



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ



## ***Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία***

### ***"Ο Ρόλος της Φυλής στον Μαιευτικό Πόνο"***

υπό

**(Στυλιανή Μήττα)**

(Ειδικευόμενη Αναισθησιολογίας)

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

*«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»*

Λάρισα, 2024

**Επιβλέπουσα:** Αρέθα Αδαμαντία

**Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:**

1. Α. Αρέθα
2. Ε. Αρναούτογλου
3. Κ. Σταμούλης

**Αναπληρωματικό μέλος:**

Μ. Νταλούκα

**Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:**

The role of race in obstetric pain

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές μου για την υποστήριξή τους καθόλη τη διάρκεια των σπουδών μου, όπως επίσης την οικογένειά μου, τους φίλους μου και τον σύντροφό μου.

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η σωστή αντιμετώπιση του μαιευτικού πόνου είναι πάρα πολύ σημαντική τόσο κατά τον φυσιολογικό τοκετό όσο και κατά την χειρουργική επέμβαση καισαρικής τομής. Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση κατά την οποία αναζητήθηκε η σχέση της φυλής/εθνικότητας των γυναικών και του μαιευτικού πόνου.

**Στόχος- Μεθοδολογία:** Η εύρεση ομοιογενούς βιβλιογραφίας δεν ήταν εύκολη, καθώς δεν είναι ένα ευρέως μελετημένο θέμα κι επιπλέον υπήρχε σημαντική ετερογένεια στους κύριους στόχους των υπάρχουσών μελετών. Έτσι εστιάσαμε στις παρακάτω παραμέτρους και στις πιθανές διαφορές μεταξύ φυλών/εθνικότητας των γυναικών: i) διαφορές μεταξύ των φυλών/εθνικοτήτων στην μετεγχειρητική αξιολόγηση του πόνου, ii) χορήγηση αναλγητικών μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό, iii) σύγκριση μεταξύ χρήσης περιοχικής και γενικής αναισθησίας για καισαρική τομή, iv) συχνότητα χρήσης περιοχικής αναλγησίας ανάλογα με την φυλή/εθνικότητα, v) αναζητήθηκαν πολιτισμικές διαφορές και απόψεις σχετικά με την αναλγησία τοκετού και τον τρόπο που η γλώσσα και η εκπαίδευση επηρεάζουν την απόφαση για χρήση περιοχικής αναλγησίας.

**Αποτελέσματα:** Πέντε μελέτες παρατήρησης εξετάζουν τις διαφορές μεταξύ των φυλών/εθνικοτήτων στην μετεγχειρητική αξιολόγηση του πόνου και σύμφωνα με αυτές οι μη λευκές γυναίκες δέχονται λιγότερη αξιολόγηση του πόνου μετά από καισαρική τομή, ενώ οι μαύρες γυναίκες εκδηλώνουν υψηλότερα σκορ πόνου μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό. Επίσης 5 μελέτες συγκρίνουν την χορήγηση αναλγητικών μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό, ενώ σύγκριση μεταξύ χρήσης περιοχικής και γενικής αναισθησίας για καισαρική τομή κάνουν 6 μελέτες. Δέκα μελέτες εστίασαν στην συχνότητα χρήσης περιοχικής αναλγησίας ανάλογα με την φυλή/εθνικότητα. Σύμφωνα με αυτές οι μη λευκές γυναίκες λαμβάνουν λιγότερα αναλγητικά μετεγχειρητικά και λιγότερη επισκληρίδια αναλγησία τοκετού, ενώ υποβάλλονται συχνότερα σε καισαρική τομή με γενική αναισθησία σε σύγκριση με τις λευκές γυναίκες. Τέλος από τις μελέτες που εξετάζουν το ζήτημα των πολιτισμικών επιδράσεων φάνηκε ότι η διαφορετική γλώσσα και η έλλειψη εκπαίδευσης μπορούν να αποτελέσουν εμπόδιο στην χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού και επομένως στην κατάλληλη αντιμετώπιση του μαιευτικού πόνου.

**Συμπεράσματα:** Αν και απαιτούνται περισσότερες μελέτες για να υπάρχει ξεκάθαρο συμπέρασμα, οι περισσότεροι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι μη λευκές γυναίκες δεν λαμβάνουν την ίδια ικανοποιητική αναλγησία κατά τον τοκετό και την καισαρική τομή, όπως οι λευκές. Επομένως, διαφαίνεται διάκριση στην ανακούφιση του

μαιευτικού πόνου σε γυναίκες μειονοτικής καταγωγής ή που δεν ανήκουν στην λευκή φυλή.

### **Λέξεις-Κλειδιά:**

μαιευτικός πόνος, αναλγησία τοκετού, επισκληρίδια αναλγησία, περιοχική αναλγησία, περιοχική αναισθησία, μετεγχειρητικός πόνος, καισαρική τομή, φυλή, εθνικότητα, μειονότητα

### **Διευκρίνιση:**

Αναγνωρίζουμε την μη βιολογική διάσταση του φύλου και την πολυπλοκότητα της ταυτότητας φύλου, που μπορεί να διαφέρει από αυτήν που έχει αποδοθεί κατά την γέννηση. Ωστόσο, για λόγους ορθής χρήσης της ελληνικής γλώσσας, όπως αυτή προς το παρόν (2024) διαμορφώνεται, και προκειμένου το κείμενο να είναι ευανάγνωστο, χρησιμοποιείται η λέξη «γυναίκα» και οι θηλυκές αντωνυμίες για να περιγραφούν ασθενείς με θηλυκό βιολογικό φύλο.

## **Abstract**

**Introduction:** The management of obstetric pain is of great importance; either during labor or cesarean section. In this literature review the relationship of race/ethnicity and obstetric pain was examined.

**Objective- Methodology:** A systematic review was not feasible, as it is not a widely studied topic and there was considerable heterogeneity among the objectives of existing studies. Thus we focused on the following axes and possible differences between women's races/ethnicities: i) differences between races/ethnicities in postoperative pain assessment; ii) administration of analgesics after caesarean section or natural delivery; iii) comparison between use of regional and general anesthesia for caesarean section; iv) frequency of use of regional analgesia by race/ethnicity; v) cultural differences and views on labor analgesia and the influence of language and education on the decision to use neuraxial analgesia.

**Results:** Five observational studies examine the differences between races/ethnicities in postoperative pain assessment and according to these non white women receive less assessment of pain after caesarean section, while black women have higher pain scores after caesarean section or labor. Also 5 studies compared the administration of analgesics after caesarean section or natural delivery, while 6 studies compare between use of regional and general anesthesia for caesarean section. Ten studies focused on frequency of use of regional analgesia by race/ethnicity. According to these, non-white women receive less postoperative analgesics and less epidural analgesia, while they are more often subjected to caesarean section with general anesthesia compared to white women.

Lastly studies on the cultural aspect of pain indicate that the different spoken language and lack of education can be a barrier to the use of epidural labor analgesia and therefore to the appropriate treatment of obstetric pain.

**Conclusions:** Although more studies are needed to draw a clear conclusion, most researchers conclude that nonwhite women do not receive the same satisfactory analgesia during labor and cesarean section as white women. Thus, there appears to be discrimination in the relief of obstetric pain in minority or non-white women.

