

# Η Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως μέθοδος τοκετού: μια περιγραφική ανασκόπηση

Γεωργία Ποντίκη<sup>1</sup>, Μαριάννα Δρακοπούλου<sup>2</sup>, Παρασκευή Αποστολάρα<sup>3</sup>  
1. Μαία - Αναπληρώτρια Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Γ.Ν. Μ «Ε. Βενιζέλου», MSc  
2. Νοσηλεύτρια - Προϊσταμένη Παιδοχειρουργικού Τμήματος Γ.Ν. Μ «Ε. Βενιζέλου» MSc, PhD  
3. Νοσηλεύτρια – Εκπαιδευτικός Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, 1ο ΕΠΑΛ Καματερού, MSc, PhD

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο φυσιολογικός τοκετός (ΦΤ) είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος γέννησης, ενώ ο τοκετός με καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελεί μία παρεμβατική διαδικασία που ενέχει κινδύνους και απευθύνεται σε γυναίκες με σοβαρές ιατρικές αντενδείξεις για ΦΤ. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση του αριθμού των τοκετών με ΚΤ. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού, χωρίς ιατρικές ενδείξεις. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η διερεύνηση των κινήτρων και των παραγόντων που ωθούν τις επιτόκους να επιλέξουν την ΚΤ, χωρίς την ύπαρξη ιατρικών ενδείξεων. Σε πολλές μελέτες οι ερευνητές συσχετίζουν την επιλογή της ΚΤ με την αυξημένη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ιατρική αμέλεια, τις αυξημένες ανησυχίες των επαγγελματιών υγείας για πιθανές επιπλοκές, καθώς και την εμπειρία προηγούμενου τοκετού. Η γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών, αλλά και εσωτερικών επιδράσεων, όπως η προσωπικότητά της, οι πεποιθήσεις της σχετικά με την προσωπική της ασφάλεια και την ασφάλεια του παιδιού της, τις προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού, τα προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα και την τοκοφοβία. Η ΚΤ αποτελεί έναν τρόπο τοκετού με σαφείς ενδείξεις και πολλές φορές αποτελεί μονόδρομο προκειμένου να υπάρξει ασφαλής για τη μητέρα και το παιδί τοκετός. Είναι σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές ενδείξεις επιτρέπουν την επιλογή, να επεξηγούν με σαφήνεια όλες τις συνέπειες, θετικές και αρνητικές που δυνητικά συνοδεύουν την κάθε επιλογή, έτσι ώστε η διαδικασία της λήψης της τελικής απόφασης να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο προς όφελος της μητέρας και του παιδιού.

**Λέξεις- Κλειδιά:** Εμπειρίες, επιλογή, καισαρική τομή, μητρική απαίτηση, τοκετός.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Γεωργία Ποντίκη  
Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6972102510  
Email: gpontiki@hotmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 15/03/17  
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 20/04/2017

## ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Τα τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της Καισαρικής Τομής ως μεθόδου τοκετού, απουσία ιατρικών ενδείξεων.
- Η γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών αλλά και εσωτερικών επιδράσεων.
- Η διαδικασία λήψης της τελικής απόφασης για τον τοκετό ενός παιδιού πρέπει να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο, προς όφελος της μητέρας και παιδιού.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο φυσιολογικός τοκετός (ΦΤ) είναι ο πιο ενδεδειγμένος τρόπος γέννησης, ενώ ο τοκετός με καισαρική τομή (ΚΤ) αποτελεί μία παρεμβατική διαδικασία που ενέχει κινδύνους και απευθύνεται σε γυναίκες με σοβαρές ιατρικές αντενδείξεις για ΦΤ (MacMillan 2010). Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ταυτόχρονα με την πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας σχετικά με την αναπαραγωγική λειτουργία, έχει παρατηρηθεί μία ραγδαία αύξηση του αριθμού των τοκετών με ΚΤ. Ταυτόχρονα, έχει παρατηρηθεί ροπή των ζευγαριών προς την επιλογή της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού, χωρίς να υπάρχουν οι απαραίτητες ιατρικές ενδείξεις (Davidson 2012).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, διαφαίνεται μία αυξημένη τάση των επιτόκων να επιλέγουν την ΚΤ, αντί του ΦΤ. Στην Ελλάδα, είναι περιορισμένες οι μελέτες με ανάλογο περιεχόμενο και συνεπώς τα δεδομένα αναφέρονται επί το πλείστον στη διεθνή πραγματικότητα.

