financial Intervention Strategies for Reducing Caesarean Section Rates: A Systematic Review. *BMC Public Health*2019,19 (1), 1080. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7265-4>

Yamamoto, S. L. (2011). Recognizing cesarean delivery on maternal request as a social problem: utilizing the public arenas model. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 12(3), 168–174.

Zechmeister Ingrid, 2001, «Foetal Images: The Power of Visual Technology in Antenatal Care and the Implications for Women’s Reproductive Freedom»

ΕΜΓΕ,(2014),Ελληνική Μαιευτική και Γυναικολογική Εταιρεία, Καισαρική τομή, Κατευθυντήρια Οδηγία No 12, Μάρτιος 2014, http://www.hsog-test.com/files/kaisariki_tomi.pdf. Ανάκτηση 2014

ΕΜΓΕ, Έντυπο Συναίνεσης, https://hsog.gr/wp-content/uploads/2017/11/Kaisariki_tomi.pdf

Eurostat,(2019). Large differences in share of caesarean births. Διαθέσιμο διαδικτυακά: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>.

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2015-005180_EL.html

European Perinatal Health Report, 2010,

<https://www.europaristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>

Gibbons, L., Belizan, J. M., Lauer, J. A., Betran, A. P., Merialdi, M., Althabe F. (2010).

«The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage». *World Health Report, Background Paper, No 30*. Διαθέσιμο διαδικτυακά: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/30Csectioncosts.pdf>.

Mayo Clinic, <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655>
Jama Network (2019),
<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2749054>
Κυριακοπούλου Χρυσάνθη (2021), <https://www.diatrofi.gr/diatrofi-kai-zoi/pregnacy/h-iatrikopoihsh-ths-gennas/>
Lancet(2018),[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32113-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32113-5/fulltext)
Μοναστιράλη (2016), <https://www.maxmag.gr/psychologia/ygia-miteras/>.
Μπιλάλης, shorturl.at/gmtK0
NHS, [ps:http://www.nhs.uk/conditions/caesarean-section/what-happens/](http://www.nhs.uk/conditions/caesarean-section/what-happens/)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4908273/>, 2016

ΔΙΚΤΥΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελοπούλου (2014), <https://tvxs.gr/news/ygeia/egkymosyni-meta-ta-35-mia-epilogi-me-ayksitikes-tasei>
Δημητρόπουλος (2021) shorturl.at/irszC
Γρηγοριάδης (2020), https://www.metlife.gr/abc/abc-health-articles/2020/january/pregnacy_child_birth/
ACOG, https://www.acog.org/womens-health/faqs/cesarean-birth?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn%20
Visser, 2010, «Wilmink et al, American Journal of Obst/Gyn», Μάρτιος 2010
Σύνδος(2019),http://www.socped.gr/uploads/editorfiles/files/1_%CE%A3%CE%A5%CE%9D%CE%94%CE%9F%CE%A3.pdf
Σουφλέρη Ιωάννα, 2011, «Καισαρική: υποθήκη στην υγεία των παιδιών μας», εφημερίδα «το Βήμα».18/9/2021, <https://www.tovima.gr/2011/05/08/science/kaisariki-ypothiki-stin-ygeia-twn-paidiwn-mas-2/>
National Institute for Health and Care Excellence (2011). Caesarean Section: Clinical Guideline [CG132]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132/chapter/1-Guidance#planned-cs>.
National Library of Medicine, <https://www.nlm.nih.gov/>
News Medical, <https://www.news-medical.net/health/Cesarean-Section-History.aspx>

Υπουργείο Υγείας (2016). «Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα», <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeiotypoy/pressreleases/4509-apanthsh-toy-y-poyrgoy-ygeias-an-ksanthoy-sth-boyllh-toporismatoy-poy-gia-tis-kaisarikes-tomes-sthn-ellada>.

Φαφούτη (2014), <https://www.imommy.gr/2014/12/03/oi-ormones-ths-egkymosynhs/>

WHO (1994). World Health Organization: «Indicators to monitor maternal health goals, Geneva: Technical Working Group»,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/60261/WHO_FHE_MSM_94.14.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHO (1996), World Health Organization: «Care in Normal birth: a practical guide».

Report of technical working group. Geneva, Switzerland,

<https://www.who.int/maternal-health/publications/pregnancy/en/>

WHO (1997). «Care in Normal Birth: practical guide», <https://www.midwiferyservices.org/care-in-normal-birth-practical-guide.pdf>.

WHO (2014) – Care in Normal Birth: practical guide p. 4 World Health Organization Principles Care; The Essential Perinatal, Antenatal and Post- Partum Course Birth Journal, sept.2001;28(3),

http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1, 2014 WHO (2015), «Statement on Caesarean Section Rates»,

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf

WHO (2016), «Μείωση της αυξημένης τάσης των καισαρικών τομών στην Ελλάδα», C-Sections in Greece_GR final.pdf Μέγεθος: 1014.2

KB. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/pressreleases/4509-apanthsh-toy-y-poyrgoy-ygeias-an-ksanthoy-sth-boyllh-to-porismatoy-poy-gia-tiskaisarikes-tomes-sthn-ellada>.

WHO (2018), “ WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid>

WHO (2019), «Deaths from caesarean sections 100 times higher in developing countries: global study», <https://www.who.int/reproductivehealth/death-from-caesarean-sections/en/>.

WHO (2021), «Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access», <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access-who>