## **Key words:**

obstetric pain, labor analgesia, epidural analgesia, neuraxial analgesia, neuraxial anesthesia, post-operative pain, cesarean section, race, ethnicity, minority

# **Πίνακας Περιεχομένων**

## **Σύνοψη Διατριβής**

### **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή**

##### 1.1 Περιγραφή

##### 1.2 Σχετικές δημοσιεύσεις

### **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

#### **Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία**

##### 2.1 Στόχος μελέτης

##### 2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

##### 2.2 Στρατηγική αναζήτησης ή περιγραφή μεθοδολογίας μελέτης

##### 2.3 Ορισμοί

#### **Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα**

##### 3.1 Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου μετά από καισαρική τομή και μετά από φυσιολογικό τοκετό

##### 3.3 Γενική αναισθησία και καισαρική τομή

##### 3.2 Χορήγηση αναλγητικών μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό

##### 3.4 Φυσιολογικός τοκετός και περιοχική αναισθησία

##### 3.5 Πολιτισμικές επιδράσεις στην χρήση περιοχικής αναλγησίας κατά τον φυσιολογικό τοκετό

##### 3.6 Epidural Blood patch για κεφαλαλγία από τρώση σκληράς μήνιγγας και φυλή

#### **Κεφάλαιο 4 Συζήτηση**

#### **Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα**

#### **Βιβλιογραφία**

# 1. Εισαγωγή

## 1.1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες ο πληθυσμός της Ευρώπης, αλλά και του υπόλοιπου δυτικού κόσμου, αλλάζει και εμπλουτίζεται με ανθρώπους όλων των φυλών και εθνικοτήτων, καθώς το 8,5% των κατοίκων της Ε.Ε. έχει γεννηθεί σε χώρα εκτός Ε.Ε.<sup>43</sup>. Η κλιματική αλλαγή και οι συγκρούσεις στον κόσμο εντείνουν την μετανάστευση, ενώ παράλληλα ο πληθυσμός της Ευρώπης γερνάει και κινδυνεύει να μειωθεί χωρίς την μετανάστευση<sup>43</sup>. Όπως είναι αναμενόμενο και ο ιατρικός κόσμος θα έρχεται όλο και πιο συχνά αντιμέτωπος με άτομα διαφορετικών φυλών και οφείλει σταδιακά να προσαρμοστεί στις ανάγκες τους και να τους παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα.

Η ανακούφιση του πόνου είναι πάνω από όλα δείγμα πολιτισμού και ενδιαφέροντος για τον άνθρωπο, καθώς η αναισθησιολογία σαν ειδικότητα εξελίσσεται τα τελευταία 100 χρόνια και η ανακουφιστική/παρηγορική φροντίδα μόλις πρόσφατα κερδίζει έδαφος στην συνείδηση των ιατρών και της κοινωνίας. Ο μαιευτικός πληθυσμός αφορά δε νέες και συνήθως υγιείς γυναίκες οι οποίες θα προχωρήσουν στην ζωή τους με την πολύτιμη εμπειρία του τοκετού, επομένως είναι σημαντικό αυτή να μην είναι επίπονη και τραυματική, αλλά όσο γίνεται ανώδυνη. Εστιάζοντας στην σχέση μαιευτικού πόνου και φυλής, γίνεται μια προσπάθεια να αναδειχθούν οι ανάγκες του ευάλωτου πληθυσμού της κοινωνίας. Είναι γνωστό ότι οι ιατρικές ανάγκες των γυναικών παραγνωρίζονται<sup>42</sup>, ενώ τα άτομα μη λευκής φυλής βιώνουν ρατσισμό και διάκριση και στον τομέα της υγείας<sup>14</sup>.

## 1.2 Σχετικές δημοσιεύσεις

Οι Lee και συνεργάτες ασχολήθηκαν με το ζήτημα της ανισότητας στη μαιευτική αναισθησία, πραγματοποιώντας μία βιβλιογραφική ανασκόπηση στις Η.Π.Α. το 2023<sup>1</sup>. Τα κύρια ευρήματα της ανασκόπησης αυτής ήταν ότι οι ισπανόφωνες και μαύρες γυναίκες υποβάλλονταν σε καισαρική τομή με γενική αναισθησία σε μεγαλύτερο βαθμό, ο μετεγχειρητικός πόνος τους αξιολογούνταν λιγότερο και τους συνταγογραφούνταν λιγότερα οπιοειδή κατά το εξιτήριο, συγκριτικά με τις λευκές γυναίκες<sup>1</sup>. Όσον αφορά την χρήση επισκληριδίου καθετήρα κατά τον φυσιολογικό τοκετό τα δεδομένα δεν ήταν ξεκάθαρα, καθώς κάποιες μελέτες δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική διαφορά, ενώ άλλες εντόπισαν μικρότερη χρήση επισκληριδίου αναλγησίας στις ισπανόφωνες και στις μαύρες γυναίκες<sup>1</sup>.

Στα παραπάνω σημεία συμφωνεί και η ανασκόπηση των Lange και συνεργατών σχετικά με τις διακρίσεις στην μαιευτική αναισθησία, όπου παρατηρήθηκαν μειωμένα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας/αναισθησίας σε γυναίκες μειονοτικής καταγωγής τόσο για τον φυσιολογικό τοκετό, όσο και για την καισαρική τομή<sup>38</sup>. Οι Lange et al. εντοπίζουν τις πιθανές αιτίες για τις διαφορές αυτές σε πολιτισμικές διαφορές του ατόμου, προκαταλήψεις των ιατρών και συστημικές διακρίσεις<sup>38</sup>.

## 2. Μεθοδολογία

### 2.1 Στόχος μελέτης

Με τη μελέτη αυτή επιθυμούμε να αναδείξουμε ένα θέμα που έχει απασχολήσει πολύ λίγο τους ερευνητές, αυτό της φυλετικής ανισότητας σε ζητήματα μαιευτικού πόνου. Τίθεται το ερώτημα αν γυναίκες από μειονοτικές ομάδες πληθυσμού πονάνε περισσότερο ή λιγότερο κατά τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική τομή και αν αντιμετωπίζεται ο πόνος τους εξίσου αποτελεσματικά. Επιθυμούμε να ανακαλύψουμε αν υπάρχουν στερεότυπα στο μυαλό των θεραπόντων ως προς τις αναλγητικές ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων ασθενών, καθώς και αν υπάρχει όντως διαφορετική ουδός πόνου σε ορισμένες φυλές.

Πιο συγκεκριμένα τα ζητούμενα ήταν τα εξής :

- 1) Να διαπιστωθεί αν διαδραματίζει ρόλο η φυλή στα επίπεδα πόνου που εκδηλώνουν οι ασθενείς μετά τον φυσιολογικό τοκετό ή την καισαρική τομή. Πονάνε περισσότερο ή λιγότερο οι γυναίκες ανάλογα με την φυλή/εθνικότητα τους; Επίσης σημαντική είναι η ίδια η αξιολόγηση του πόνου.
- 2) Να αναδειχθεί αν χορηγούνται όμοιες δόσεις αναλγητικών μετεγχειρητικά σε όλες τις φυλετικές ομάδες.
- 3) Η επιλογή μεθόδου αναισθησίας για τις καισαρικές τομές, καθώς η αναισθησία διεγχειρητικά επηρεάζει σαφώς την έκβαση και τον μετεγχειρητικό πόνο.
- 4) Εάν διαφέρουν οι φυλετικές ομάδες ως προς την πρόσβαση τους σε περιοχική αναλγησία για φυσιολογικό τοκετό.
- 5) Να διερευνηθεί που οφείλονται οι διαφορές στα επίπεδα πόνου, εφόσον υπάρχουν και να δοθούν πιθανές εξηγήσεις. Είναι πολιτισμικοί οι λόγοι που υπάρχουν διαφορές ή υπάρχει συστημική ανισότητα στην χορήγηση αποτελεσματικής αναλγησίας;

## **2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού**

Αναζητήθηκαν μελέτες που να αναφέρονται σαφώς στην φυλή ή στην φυλετική ανισότητα ή σε δύο ή περισσότερες εθνοτικές ομάδες με διακριτά χαρακτηριστικά. Το τελευταίο αφορούσε κυρίως σε μελέτες του ευρωπαϊκού χώρου, όπου οι πληθυσμοί είναι αμιγώς λευκοί με μικρές μειονοτικές ομάδες ως μέρος του πληθυσμού. Οι περισσότερες μελέτες που ασχολούνται με τη φυλή και μάλιστα την κατηγοριοποιούν σε υποομάδες είναι αμερικανικές. Επιπλέον, θέλαμε να συσχετίζουν τη φυλή/εθνικότητα με τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω ζητήματα: την αναλγησία τοκετού, την χρήση επισκληριδίου/περιοχικής αναλγησίας-αναισθησίας, τον μαιευτικό πόνο, τον πόνο μετά από καισαρική τομή, και την επιλογή αναισθησίας κατά την καισαρική τομή.