Στην παρούσα εργασία, επιχειρείται η διερεύνηση των κινήτρων και των παραγόντων που ωθούν τις επιτόκους να επιλέξουν την ΚΤ ενώ δεν συνυπάρχουν ιατρικές ενδείξεις. Ο στόχος ήταν να περιγραφεί ο τρόπος λήψης της απόφασής τους να γεννήσουν τα παιδιά τους με ΚΤ, χωρίς να υπάρχουν αντίστοιχες ιατρικές ενδείξεις που να τις υποχρεώνουν σε αυτόν τον τρόπο τοκετού.

## ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

### Εννοιολογικός Προσδιορισμός

Ως Καισαρική Τομή ορίζεται η χειρουργική τομή που διενεργείται επί των κοιλιακών τοιχωμάτων και της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας, προκειμένου να γεννηθεί το έμβρυο και να εξέλθουν ο πλακούντας και οι εμβρυϊκοί υμένες (Τζεβελέκης και συν 2008). Πρόκειται για μείζονα χειρουργική επέμβαση και συνήθως επιτελείται με περιοχική αναισθησία (Keogh et al 2005). Βασικές ενδείξεις επιλογής της ΚΤ ως μεθόδου τοκετού αποτελεί η αυξημένη πιθανότητα γέννησης μη βιώσιμου νεογνού, εξαιτίας δυσαναλογιών μεγέθους της κεφαλής του εμβρύου και της ανατομίας της εγκύου και προβλημάτων

στον πλακούντα ή τον κόλπο (Ainbinder 2003).

Η ΚΤ διακρίνεται σε επείγουσα και προγραμματισμένη. Η επείγουσα αναφέρεται στην ΚΤ που υπαγορεύεται από επιπλοκές της εγκυμοσύνης και του τοκετού, ενώ η προγραμματισμένη εκτελείται πριν την έναρξη του πρώτου σταδίου του τοκετού και πριν την εμφάνιση επιπλοκών που θα την καθιστούσαν επείγουσα. Ως ΚΤ από επιλογή ορίζεται η ΚΤ που πραγματοποιείται χωρίς να υπάρχουν ιατρικές ενδείξεις (National Institutes of Health 2006).

### Οι κίνδυνοι από την ΚΤ

Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η ΚΤ μετά από επιλογή της μητέρας, αποτελεί μία ακόμα έκφανση της ελευθερίας της να επιλέξει τον τρόπο με τον οποίο θα γεννήσει και λειτουργεί προστατευτικά για τη μητέρα και το παιδί (Wax et al 2005). Όμως, υπάρχουν σαφείς κίνδυνοι και κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις.

Συγκρίνοντας τον ΦΤ με τον τοκετό με ΚΤ, για την μητέρα είναι πολύ πιο πιθανό να παρατηρηθούν επιπλοκές και ανεπιθύμητα συμβάματα, όπως τραυματισμός εσωτερικού οργάνου, μείζων λοίμωξη, ανεξέλεγκτη αιμορραγία που μπορεί να οδηγήσει σε επείγουσα υστερεκτομή, επιπλοκές από την αναισθησία και άλλα (Goer & Jukelevics 2010). Επίσης, μπορούν να υπάρξουν και αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες όπως κακή εμπειρία από τον τοκετό, μειωμένη αυτοεκτίμηση, φόβος, έλλειψη αυτοπεποίθησης, κατάθλιψη και μετατραυματικό στρες. Τέλος, δεν μπορεί να αποκλειστεί ο θάνατος ως επιπλοκή από την ΚΤ. Χαρακτηριστικά σε μελέτη στον Καναδά διαφαίνεται ότι το ποσοστό της θνησιμότητας για τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ΚΤ υπολογίστηκε στο 27,3% ενώ για τις γυναίκες που γεννήσαν διακολπικώς (ΦΤ) υπολογίστηκε σε 9% (Lui et al 2007).