Δυστυχώς, πρόκειται για ένα θέμα που ελάχιστα έχει μελετηθεί, οπότε χρησιμοποιήθηκαν εργασίες από το 1990 και έπειτα. Στην πλειοψηφία τους είναι μελέτες παρατήρησης από μεγάλες βάσεις δεδομένων (κυρίως στις Η.Π.Α.), αλλά συμπεριλήφθηκαν και κάποιες μικρές κλινικές μελέτες που παρουσιάζουν ενδιαφέρον ή αφορούν στον ευρωπαϊκό χώρο. Τα άρθρα που δεν συνδύαζαν την φυλή με τον μαιευτικό πόνο ή τον πόνο της καισαρικής τομής ή τον πόνο γενικότερα απορρίφθηκαν.

## **2.3 Στρατηγική αναζήτησης ή περιγραφή μεθοδολογίας μελέτης**

Χρησιμοποιήθηκαν οι μεγάλες βάσεις ιατρικών δεδομένων, όπως το PubMed και το Google Scholar για την εύρεση βιβλιογραφικών πηγών. Για την αναζήτηση έγιναν όλοι οι δυνατοί συνδυασμοί από τις παρακάτω λέξεις-κλειδιά και με τη χρήση MeSH terms: race, black, hispanic, ethnicity, cesarean section, obstetric, postpartum pain, peripartum pain, analgesia, epidural, neuraxial. Στη συνέχεια μελετώντας τη σχετική βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν και δευτερογενείς πηγές των άρθρων αυτών. Επιλέχθηκαν άρθρα γραμμένα αποκλειστικά στην αγγλική γλώσσα. Δεν βρέθηκε σχετική βιβλιογραφία στα ελληνικά.

## 2.4 Ορισμοί

### Μαιευτικός πόνος

Υπό τον όρο μαιευτικός πόνος επιθυμούμε να περιγράψουμε όλες τις συνθήκες γύρω από τον τοκετό που μπορεί να προκληθεί πόνος. Κατά τον φυσιολογικό τοκετό ο πόνος χωρίζεται σε σπλαχνικό πόνο (νεύρωση από ρίζες Θ10-O2) κατά το πρώτο στάδιο (διαστολή) του τοκετού και το δεύτερο στάδιο (εξώθηση: οι συσπάσεις γίνονται ισχυρές), ενώ προς το δεύτερο και ειδικά στο τρίτο στάδιο (υστεροτοκία: αποκόλληση και αποβολή του πλακούντα) ο πόνος είναι κυρίως σωματικός (νεύρωση από ρίζες I2-I4) λόγω της διάταξης και ισχαιμίας της πυέλου, του κόλπου και του περινέου<sup>2,3</sup>.

Υπάρχουν αρκετές επιλογές για την αναλγησία τοκετού. Μερικές από αυτές είναι οι μη φαρμακολογικές μέθοδοι με χρήση αναπνοών, κίνησης, τοκετού σε νερό, ψυχοθεραπευτικών τεχνικών και οι φαρμακολογικές μέθοδοι που μπορεί να περιλαμβάνουν ενδοφλέβια οπιοειδή, πτητικά αναισθητικά με αναλγητική δράση και περιοχική αναλγησία (ραχιαία/επισκληρίδιος)<sup>2,3</sup>. Η επισκληρίδιος αναλγησία θεωρείται από αρκετούς ως η πιο αποτελεσματική μέθοδος αναλγησίας<sup>2</sup>.

Η καισαρική τομή είναι συγχρόνως μια χειρουργική επέμβαση και μια διαδικασία τοκετού (στην αγγλική γλώσσα cesarean birth). Αναμενόμενα όπως σε κάθε χειρουργική επέμβαση θα υπάρχει πόνος διεγχειρητικά όσο και μετεγχειρητικά (πρώτα εικοσιτετράωρα έως αρκετές εβδομάδες). Ο πόνος αυτός ειδικά αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να επηρεάσει την ανάρρωση και την ευημερία της μητέρας, αλλά και τον θηλασμό και τη φροντίδα του νεογνού<sup>4,5</sup>. Η καισαρική τομή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ασφάλεια τόσο με γενική αναισθησία, όσο και με περιοχική, παρότι υπάρχουν ισχυρά επιχειρήματα για την υπεροχή της περιοχικής αναισθησίας, ιδίως ως προς την κάλυψη του μετεγχειρητικού πόνου<sup>6,7</sup>.

### Φυλή- Εθνικότητα

Η φυλή ήταν πάντα δύσκολο να οριστεί και προέκυψε ως όρος από την ανάγκη να κατηγοριοποιούμε τους ανθρώπους σε ομάδες, βάσει των εξωτερικών, αλλά και των πολισμικών χαρακτηριστικών τους<sup>44,45</sup>. Η κατηγοριοποίηση αυτή εξαρτάται πάντοτε από τις κοινωνικές συνθήκες και τις αντιλήψεις της εποχής για τον όρο. Στο σήμερα η ύπαρξη βιολογικά διακριτών φυλών δεν αποδεικνύεται επιστημονικά<sup>44,45</sup>. Ωστόσο, στον δυτικό κόσμο η κατηγοριοποίηση βάσει φυλής υπάρχει στην αντίληψη της κοινωνίας εδώ και μερικούς αιώνες και επηρεάζει την συνύπαρξη και την εμπειρία των ανθρώπων, καθώς η

ρατσιστική μεταχείριση ανθρώπων διαφορετικών φυλών από την λευκή ήταν και παραμένει συχνό φαινόμενο<sup>44,45</sup>.

Αντίθετα, η εθνικότητα έχει να κάνει με πολιτισμικά χαρακτηριστικά, όπως η γλώσσα, η θρησκεία και το κοινωνικό περιβάλλον από το οποίο προέρχεται το άτομο<sup>44,45</sup>. Εντούτοις, παρατηρούνται αντίστοιχες διακρίσεις στην αντιμετώπιση ατόμων διαφορετικής εθνικότητας από την κύρια εθνικότητα ενός τόπου, δηλαδή σε μειονοτικές ομάδες του πληθυσμού<sup>44</sup>. Στην παρούσα εργασία διερευνείται αν γυναίκες διαφορετικής φυλής και εθνικότητας έχουν αντίστοιχα διαφορετική εμπειρία στον μαιευτικό πόνο και ποιοι είναι οι πιθανοί λόγοι. Ευελπιστούμε στις επόμενες δεκαετίες η συζήτηση περί φυλής να είναι απαρχαιωμένη και να μην υφίστανται διακρίσεις μεταξύ των ανθρώπων βάσει τυχαίων χαρακτηριστικών, ωστόσο στο παρόν είναι σημαντικό να δίνεται η ανάλογη προσοχή και σε μερίδες του πληθυσμού που δεν ανήκουν στην κυρίαρχη ομάδα και με βάση αυτόν τον προβληματισμό πραγματοποιήθηκε αυτή η εργασία.

Θα χρησιμοποιηθούν οι όροι φυλή και εθνικότητα αδιακρίτως, ανάλογα με την κατηγοριοποίηση που κάνουν οι συγγραφείς της εκάστοτε μελέτης. Οι περισσότερες μελέτες της παρούσας εργασίας είναι από τις Η.Π.Α., όπου και υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στον πληθυσμό. Με βάση την αμερικανική υπηρεσία απογραφών η φυλή κατηγοριοποιείται σε λευκή, μαύρη/αφροαμερικάνικη, ινδιάνικη/καταγωγή από την Αλάσκα, ασιατική, καταγωγή από την Χαβάη ή άλλα νησιά του Ειρηνικού και άλλη φυλή<sup>8</sup>. Επίσης, προστίθεται η κατηγοριοποίηση βάσει ισπανόφωνης ή μη εθνικότητας. Ο στόχος είναι να συγκριθεί η κύρια ομάδα του πληθυσμού (που στις μελέτες που θα αναφερθούν είναι η λευκή φυλή) με τις μειονοτικές ομάδες και να αναδειχθούν οι διαφορές τους. Ορισμένες μελέτες συγκρίνουν μεταξύ δύο μόνο εθνικοτήτων, επομένως η σύγκριση γίνεται μεταξύ της κυρίαρχης εθνικότητας (λευκή φυλή) και της μειονοτικής ομάδας (άλλη φυλή συνήθως).

### 3. Αποτελέσματα

#### 3.1 Αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου μετά από καισαρική τομή και μετά από φυσιολογικό τοκετό

Σχετικά με την αξιολόγηση μετεγχειρητικού πόνου μόνο μία μελέτη<sup>9</sup> αναζήτησε ανισότητες ως προς την μετεγχειρητική παρακολούθηση. Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη κοόρτης στο αρχείο ενός τριτοβάθμιου πανεπιστημιακού νοσοκομείου της Βόρειας Καρολίνας μεταξύ 07/2014 και 06/2016. Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 1.701 καισαρικές τομές που πραγματοποιήθηκαν μόνο με περιοχική αναισθησία. Καταγράφηκε ο μετεγχειρητικός πόνος το πρώτο και δεύτερο 24ωρο μετεγχειρητικά, καθώς και η αναλγησία που δόθηκε. Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα πόνου 0-10.

Οι γυναίκες χωρίστηκαν βάσει της φυλής/εθνικότητας τους σε ασιάτισες, μαύρες, ισπανόφωνες, λευκές και άλλο. Δημογραφικά υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων με τις λευκές και τις ασιάτισες να έχουν συχνότερα ιδιωτική ασφάλιση και να είναι μεγαλύτερες σε ηλικία συγκριτικά με τις μαύρες και τις ισπανόφωνες. Αντίστοιχα οι μαύρες και οι ισπανόφωνες είχαν συχνότερα BMI > 30.

Ως προς την ισότητα στην αξιολόγηση του πόνου, παρατηρήθηκε ότι το πρώτο εικοσιτετράωρο η αξιολόγηση του πόνου ήταν πιο συχνή στις λευκές σε σύγκριση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες<sup>9</sup>. Με βάση τον ορισμό περί διάκρισης από τον αμερικανικό οργανισμό για την έρευνα και ποιότητα στην υγεία (Agency for Healthcare Research and Quality) «ως ανισότητα ορίζεται μια διαφορά ή ένα χάσμα που βιώνει ένας πληθυσμός σε σύγκριση με έναν άλλο, μεγαλύτερο του 10%, που οδηγεί σε χαμηλής ποιότητας φροντίδα»<sup>41</sup>. Υπάρχει επομένως διάκριση μεταξύ των φυλετικών ομάδων<sup>9</sup>. Ένα πολύ σημαντικό βήμα στην αντιμετώπιση του πόνου είναι φυσικά η αξιολόγηση και η αναγνώριση αυτού. Στερούνται επομένως συγκεκριμένες ομάδες γυναικών της δυνατότητας έγκαιρης αναγνώρισης και άρα και ανακούφισης του πόνου. Όπως γνωρίζουμε, αν ο πόνος μείνει αθεράπευτος μπορεί να είναι δυσκολότερο να αντιμετωπιστεί στη συνέχεια ή ακόμα και να μεταπέσει σε χρόνιο πόνο<sup>10</sup>.

Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι οι μαύρες και οι ισπανόφωνες ανέφεραν πιο συχνά ισχυρό πόνο (7-10 στην κλίμακα πόνου) σε σχέση με τις ασιάτισες και τις λευκές<sup>9</sup>. Επίσης, οι μαύρες γυναίκες ανέφεραν σοβαρότερο πόνο πιο συχνά σε σχέση με όλες τις υπόλοιπες ομάδες<sup>9</sup>. Τα σκορ πόνου επηρεάζονται σαφώς από την χορήγηση αναλγητικών, η οποία διέφερε, καθώς όλες οι μη λευκές γυναίκες έλαβαν μικρότερες ποσότητες αναλγητικών. Προκύπτει εδώ

επομένως μια αδυναμία της μελέτης να καταλήξει σαφώς αν η διαφορά στις κλίμακες πόνου οφείλεται σε γενετικούς λόγους, ψυχολογικά και κοινωνικά βιώματα ή άλλες παραμέτρους ή κυρίως στην υποεκτίμηση και υποθεραπεία του πόνου.

Μια δεύτερη αναδρομική μελέτη, αυτή των Roehlmann και συνεργατών, πραγματοποιήθηκε μεταξύ 01/01/2016 και 31/12/2017. Έγινε αξιολόγηση του πόνου στο πρώτο εικοσιτετράωρο μετά την καισαρική τομή σε ένα σύνολο 2228 γυναικών που δεν είχαν λάβει οπιοειδή στο παρελθόν<sup>11</sup>.

Χρησιμοποιήθηκαν κλίμακες πόνου 0-10. Η εθνικότητα/φυλή χωρίστηκε σε μη-ισπανόφωνες λευκές, μη-ισπανόφωνες μαύρες, μη-ισπανόφωνες ασιατίσες, ισπανόφωνες και άλλο.

Οι μαύρες γυναίκες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα πόνου σε σχέση με τις λευκές (coefficient: 0,629, 95% CI=0,414-0,844,  $p<0,001$ ), λαμβάνοντας όμοιες ποσότητες οπιοειδών. Αντίθετα, οι ασιατίσες ανέφεραν παρόμοια επίπεδα πόνου με τις λευκές (coefficient: -0,02; 95%, CI=-0,218-0,179,  $p=0,845$ )<sup>11</sup>, ενώ τους χορηγούνταν λιγότερα οπιοειδή.

Οι Mehdiratta και συνεργάτες άντλησαν δεδομένα από το εθνικό αρχείο ασθενών για το Ουισκόνσιν για το διάστημα 06/2013 έως και 08/2015 σχετικά με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή με περιοχική αναισθησία<sup>5</sup>. 1.899 γυναίκες συμπεριλήφθηκαν τελικά στην ανάλυση και αυτές χωρίστηκαν βάσει φυλής σε λευκές, μαύρες/αφροαμερικανίδες, ασιατίσες και άλλο. Η αξιολόγηση του πόνου μετεγχειρητικά έγινε με κλίμακα πόνου 0-10 στην ανάνηψη, αλλά και κάθε 4 ώρες στο θάλαμο και παρατηρήθηκε η ανάγκη για αναλγησία διάσωσης με οξυκωδόνη per os (5-10mg).

Προέκυψε ότι η μαύρη φυλή είναι ανάμεσα στους παράγοντες σοβαρού πόνου (7-10 στην κλίμακα πόνου)<sup>5</sup>. Αντίστοιχα, οι λευκές και οι ασιατίσες ανέφεραν λιγότερο πόνο συγκριτικά με τις μαύρες<sup>5</sup>.

Οι παραπάνω τρεις μελέτες<sup>5,9,11</sup> επομένως τείνουν στο συμπέρασμα ότι οι μαύρες γυναίκες εκδήλωσαν μεγαλύτερα σκορ πόνου στην κλίμακα πόνου μετεγχειρητικά μετά από καισαρική τομή σε σύγκριση με τις λευκές και τις ασιατίσες.

Δύο μελέτες<sup>12,13</sup> ασχολήθηκαν με τα επίπεδα πόνου μετά τον φυσιολογικό τοκετό ανάλογα με την φυλή.

Οι Badreldin και συνεργάτες μελέτησαν τον πόνο μετά από τον φυσιολογικό τοκετό σε μια αναδρομική μελέτη κοόρτης μεταξύ 12/2015 και 11/2016 σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο<sup>12</sup>. Συμμετείχαν 9.900 γυναίκες οι οποίες χωρίστηκαν σε μη-ισπανόφωνες λευκές, μη-ισπανόφωνες μαύρες και ισπανόφωνες. Οι γυναίκες διέφεραν ως προς τα χαρακτηριστικά τους, με τις λευκές συχνότερα να είναι μεγαλύτερες σε ηλικία, με χαμηλότερο BMI,

παντρεμένες, χωρίς προηγούμενους τοκετούς με ιδιωτική ασφάλιση, καπνίστριες και με ιστορικό κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής σε σύγκριση με τις ισπανόφωνες ή τις μαύρες. Φάνηκε ότι οι ισπανόφωνες και οι μαύρες γυναίκες ανέφεραν σε μεγαλύτερο ποσοστό υψηλότερα επίπεδα πόνου με score  $\geq 5$  [adjusted Odds Ratio (aOR):1,61 , 95%CI=1,26 - 2,06 και aOR:2,18 , 95%CI=1,63 - 2,91 αντίστοιχα] συγκριτικά με τις λευκές<sup>12</sup>.