Παράλληλα, συγκρίνοντας τον ΦΤ με τον τοκετό με ΚΤ, για το παιδί μπορεί να υπάρξει σχετική προωρότητα λόγω προγραμματισμένου τοκετού και επιπλοκές, ενώ μπορούν να παρατηρηθούν επιπλοκές και ανεπιθύμητα συμβάματα, όπως χειρουργικοί τραυματισμοί, επανεισαγωγή στο νοσοκομείο, ανάπτυξη άσθματος και διαβήτη

τύπου I, μέχρι και θάνατο κατά τις 28 πρώτες ημέρες μετά τη γέννηση (MacDorman 2008). Σε μελέτες αναφέρονται προβλήματα στη γαλουχία και κυρίως το θηλασμό, τόσο στο παιδί όσο και στη μητέρα καθώς και μειωμένη σωματική επαφή μητέρας- νεογνού (Prior et al 2012). Μία άλλη παράμετρος που είναι σκόπιμο να εξεταστεί είναι το κόστος, είτε ως άμεσο κόστος του τοκετού με ΚΤ σε σύγκριση με το ΦΤ είτε ως έμμεσο κόστος μέσω των επιπλοκών (Truven 2013).

### Προγραμματισμένη Καισαρική Τομή ως Επιλογή της Γυναίκας

Αποτελεί αδιαμφισβήτητη πραγματικότητα η αύξηση του ποσοστού των τοκετών με ΚΤ κυρίως στις μέσου και υψηλού οικονομικού επιπέδου χώρες, παρά την συντονισμένη προσπάθεια που γίνεται για το αντίθετο. Η αιτιολόγηση της αύξησης αυτής καθώς και οι συνέπειές της δεν έχουν διερευνηθεί πλήρως (Belizán 2007). Στην Ελλάδα, σύμφωνα με αναδρομικές μελέτες, υπολογίζεται ότι στην περιοχή των Αθηνών το 41,6% των τοκετών σε δημόσια νοσοκομεία και το 53% σε ιδιωτικά νοσοκομεία, έγιναν με ΚΤ (Mossialos 2005).

Σε μία προσπάθεια ερμηνείας των λόγων αύξησης των ποσοστών των τοκετών με ΚΤ, οι ερευνητές συσχετίζουν την επιλογή της ΚΤ με την αυξημένη χρήση της βιοϊατρικής τεχνολογίας, την ιατρική αμέλεια, την αλλαγή στα δημογραφικά στοιχεία των εγκύων και την αυξημένη ανησυχία των επαγγελματιών υγείας για επιπλοκές που μπορεί να αποβούν απειλητικές για τη ζωή της επιτόκου. Επίσης, προηγούμενος τοκετός με ΚΤ καθορίζει την τέλεση ΚΤ και σε επόμενους τοκετούς.

Ως συνέπεια της γενικότερης αυτής αύξησης του ποσοστού των τοκετών με ΚΤ προκύπτει και ο τοκετός με ΚΤ μετά από επιλογή της εγκύου. Χαρακτηριστικά αναφέρεται αναδρομική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 24 νοσοκομεία της Νορβηγίας και σύμφωνα με την οποία, σε ένα σύνολο 18.653 τοκετών, το 7,6% αυτών αποτελούσαν τοκετοί με καισαρική τομή ως επιλογή της μητέρας (Kolas et al 2003). Παγκοσμίως, παρατηρείται μία τάση αύξησης των ποσοστών των γυναικών που επιλέγουν να γεννήσουν με καισαρική τομή, χωρίς να υπάρχουν οι αντίστοιχες ιατρικές ενδείξεις. Είναι λογικό να υποθεθεί ότι κάθε γυναίκα ευελπιστεί να έχει μία θετική εμπειρία από τη γέννηση του παιδιού της. Η σκέψη των ωδίνων του τοκετού απασχολεί σοβαρά τις περισσότερες μέλλουσες μητέρες (Saisto et al 2001). Σχετικά με τον πόνο, η κοινή γνώμη τοποθετείται σαφώς υπέρ της άποψης ότι η ΚΤ από επιλογή αποτελεί την «εύκολη επιλογή». Αυτή η άποψη έχει συμβάλει σημαντικά στην αύξηση των ποσοστών των τοκετών με ΚΤ από επιλογή (Barber 2011). Ο φόβος, ως ο κυριότερος από τους ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν καθοριστικά στην επιλογή του τρόπου του τοκετού, σύμφωνα με τους Rahnama et al

(2015) υποδηλώνει ότι θα πρέπει να ενισχυθούν τα προγεννητικά εκπαιδευτικά προγράμματα που σχετίζονται με την εκπαίδευση των εγκύων και την καταπολέμηση των φόβων που σχετίζονται με τη διαδικασία της γέννας. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες κατά τον τοκετό χρειάζονται συνεχή υποστήριξη για να έχουν μια θετική εμπειρία (Lundgren et al 2009, Hodnett et al 2013).

Σε μία μελέτη στην Αυστραλία, γυναίκες ανέφεραν ότι είδαν τον εαυτό τους ως μέσο γέννησης του μωρού, με αναγωγή της γέννησης σε γεγονός που αφορά μόνο στο παιδί και όχι στη γυναίκα. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, αποσυνέδεαν τον εαυτό τους από το σώμα τους και δήλωναν απώλεια της αίσθησης ελέγχου του εαυτού τους και αυτοδιάθεσης Ως συνέπεια αυτού, η επιλογή της ΚΤ ήταν μονόδρομος (Fenwick et al 2010). Εντούτοις, έχει αποδειχθεί ότι ο τοκετός με ΚΤ από επιλογή, συχνά δεν αποφέρει τα προσδοκώμενα οφέλη για την μητέρα και το παιδί, αντιθέτως, εμπεριέχει υψηλότερο κίνδυνο, τόσο σωματικό όσο και συναισθηματικό, συγκρινόμενος με το ΦΤ (McFarlin 2004).

Μία γυναίκα επιλέγει τον τρόπο του τοκετού της υπό το κράτος εξωτερικών και εσωτερικών επιδράσεων. Ως εσωτερικές επιδράσεις μπορούν να θεωρηθούν, η προσωπικότητά της, η άποψή της σχετικά με την μητρότητα, οι πεποιθήσεις της σχετικά με την ασφάλεια του παιδιού και τη δική της (Penna 2003), προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες τοκετού, προϋπάρχοντα ψυχολογικά προβλήματα, σε συνδυασμό με παρελθόν σωματικής ή σεξουαλικής βίας, ο φόβος, η άποψή της για την μετά τον τοκετό κατάσταση του σώματός της και άλλα (Niino 2011). Επίσης, συνυπολογίζεται ο χρόνος για την μετά τον τοκετό επαναφορά στην πρότερη φυσική δραστηριότητα και ο φόβος της αναισθησίας (Black 2005). Η «τοκοφοβία» είναι ο αναίτιος φόβος που αφορά στον τοκετό και σαφώς στρέφει την έγκυο προς την ΚΤ, συχνά με τη σύμφωνη γνώμη του ιατρού της (Eriksson 2006).

Παράλληλα, τονίζεται και η άνεση και η αίσθηση του ελέγχου στην περίπτωση του προγραμματισμένου τοκετού με ΚΤ. Ενώ στις εξωτερικές επιδράσεις εντάσσονται η οικογένεια και οι φίλοι, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικά στερεότυπα. Το εργασιακό καθεστώς επίσης αποτελεί ένα παράγοντα που συντελεί στην επιλογή του τοκετού με ΚΤ, σε συνδυασμό με το μειωμένο διαθέσιμο χρόνο και τις περιορισμένες κοινωνικές παροχές (Keogh et al 2005). Στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε μία προτίμηση ως προς το χρόνο επιλογής του τοκετού, με αυξημένη προτίμηση για το τέλος του Δεκεμβρίου, προκειμένου να συνδυαστεί η άφιξη του παιδιού με μειώσεις στη φορολόγηση της οικογένειας (Lo 2003).