Μια μικρή ισραηλινή μελέτη, αυτή των Sheiner και συνεργατών, συνέκρινε τις εμπειρίες από τον φυσιολογικό τοκετό μεταξύ 225 γυναικών εβραϊκής καταγωγής και 192 βεδουίνων γυναικών (νομαδική φυλή της ερήμου)<sup>13</sup>. Ο πόνος κατά τον τοκετό μετρήθηκε χρησιμοποιώντας την κλίμακα VAS (visual analog scale) 0-10, ενώ και το προσωπικό έδωσε μία βαθμολογία εκτιμώμενου πόνου. Σημασία έχει ότι οι γυναικολόγοι και οι μαίες ήταν εβραϊκής καταγωγής.

Οι γυναίκες διέφεραν ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης (95,7% των εβραίων συγκριτικά με 26,6% των βεδουίνων), την θρησκεία ( $\frac{2}{3}$  των εβραίων ήταν κοσμικές, ενώ  $\frac{2}{3}$  των βεδουίνων θρησκευόμενες), αλλά και την υποστήριξη από τον σύζυγο. Στο 83,1 % των εβραίων γυναικών ο σύζυγος ήταν παρών, σε σύγκριση με το 20,3 % των βεδουίνων.

Τελικά, οι δύο ομάδες γυναικών αξιολογούσαν τον πόνο τους σε όμοια επίπεδα, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (μέσος όρος σκορ πόνου για τις εβραίες 8,55 και για τις βεδουίνες 8,53 ,  $P = 0,25$ )<sup>13</sup>.

Ωστόσο, το προσωπικό εκτιμούσε εσφαλμένα ότι οι εβραίες πονούσαν περισσότερο από τις βεδουίνες (μέσος όρος σκορ πόνου 8,52 και 6,89 αντίστοιχα,  $P=0,001$ )<sup>13</sup>.

Παράλληλα, υπήρξαν διαφορές στον εκτιμώμενο πόνο από το προσωπικό με βάσει τα χαρακτηριστικά των γυναικών. Ο πόνος θρησκευόμενων γυναικών (εβραίων και βεδουίνων) εκτιμήθηκε ως μικρότερος από το προσωπικό συγκριτικά με τις κοσμικές γυναίκες<sup>13</sup>.

Επίσης, όσο ανέβαινε το επίπεδο εκπαίδευσης, το προσωπικό θεωρούσε ότι οι γυναίκες πονάνε περισσότερο, αλλά αυτή η τάση ήταν στατιστικά σημαντική μόνο για τις βεδουίνες<sup>13</sup>.

Ακόμη, οι πολύτοκες γυναίκες είχαν υψηλότερη ουδό πόνου<sup>13</sup>.

Εντούτοις, με βάση τα σκορ πόνου που έδωσαν οι ίδιες οι γυναίκες δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα πόνου μεταξύ των δύο ομάδων, παρά μόνο στην αντίληψη αυτού του πόνου από το προσωπικό<sup>13</sup>. Οι συγγραφείς εκτιμούν ότι το γεγονός ότι το προσωπικό ήταν εβραϊκής καταγωγής, τους εμπόδισε να αναγνωρίσουν τον πόνο σε γυναίκες άλλης φυλετικής καταγωγής και με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο<sup>13</sup>.

Οι δύο μελέτες<sup>12,13</sup> που εξέτασαν τον πόνο μετά τον φυσιολογικό τοκετό διαφέρουν ως προς τα συμπεράσματα τους. Η πρώτη μελέτη<sup>12</sup>, η οποία αφορά σε πολύ μεγαλύτερο δείγμα, συμφωνεί με το εύρημα μελετών μετεγχειρητικού πόνου μετά από καισαρική τομή,

διαπιστώνοντας υψηλότερα επίπεδα πόνου στον μαύρο πληθυσμό. Η μικρή μελέτη των Badreldin και συνεργατών<sup>13</sup> δεν ανιχνεύει στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα πόνου, βρίσκει όμως διαφορά στην εκτίμηση του πόνου των γυναικών της μειονοτικής ομάδας από το προσωπικό. Όπως προαναφέρθηκε, η υποεκτίμηση του πόνου είναι αιτία για την υποθεραπεία του και την διαιώνισή του με μακροχρόνιες συνέπειες για την ασθενή ή και την μετατροπή του σε χρόνιο πόνο<sup>10</sup>. Συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα φαίνονται στον Πίνακα 1. Προς τα συμπεράσματα αυτά συγκλίνουν και άλλοι συγγραφείς μελετώντας μη μαιευτικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα στους μαύρους εμφανίζεται αυξημένη ευαισθησία σε επώδυνα ερεθίσματα σε σύγκριση με τους λευκούς<sup>14</sup>, ενώ άλλοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι μαύροι/αφροαμερικάνοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σχέση με τους λευκούς<sup>15,16</sup>, αλλά και μεγαλύτερη αναπηρία σχετιζόμενη με πόνο<sup>15</sup>.

Πίνακας 1: Αξιολόγηση Πόνου

| Ερευνητής                              | Ζητούμενο                                         | Κύριο εύρημα                                                                                                                                   |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Johnson, Jasmine D et al. <sup>9</sup> | μετεγχειρητική αξιολόγηση πόνου και επίπεδα πόνου | <u>λευκές</u> : συχνότερη αξιολόγηση πόνου 1ο 24ωρο<br><u>μαύρες, ισπανόφωνες</u> : ισχυρότερος πόνος (7-10)                                   |
| Poehlmann, John R et al. <sup>11</sup> | μετεγχειρητικά επίπεδα πόνου                      | <u>μαύρες</u> : ισχυρότερος πόνος από λευκές για ίδια αναλγησία                                                                                |
| Mehdiratta, J E et al. <sup>5</sup>    | μετεγχειρητικά επίπεδα πόνου                      | <u>μαύρη φυλή</u> : παράγοντας σοβαρού πόνου (7-10)                                                                                            |
| Badreldin, Nevert et al. <sup>12</sup> | επίπεδα πόνου μετά από φυσιολογικό τοκετό         | <u>μαύρες, ισπανόφωνες</u> : υψηλότερα επίπεδα πόνου ( $\geq 5$ ) από λευκές                                                                   |
| Sheiner, Einat K et al. <sup>13</sup>  | επίπεδα πόνου μετά από φυσιολογικό τοκετό         | - <u>όμοια</u> επίπεδα πόνου μεταξύ εβραίων και βεδουίνων<br>- εσφαλμένα <u>μεγαλύτερος εκτιμώμενος πόνος</u> για τις εβραίες από το προσωπικό |

### 3.2 Χορήγηση αναλγητικών μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό

Οι παραπάνω ερευνητές<sup>9,11,12</sup> ασχολήθηκαν και με το αν συνταγογραφούνται όμοιες ποσότητες αναλγητικών στις γυναίκες διαφορετικών φυλών.

Συγκεκριμένα επιστρέφοντας στην έρευνα των Poehlmann et al. φάνηκε ότι στις μαύρες γυναίκες χορηγούνταν όμοιες ποσότητες από ισοδύναμα μορφίνης όπως και στις λευκές, ωστόσο όπως προαναφέρθηκε εκδήλωναν μεγαλύτερα επίπεδα πόνου<sup>11</sup>. Επιπλέον, αν και οι ασιατίσες ανέφεραν όμοια επίπεδα πόνου με τις λευκές, τους χορηγούνταν μικρότερη ποσότητα ισοδύναμων μορφίνης (coefficient: -7,44 mg , 95%CI= -12,28 έως -2,59 , p= 0,003)<sup>11</sup>.

Παρομοίως, στη μελέτη των Badreldin και συνεργατών παρατηρήθηκε χορήγηση σημαντικά μικρότερης ποσότητας ισοδύναμων μορφίνης (oral morphine milligram equivalents-MME) κατά μέσο όρο ανά ημέρα νοσηλείας σε ισπανόφωνες και μαύρες γυναίκες συγκριτικά με τις λευκές, καθώς οι λευκές λάμβαναν κατά μέσο όρο 24,8 MME, interquartile range-IQR 12,2-39,6, ενώ οι ισπανόφωνες μ.ο. 19,4 MME , IQR 8,7-32,7 και οι μαύρες μ.ο. 23,5 MME, IQR 11,0-36,1 (p<0,001)<sup>12</sup>. Ακόμα, οι λευκές είχαν σημαντικά μεγαλύτερες πιθανότητες (46,8%) από τις μαύρες (45,3%) και τις ισπανόφωνες (38,9%) να τους συνταγογραφηθούν οπιοειδή κατά το εξιτήριο (p<0,001)<sup>12</sup>. Ωστόσο, σε ανάλυση με propensity score matching δεν παρέμεινε στατιστικά σημαντική διαφορά στην ενδονοσοκομειακή χορήγηση MME μεταξύ λευκών και μαύρων.

Στο ίδιο μοτίβο οι Johnson και συνεργάτες παρακολούθησαν γυναίκες μετά από καισαρική τομή κατά το πρώτο και δεύτερο εικοσιτετράωρο<sup>9</sup>. Φάνηκε ότι στις μη λευκές γυναίκες χορηγούνταν λιγότερα οπιοειδή κατά το πρώτο και δεύτερο εικοσιτετράωρο συγκριτικά με τις λευκές<sup>9</sup>. Όσον αφορά τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη αναλγητικά (ΜΣΑΦ), οι μαύρες λάμβαναν μικρότερες ποσότητες ΜΣΑΦ συγκριτικά με τις λευκές μόνο κατά το πρώτο εικοσιτετράωρο, ενώ οι μη λευκές και μη μαύρες γυναίκες λάμβαναν μικρότερες ποσότητες ΜΣΑΦ κατά το δεύτερο εικοσιτετράωρο<sup>9</sup>. Προέκυψε λοιπόν σαφώς το συμπέρασμα ότι υπάρχουν διακρίσεις και στην χορήγηση αναλγητικών μεταξύ των ομάδων.

Σε μία αμερικάνικη τηλεφωνική μελέτη εξωτερικών ασθενών μετρήθηκε η ικανοποίηση από την αναλγησία και οι ποσότητες συνταγογραφούμενων οπιοειδών μετά το εξιτήριο<sup>17</sup>. Οι γυναίκες είχαν υποβληθεί σε καισαρική τομή. Έγιναν 283 συνεντεύξεις στο διάστημα 8 έως 33 ημερών μετά την καισαρική τομή, μεταξύ 08/2017 και 02/2018. Οι γυναίκες κατηγοριοποιήθηκαν βάσει φυλής σε λευκές, μαύρες, ισπανόφωνες και άλλη φυλή.

Ο κύριος στόχος της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του περιορισμού της χρήσης οπιοειδών, αλλά και η συσχέτιση αυτής με τη φυλή και άλλους παράγοντες. Τελικά βρέθηκε ότι στις λευκές συνταγογραφηθηκαν συχνότερα οπιοειδή σε σύγκριση με τις υπόλοιπες φυλές ( $p=0,025$ )<sup>17</sup>. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι λευκές είχαν συχνότερα ιδιωτική ασφάλιση<sup>17</sup>. Συνολικά το μικρότερο ποσοστό συνταγογράφησης οπιοειδών κατά το εξιτήριο συγκέντρωσαν οι μαύρες γυναίκες<sup>17</sup>. Ακόμα και μετά από αναλύσεις πολλών μεταβλητών, η λευκή φυλή (relative risk-RR:13,1 ,95%CI=1,7-102,8;  $P=0,015$ ), μαζί με την πολυτοκία και την χορήγηση οπιοειδών ενδονοσοκομειακά ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες για την συνταγογράφηση οπιοειδών στο εξιτήριο<sup>17</sup>.

Μια αναδρομική μελέτη ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου εξέτασε τη σχέση φυλής και συνταγογράφησης οπιοειδών μετά από ανεπίπλεκτη καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό στο διάστημα 07/2018 έως 10/2018<sup>18</sup>. Συμμετείχαν 416 γυναίκες οι οποίες άνηκαν στην λευκή ή στην μαύρη φυλή, λόγω μικρού δείγματος άλλων φυλών. Μετρήθηκε ο αριθμός ταμπλετών οξυκωδόνης 5 mg που καταναλώθηκε ενδονοσοκομειακά ή συνταγογραφήθηκε κατά το εξιτήριο και δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φυλετικών ομάδων, ανεξάρτητα από την μέθοδο τοκετού<sup>18</sup>. Δεν μετρήθηκαν σκορ πόνου.

Οι συγγραφείς δίνουν ως πιθανή εξήγηση για την έλλειψη διαφοράς τον πανεπιστημιακό χαρακτήρα του νοσοκομείου, όπου η συνταγογράφηση γίνεται κυρίως από ειδικευμένους<sup>18</sup>. Παράλληλα, το 65% των γυναικών της μελέτης είναι μαύρες, όπως και η πλειονότητα του πληθυσμού του νοσοκομείου, επομένως υπάρχει δυνητικά μεγαλύτερη εξοικείωση και λιγότερες διακρίσεις<sup>18</sup>.

Παρά τις διαφορές στα επίπεδα πόνου μετεγχειρητικά ή μετά τον τοκετό που έχουν ήδη αναφερθεί<sup>9,12</sup>, σε τέσσερις μελέτες παρατηρείται μικρότερη χορήγηση και συνταγογράφηση οπιοειδών και άλλων αναλγητικών στις μη λευκές γυναίκες<sup>9,11,12,17</sup>, ενώ μόνο μία μελέτη δε βρίσκει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά, εκφράζοντας επιφυλάξεις και εξήγηση για το αποτέλεσμα<sup>18</sup>. Προκύπτει λοιπόν ένα μοτίβο, κατά το οποίο οι λευκές γυναίκες λαμβάνουν οπιοειδή και άλλα αναλγητικά με συστηματικό τρόπο και οι ανάγκες τους σε αναλγησία καλύπτονται<sup>17</sup>, εκδηλώνοντας έτσι χαμηλότερα σκορ πόνου, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για τις μη λευκές γυναίκες. Φυσικά απαιτείται μεγαλύτερος αριθμός μελετών για να μιλήσουμε με βεβαιότητα για υποθεραπεία του πόνου στον μειονοτικό πληθυσμό.

Τα παραπάνω αποτελέσματα βρίσκονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Χορήγηση Αναλγητικών

| Ερευνητής                               | Ζητούμενο                                                             | Κύριο Εύρημα                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Poehlmann, John R et al. <sup>11</sup>  | χορήγηση οπιοειδών μετά από ΚΤ                                        | - όμοιες ποσότητες σε <u>μαύρες</u> και λευκές (για άνισα επίπεδα πόνου)<br>- <u>ασιάτισες</u> : μικρότερη ποσότητα από τις λευκές (για όμοια επίπεδα πόνου) |
| Badreldin, Nevert et al. <sup>12</sup>  | χορήγηση και συνταγογράφηση οπιοειδών μετά από ΚΤ                     | <u>μαύρες, ισπανόφωνες</u> : μικρότερη ποσότητα οπιοειδών & λιγότερο συχνά συνταγογράφηση οπιοειδών                                                          |
| Johnson, Jasmine D et al. <sup>9</sup>  | χορήγηση οπιοειδών και ΜΣΑΦ μετά από ΚΤ                               | - <u>λευκές</u> : μεγαλύτερη ποσότητα οπιοειδών<br>- μαύρες: λιγότερα ΜΣΑΦ το 1ο 24ωρο<br>- <u>μη λευκές, μη μαύρες</u> : λιγότερα ΜΣΑΦ το 2ο 24ωρο          |
| Lakhi, Nisha et al. <sup>17</sup>       | συνταγογράφηση οπιοειδών μετά από ΚΤ                                  | <u>λευκές</u> : συχνότερη συνταγογράφηση οπιοειδών                                                                                                           |
| McKinnish, Tyler R et al. <sup>18</sup> | συνταγογράφηση οπιοειδών μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό | καμία στατιστικά σημαντική διαφορά                                                                                                                           |
|                                         |                                                                       |                                                                                                                                                              |

### 3.3 Γενική αναισθησία και καισαρική τομή

Βρέθηκαν 6 μελέτες που εξετάζουν τη μέθοδο αναισθησίας κατά την καισαρική τομή<sup>6,7,19,20,21,22</sup>. Οι 5 άντλησαν τα δεδομένα τους από εθνικές βάσεις δεδομένων με μεγάλο αριθμό ασθενών<sup>6,7,19,20,21</sup>. Η μελέτη της Siri Vangen, παρότι αφορά μικρό αριθμό ασθενών, (137), αξίζει να αναφερθεί διότι αφορά στον ευρωπαϊκό χώρο (Νορβηγία)<sup>22</sup>.