Ένας ακόμη παράγοντας που ενισχύει το φόβο των γυναικών για το φυσιολογικό τοκετό, είναι οι εμπειρίες συγγενών και φίλων. Στη μελέτη των Arthur και Payne (2005) οι συμμετέχουσες θεώρησαν ότι ο φυσιολογικός

τοκετός είναι απρόβλεπτος και δυνητικά επικίνδυνος, βασισμένες σε ιστορίες άλλων γυναικών από την οικογένεια ή το ευρύτερο φιλικό περιβάλλον. Επιπρόσθετα, οι ίδιες γυναίκες διατύπωναν ότι μια πιο τεχνολογικά προηγμένη μέθοδος, όπως η καισαρική τομή, αποτελούσε ασφαλέστερη εναλλακτική επιλογή. Και στη μελέτη των Munro et al (2009), οι περισσότερες γυναίκες αναζητούν πληροφορίες από την οικογένεια και τους φίλους για να αποκτήσουν μια ακριβή εικόνα η οποία κατά κύριο λόγο εστιάζεται στα αρνητικά σημεία του τοκετού και στα θετικά της καισαρικής τομής.

Ένας όμως ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας είναι ο γυναικολόγος. Εκτός από τις περιπτώσεις που ιατρικώς επιβάλλουν την ΚΤ, συχνά οι γυναικολόγοι ωθούν τις εγκύους στην επιλογή αυτού του τρόπου τοκετού καθώς είναι πιο ξεκούραστος τρόπος και διευκολύνει το πρόγραμμά τους για διάφορους λόγους (Hannah 2006). Πρωτίστως, δεν δραστηριοποιούνται σε μη εργάσιμο ωράριο, λιγότερες ΚΤ πραγματοποιούνται τις Κυριακές και μετά τις 5 το απόγευμα (Lo 2003), επιπρόσθετα ενώ ένας ΦΤ μπορεί να διαρκέσει και περισσότερο από 12 ώρες, ο τοκετός με ΚΤ διαρκεί περί τα 30' (Zhang 2010), οικονομικά αποφέρει μεγαλύτερες απολαβές και φαίνεται να είναι νομικά πιο ασφαλής, ιδιαίτερα όταν ο ιατρός έχει σημαντική χειρουργική εμπειρία και ελαχιστοποιούνται οι επιπλοκές (Penna & Agulkumar 2003). Σε πολλές μελέτες αναφέρεται η υποστηρικτική στάση των γιατρών στην απόφασή τους να υποβληθούν σε καισαρική τομή για μη ιατρικούς λόγους, ενώ κανένας γιατρός δεν τους ενημέρωσε σχετικά τους κινδύνους της, ή προσπάθησε να τις μεταπείσει και να προσπαθήσουν να γεννήσουν φυσιολογικά (Puia 2013). Σε άλλες πάλι μελέτες οι επαγγελματίες υγείας τις ενθάρρυναν να υποβληθούν σε καισαρική τομή (Yazdizadeh et al 2011, Kamal 2013). Σύμφωνα με διεθνή μελέτη, «καμία γυναίκα δεν αναζήτησε μια δεύτερη γνώμη, ούτε αμφισβήτησε το γιατρό της» θεωρώντας ότι ο γιατρός της υποστήριξε και ενίσχυσε την «ασφαλή» και λογική επιλογή της (Fenwick et al 2010). Ένα ακόμη, κομβικό σημείο είναι η ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης με τις μαιές, καθώς μελέτες έχουν καταδείξει ότι στην περίπτωση αυτή ενθαρρύνεται ο ΦΤ σε σύγκριση με την κατ' επιλογή ΚΤ, ενώ όταν η σχέση εμπιστοσύνης αναφέρεται στον ιατρό, η απόφαση κλίνει προς την ΚΤ (Barros et al 2015).

Τέλος, η διαδικασία της λήψης της απόφασης είναι περίπλοκη και έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα για την ερμηνεία της. Η διαδικασία λήψης της απόφασης ορίζεται ως η ανάλυση των πληροφοριών και η εφαρμογή της απόφασης (Bagheri 2003). Το κοινό σημείο είναι

ότι η έγκυος είναι υγιές άτομο που επιθυμεί και είναι σε θέση να λάβει αποφάσεις για τον τοκετό της, λαμβάνοντας όμως υπόψη ότι μπορεί να βρίσκεται υπό το κράτος συναισθηματικού στρες (McCaffery et al 2007). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Κίνα οι γυναίκες επικαλέστηκαν φόβο για τις ωδίνες του τοκετού και την υγεία του μωρού, κυρίως με τη σκέψη ότι μπορούν να φέρον στον κόσμο μόνο ένα παιδί, πληροφορίες από το οικογενειακό περιβάλλον και τους φίλους, τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών στην περιοχή τους. Η όλη διαδικασία περιγράφηκε σε πέντε στάδια, ενώ η δυσκολία εντοπίστηκε στο να πείσουν τον ιατρό τους για την ορθότητα της επιλογής τους (Cheung et al 2006).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δυνατότητα της «επιλογής», αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την απόφαση μιας γυναίκας να υποβληθεί σε ΚΤ. Η λέξη «κατ' επιλογήν» από μόνη της αποτελεί μια εναλλακτική λύση λόγω δικής της προαίρεσης. Στο επίκεντρο της επιλογής των γυναικών βρίσκεται η γέννηση ενός υγιούς μωρού. Μέσω της παρούσας ανασκόπησης, προσδιορίστηκε ο καθοριστικός ρόλος του γιατρού, η ενθάρρυνση και η υποστηρικτική του στάση στην απόφασή των γυναικών να υποβληθούν σε ΚΤ ενώ επισημάνθηκε η θεώρηση ότι η τεχνολογία έχει δώσει περισσότερες ασφαλείς επιλογές και καλύτερη φροντίδα όταν πρόκειται για την εγκυμοσύνη, τον τοκετό και τη γέννηση ενός υγιούς παιδιού.

Η ΚΤ αποτελεί έναν τρόπο τοκετού με σαφείς ενδείξεις και πολλές φορές αποτελεί μονόδρομο προκειμένου να υπάρξει ασφαλής για τη μητέρα και το παιδί τοκετός. Όμως, συνδέεται και με επιπλοκές που στην περίπτωση της εθελουσίας ΚΤ θα πρέπει να αναφέρονται αναλυτικά στην επίτοκο. Είναι πολύ σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, στις περιπτώσεις όπου οι ιατρικές ενδείξεις επιτρέπουν την επιλογή, να επεξηγούν με σαφήνεια όλες τις συνέπειες, θετικές και αρνητικές που δυνητικά συνοδεύουν την κάθε επιλογή, έτσι ώστε η διαδικασία της λήψης της τελικής απόφασης να λαμβάνεται με όσο το δυνατό αρτιότερο τρόπο επ' ωφελεία μητέρας και παιδιού.