Η μελέτη<sup>6</sup> των Butwick et al. εξέτασε φυλετικές ανισότητες στην μέθοδο αναισθησίας για καισαρική τομή. Οι γυναίκες (n=50.974) χωρίστηκαν σε καυκάσια φυλή, αφροαμερικάνικη φυλή, ισπανόφωνη φυλή και μη ισπανόφωνη-άλλη φυλή εξαιτίας μικρού δείγματος άλλων φυλών (αυτόχθονες αμερικάνοι ή με καταγωγή από την Αλάσκα, ασιάτες, άγνωστη). Μετά από διόρθωση και προσθήκη άλλων μεταβλητών όλες οι γυναίκες μη-καυκάσιας φυλής είχαν αυξημένο λόγο πιθανοτήτων (OR) για γενική αναισθησία σε σύγκριση με την καυκάσια φυλή<sup>6</sup>. Ειδικότερα, η αφροαμερικάνικη φυλή είχε τον υψηλότερο OR για γενική αναισθησία που κυμαινόταν από aOR = 2,2 έως 1,7 ανάλογα με το μοντέλο και τις συμμεταβλητές<sup>6</sup>.

Μία ακόμη μελέτη κοόρτης των Butwick et al. εξέτασε διάφορους παράγοντες που καθορίζουν τη μέθοδο αναισθησίας σε πρόωρες καισαρικές τομές από ένα σύνολο 11.539 γυναικών<sup>19</sup>. Ένας από τους παράγοντες ήταν η φυλή/εθνικότητα. Τελικά, η αφροαμερικάνικη φυλή, η ισπανόφωνη εθνικότητα και η άλλη/μη-καυκάσια φυλή αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες για γενική αναισθησία σε πρόωρη καισαρική τομή<sup>19</sup>.

Στη μελέτη των Burton και συνεργατών αναζητήθηκαν διαφορές στη χρήση περιοχικής αναισθησίας για καισαρική τομή ανάλογα με την φυλή και την εθνικότητα<sup>7</sup>. Οι γυναίκες από ένα σύνολο 12.876 δήλωσαν σε ποιά φυλή ανήκουν ανάμεσα σε λευκή, μαύρη/αφροαμερικάνικη, ασιατική φυλή, καταγωγή από τη Χαβάη/νησιά του Ειρηνικού και καταγωγή από την Αλάσκα/ινδιάνικη φυλή. Επίσης, δήλωσαν αν έχουν ισπανόφωνη εθνικότητα ή όχι. Βρέθηκαν μικρότερες πιθανότητες για περιοχική αναισθησία συγκριτικά με τη γενική αναισθησία για τη μαύρη φυλή [aOR = 0,71] και για τις γυναίκες με καταγωγή από την Αλάσκα/ινδιάνικη φυλή [aOR = 0,22]<sup>7</sup>. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ισπανόφωνη ή μη εθνικότητα<sup>7</sup>.

Στην αναδρομική μελέτη των Tangel et al. χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα μαιευτικών περιστατικών από 3 εθνικά μητρώα ασθενών σε 5 πολιτείες των Η.Π.Α. μεταξύ 2007–2014 και συγκεντρώθηκαν 2.426.266 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή<sup>20</sup>. Αυτές χωρίστηκαν με βάση την φυλή/εθνικότητα σε λευκές (ομάδα αναφοράς), μαύρες, ισπανόφωνες, άλλο ή άγνωστο. Φάνηκε ότι οι μαύρες γυναίκες είχαν 44% μεγαλύτερη πιθανότητα να λάβουν γενική αναισθησία για καισαρική τομή σε σύγκριση με τις λευκές

(aOR:1,44 , 95%CI= 1,39–1,49)<sup>20</sup>. Παρατηρούνται βέβαια δημογραφικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, με τις μαύρες να έχουν συχνότερα δημόσια ασφάλιση έναντι ιδιωτικής και χαμηλότερο εισόδημα, ενώ μεγάλος αριθμός μαύρων γυναικών γεννάνε σε νοσοκομεία που εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο μαύρο πληθυσμό<sup>20</sup>. Σίγουρα αυτές οι διαφορές έπαιξαν κάποιο ρόλο στο πώς βιώνουν οι μαύρες γυναίκες την καισαρική τομή, πώς επικοινωνούν με τον αναισθησιολόγο τους, αλλά και πώς τις αντιμετωπίζει η αναισθησιολογική ομάδα και κατ' επέκταση ποιός τρόπος αναισθησίας επιλέγεται.

Στην μελέτη των Bamber et al. συλλέχθηκαν δεδομένα από το εθνικό σύστημα καταγραφής ασθενών (HES APC) στο Ηνωμένο Βασίλειο μεταξύ 03/2011-02/2021 με σκοπό να βρεθεί η σχέση μεταξύ της εθνικότητας και της ποιότητας μαιευτικής αναισθησίας<sup>21</sup>. Καταγράφηκαν 6.032.425 γεννήσεις από 4.180.887 γυναίκες.

Εδώ η κατηγοριοποίηση έγινε βάσει εθνικότητας, συμπεριλαμβάνοντας και τη φυλή ως εξής: βρετανές (λευκές), ιρλανδές (λευκές), λευκές άλλης εθνικότητας, μιγάδες με καταγωγή από την Καραϊβική, αφρικανές μιγάδες, ασιάτισες μιγάδες, μιγάδες άλλης εθνικότητας, ινδές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες), πακιστανές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες), μπαγκλαντεσιανές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες), άλλη ασιατική καταγωγή, μαύρες με καταγωγή από την Καραϊβική, αφρικανές (μαύρες ή μαύρες βρετανές), άλλη μαύρη εθνικότητα, κινέζες, άλλο.

Οι γυναίκες διέφεραν ως προς το κοινωνικό περιβάλλον με τα μεγαλύτερα ποσοστά γυναικών που ζουν σε περιθωριοποιημένες/φτωχές περιοχές να εντοπίζονται κατά σειρά στις πακιστανές, στις μπαγκλαντεσιανές, στις αφρικανές και στις μαύρες με καταγωγή από την Καραϊβική ή άλλη μαύρη εθνικότητα<sup>21</sup>. Ως προς τις συννοσηρότητες οι γυναίκες μειονοτικής καταγωγής δεν διέφεραν από τις λευκές βρετανές ή είχαν λιγότερες συννοσηρότητες<sup>21</sup>. Οι μαύρες και ινδές γυναίκες είχαν τις περισσότερες επείγουσες καισαρικές τομές, ενώ οι γυναίκες με καταγωγή από την Καραϊβική (μαύρες ή μιγάδες) είχαν τις λιγότερες προγραμματισμένες καισαρικές τομές<sup>21</sup>.