### Συμβολή των συγγραφέων

ΓΠ: συμμετείχε στην σύλληψη και το σχεδιασμό της ανασκόπησης, την συλλογή των δεδομένων και την συγγραφή του κειμένου. ΜΔ και ΠΑ: συμμετείχαν στην συλλογή των δεδομένων και την συγγραφή του κειμένου. Όλοι οι συγγραφείς αξιολόγησαν κριτικά το σύνολο του κειμένου και ενέκριναν την υποβολή του προς δημοσίευση.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ainbinder S.W. (2003). Operative delivery. In A.H. DeCherney and L. Nathan (Eds) *Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment* (pp. 499-530).
- Arthur D. & Payne D. (2005). USA: Maternal request for an elective caesarean section. *New Zealand College of Midwives Journal* 33: 17-20.
- Bagheri A.M., Salsali M. & Ahmadi F. (2003). Clinical Decision-Making: a Way to Professional Empowerment in Nursing. *Iranian Journal of Medical Education* 3: 3-13.
- Barber E.L., Lundsberg L., Belanger K., Pettker C.M., Funai E.F. & Illuzzi J.L. (2011). Contributing Indications to the Rising Cesarean Delivery Rate. *Obstetrics and gynecology* 118(1): 29-38.
- Barros F.C., Matijasevich A., Maranhão A.G., Escalante J.J., Neto D.L. & Fernandes R.M. (2015). Cesarean sections in Brazil: will they ever stop increasing? *Rev Panam Salud Publica* 38(3): 217-25.
- Belizán J.M., Althabe F. & Cafferata M.L. (2007). Health consequences of the increasing caesarean section rates. *Epidemiology* 18(4): 485-6.
- Black C., Kaye J.A. & Jick H. (2005). Cesarean delivery in the United Kingdom: time trends in the general practice research database. *Obstet Gynecol* 106(1): 151-5.
- Cheung N.F., Mander R., Cheng L., Chen V.V. & Yang X.Q. (2006). Caesarean decision-making: Negotiation between Chinese women and healthcare professionals. *Evidence Based Midwifery* 4(1): 24.
- Davidson M.R., London M.L. & Ladewig P.W. (2012). Olds' maternal newborn nursing & women's health across the lifespan (9th ed). Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education, Inc.
- Eriksson C., Westman G. & Hamberg K. (2006). Content of Childbirth-Related Fear in Swedish Women and Men-Analysis of an Open-Ended Question. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51(2): 112-118.
- Fenwick J., Staff L., Gamble J., Creedy D.K. & Bayes S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal healthy pregnancy. *Midwifery* 26 (4): 394-400.
- Goer H. & Jukelevics N. (2010). Coalition for Improving Maternity Services. Available at: <http://www.motherfriendly.org/resources/documents/therisksofcesareansectionfebruary2010.pdf>. Accessed in: 8/12/15.
- Hannah M.E. (2004). Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? *Canadian Medical Association Journal* 170(5): 813-814.
- Hodnett E.D., Gates S., Hofmeyr G.J. & Sakala C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 7.
- Kamal S.M. (2013). Preference for Institutional Delivery and Cesarean Sections in Bangladesh. *Journal of Health, Population, and Nutrition* 31(1): 96-109.
- Keogh E., Hughes S., Ellery D., Daniel C. & Holdcroft A. (2005). Psychosocial influences on women's experiences of planned elective cesarean section. *Psychosomatic Medicine* 68, 167-174.
- Kolas T., Hofess D., Daltveit A., Nilsen S., Henrickson T., Hager R., Ingemarsson I. & Ølian P. (2003). Indications for cesarean deliveries in Norway. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 188(4): 864.
- Lo J. (2003). Patient's attitudes vs. physician's determination: Implications for cesarean sections. *Social Science & Medicine* 57(1): 91.
- Lui S., Liston R., Joseph K., Heaman M., Sauve R. & Kramer M. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean section 112 versus planned vaginal delivery at term. *Canadian Medical Association Journal* 176: 455.
- Lundgren I., Karlsdottir S. & Bondas T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context: a secondary analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 4: 115-128.
- MacDorman M.F., Declercq E., Menacker F. & Malloy M.H. (2008). Neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to low-risk women: Application of an "intention-to-treat" model. *Birth* 35(1): 3-8.
- MacMillan D.T. (2010). Understanding the health beliefs of first time mothers who request an elective cesarean versus mothers who request a vaginal delivery. *Nursing Dissertations* 14: 23-33.
- McCaffery K., Irwig K. & Bossuyt P. (2007). Patient decision aides to support clinical decision making: Evaluating the decision or the outcomes of the decision. *Medical Decision Making* 27(19): 625.
- McFarlin B. (2004). Elective cesarean birth: Issues and ethics of informed consent. *Journal of Midwifery & Women's Health* 49: 421.
- Mossialos E., Allin S., Karras K. & Davaki K. (2005). An investigation of Caesarean sections in three Greek hospitals: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 15: 288-295.
- Munro S., Kornelsen J. & Hutton E. (2009). Decision Making in Patient-Initiated Elective Cesarean Delivery: The Influence of Birth Stories. *Journal of Midwifery and Women's Health* 54: 373-379.
- National Institutes of Health (2006). NIH State of the science Conference statement on Cesarean delivery on maternal request. Bethesda.
- Niino Y. (2011). The increasing cesarean rate globally and what we can do about it? *BioScience Trends* 5(4): 139-150.
- Penna L. & Arulkumaran S. (2003). Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 399.
- Prior E., Santhakumaran S., Gale C., Philipps L.H., Modi N. & Hyde M.J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition* 95(5): 1113-35.
- Puia D.M. (2013). The cesarean decision survey. *The Journal of Perinatal Education* 22: 212-225.
- Rahnama P., Mohammadi K. & Montazeri A. (2015). Salient beliefs towards vaginal delivery in pregnant women: A qualitative study from Iran. *Reproductive Health*. 13: 7.
- Saisto T., Salmela-Aro K., Nurmi J., Kononen T. & Halmesmaki E. (2001). A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstetrics and Gynecology* 98: 820.
- Truven Health Analytics. (2013). The cost of having a baby in the United States. Greenwood Village (CO): Truven Health Analytics;
- Wax J., Cartin A., Pinette M. & Blackstone J. (2004). Patient choice cesarean: An evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv* 59: 601-616.
- Yazdizadeh B., Nedjat S., Mohammad K., Rashidian A., Changizi N. & Majdzadeh R. (2011). Cesarean section rate in Iran, multidimensional approaches for behavioral change of providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 11: 159.
- Zhang J., Troendle J. & Reddy U.M. (2010). Contemporary Cesarean Delivery Practice in the United States. *American journal of obstetrics and gynecology* 203(4): 326.
- Τζεβελέκης Φ., Παπαδόπουλος Α., Τσαλίκης Χ. & Σταματόπουλος Χ. (2008) Καισαρική τομή: νεότερα δεδομένα. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία* 20(2): 139-145.

# Elective cesarean section as a woman's choice: a narrative literature review

Georgia Pontiki<sup>1</sup>, Marianna Drakopoulou<sup>2</sup>, Paraskevi Apostolara<sup>3</sup>

1. Midwife, Vice Director, Nursing Department, General and Maternity District Hospital Helena Venizelou, MSc  
2. Clinical Nurse Manager, General and Maternity District Hospital Helena Venizelou RN, MSc, PhD  
3. Vocational Training School Teacher, RN, MSc, PhD, 1st EPAL Kamaterou, Scientific Partner of the Faculty of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

## ABSTRACT

The natural childbirth is the most indicated way of birth, while the cesarean section (C-section) is an intervening procedure that includes risks and is addressed to women with serious medical contraindications for natural birth. However, there has been a rapid increase in C-section deliveries in recent years. At the same time, there has been a tendency of the couples to choose a C-section without medical evidence. The purpose of the present review is the exploration of the motivation and the factors that urge the new mothers to choose a C-section while there is no medical evidence. In many studies researchers correlate the C-section choice with the increased use of biomedical engineering, the medical malpractice, and the increased concerns of health professionals for possible complications along with the previous delivery experience. A woman chooses the way of delivery under not only external but also internal factors such as personality, beliefs related to the baby's and her security, the previous traumatic delivery experiences, the preexisting psychological problems and the delivery phobia. The C-section is a way of delivery with certain indications and many times is the only way in order the delivery to be safe for both the mother and the baby. It is very important for the health professionals, in cases where the medical evidence allows the choice, to clarify all the consequences, both positive and negative that could accompany each choice, so that the procedure of the final decision to be made in the best possible way for the benefit of the mother and the baby.

**Keywords:** Birth, cesarean section, choice, experience, woman's demand.

Corresponding Author: Georgia Pontiki  
Telephone number: 6972102510  
Email: gpontiki@hotmail.com

Submission Date: : 15/03/17  
Publication Date: 20/04/2017