Μετά από προσαρμογή για όλες τις μεταβλητές, όπως η θρησκεία και το περιθωριοποιημένο περιβάλλον, βρέθηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα. Για τις προγραμματισμένες καισαρικές τομές οι αφρικανές και οι μαύρες γυναίκες με καταγωγή από την Καραϊβική είχαν περισσότερες πιθανότητες να λάβουν γενική αναισθησία με adjusted incidence ratio-aIR [95%CI]=1,35 [1,19–1,52] και 1,58 [1,26–1,97] αντίστοιχα<sup>21</sup>. Όσον αφορά τις επείγουσες καισαρικές τομές, βρέθηκε ότι οι μαύρες γυναίκες με καταγωγή από την Καραϊβική είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να λάβουν γενική αναισθησία aIR 1,10 [1,00–1,21] σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (λευκές-βρετανές), ενώ μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το

γεγονός ότι οι ινδές, πακιστανές και κινέζες είχαν λιγότερες πιθανότητες από τις βρετανές να λάβουν γενική αναισθησία<sup>21</sup>.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ύπαρξη και στο Ηνωμένο Βασίλειο διαφορών βάσει φυλής, καθώς πρόκειται για ένα σύστημα υγείας που σε αντίθεση με τις Η.Π.Α. παρέχει δωρεάν ιατρική περίθαλψη σε όλους, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση<sup>21</sup>. Δεν είναι δυνατό επομένως οι διαφορές εδώ να αποδοθούν σε έλλειψη ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά μόνο σε πολιτισμικές διαφορές και προτιμήσεις και πιθανώς σε συστημικές διακρίσεις.

Η μελέτη των Vangen et al. μελέτησε 137 γυναίκες, 67 πακιστανές και 70 νορβηγίδες ως προς τη χρήση αναλγησίας κατά τον τοκετό (θα αναφερθούν παρακάτω περισσότερα)<sup>22</sup>. Όλες οι πακιστανές γυναίκες της μελέτης έλαβαν γενική αναισθησία για την καισαρική τομή<sup>22</sup>. Αντίθετα, το 1/3 των νορβηγίδων υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή με επισκληρίδια αναλγησία. Τα ποσοστά φυσιολογικών τοκετών και καισαρικών τομών ήταν τα ίδια<sup>22</sup>.

Η περιοχική αναισθησία είναι μέθοδος εκλογής για καισαρική τομή λόγω των πλεονεκτημάτων που προσφέρει, όπως καλύτερη μετεγχειρητική αναλγησία, κινητοποίηση της γυναίκας και επάνοδο της λειτουργίας του εντέρου<sup>6</sup>. Είναι γνωστά τα πιθανά μειονεκτήματα από την γενική αναισθησία για καισαρική τομή, όπως η δυσκολία στη διαχείριση του αεραγωγού και η πιθανότητα εισρόφησης<sup>6</sup>, αλλά και ο αυξημένος μετεγχειρητικός πόνος, ο κίνδυνος εγρήγορσης κατά την αναισθησία και ο μεγαλύτερος κίνδυνος για μετεγχειρητική αιμορραγία<sup>7</sup>. Επιπλέον αναφέρεται υψηλότερη θνησιμότητα και θνητότητα κατά την καισαρική τομή με γενική αναισθησία<sup>7,20</sup>. Καταλαβαίνουμε επομένως ότι η αυξημένη χρήση γενικής αναισθησίας σε ορισμένες μερίδες του πληθυσμού μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο μετεγχειρητικό πόνο. Ο ανεξέλεγκτος πόνος της λεχωίδας μπορεί να προκαλέσει πληθώρα προβλημάτων, όπως προβλήματα στην κινητοποίηση, κίνδυνο θρομβώσεων, δυσκολίες στην φροντίδα του νεογνού<sup>23</sup>. Επιπλέον, ο σοβαρός οξύς μετεγχειρητικός πόνος ενέχει αυξημένο κίνδυνο κατά 2,5 φορές για επίμονο πόνο<sup>23</sup> και 3 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες για επιλόχειο κατάθλιψη, σε σύγκριση με τον μέτριο πόνο μετά από τοκετό<sup>23</sup>.

Σε όλες τις παραπάνω μελέτες βρέθηκε ότι οι μαύρες γυναίκες υποβάλλονται συχνότερα σε καισαρική τομή με γενική αναισθησία<sup>6,7,19,20,21</sup>, χωρίς να συντρέχει πάντα κάποιος τεκμηριωμένος ιατρικός λόγος. Ειδικότερα, οι Burton et al. βρήκαν αυξημένες πιθανότητες γενικής αναισθησίας και για τις γυναίκες με καταγωγή από την Αλάσκα<sup>7</sup>. Οι Bamber et al. στο Ηνωμένο Βασίλειο κατέληγαν στο ίδιο εύρημα, αλλά συγκεκριμένα για την υποκατηγορία των μαύρων γυναικών με καταγωγή από την Καραϊβική<sup>21</sup>, ενώ παράλληλα κατέληξαν σε μειωμένες πιθανότητες γενικής αναισθησίας για τις ινδές, τις πακιστανές και

τις κινέζες συγκριτικά με τις λευκές<sup>21</sup>, γεγονός που δύσκολα αιτιολογείται. Στη μελέτη των Vangen et al. οι πακιστανές γυναίκες, που αποτελούν μια μειονοτική ομάδα, ήταν αυτές που υποβάλλονταν σε καισαρική τομή με γενική αναισθησία συχνότερα. Τα αποτελέσματα φαίνονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 3 που ακολουθεί.

Βλέπουμε λοιπόν ότι υφίστανται δηλαδή αυτές οι γυναίκες μειονοτικής καταγωγής διάκριση<sup>24</sup>, λόγω συστημικού ρατσισμού, αδυναμίας κατανόησης και επικοινωνίας με τον αναισθησιολόγο ή πολιτισμικών διαφορών και περιορισμένης ενημέρωσης σχετικά με την περιοχική αναισθησία, τα οφέλη αλλά και τις πιθανές επιπλοκές της.

Πίνακας 3: Γενική αναισθησία και καισαρική τομή

| Ερευνητής                                | Ζητούμενο                  | Κύριο Εύρημα                                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Butwick, Alexander J et al. <sup>6</sup> | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | <u>μη λευκές</u> : πιο συχνά γενική αναισθησία                                                                                                                                                                                            |
| Butwick, A J et al. <sup>19</sup>        | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | <u>μη λευκές</u> : πιο συχνά γενική αναισθησία                                                                                                                                                                                            |
| Burton, Brittany N et al. <sup>7</sup>   | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | <u>μαύρη φυλή, καταγωγή από Αλάσκα/ινδιάνικη φυλή</u> : λιγότερη περιοχική αναισθησία, περισσότερη γενική αναισθησία                                                                                                                      |
| Tangel, Virginia E et al. <sup>20</sup>  | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | <u>μαύρες</u> : πιο συχνά γενική αναισθησία από τις λευκές                                                                                                                                                                                |
| Bamber, J H et al. <sup>21</sup>         | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | - καταγωγή από αφρική/καραϊβική ( <u>μαύρη φυλή</u> ): πιο συχνά γενική αναισθησία από τις λευκές για προγραμματισμένη ΚΤ,<br>- καταγωγή από καραϊβική ( <u>μαύρη φυλή</u> ): πιο συχνά γενική αναισθησία από τις λευκές για επείγουσα ΚΤ |

|                                |                            |                                                                                                                                                              |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vangen, S et al. <sup>22</sup> | μέθοδος αναισθησίας για ΚΤ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- οι <u>πακιστανές</u> αποκλειστικά γενική αναισθησία για ΚΤ</li> <li>- το 1/3 των νορβηγίδων επισκληρίδιο</li> </ul> |
|--------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 3.4 Φυσιολογικός τοκετός και περιοχική αναισθησία

Αρκετές από τις προαναφερθείσες μελέτες, αλλά και μερικές επιπλέον ασχολήθηκαν με την αναλγησία φυσιολογικού τοκετού. Η χρήση επισκληριδίου αναλγησίας είναι μια αποτελεσματική μέθοδος παροχής ικανοποιητικής αναλγησίας κατά τον τοκετό, ωστόσο απαιτεί την άψογη συνεργασία αναισθησιολόγου και επιτόκου. Αναζητήθηκαν τα ποσοστά παροχής επισκληριδίου αναλγησίας σε διαφορετικές φυλετικές ομάδες. Θα αναφερθούν 10 μελέτες<sup>13,14,20,21,22,25,26,27,28,46</sup>.

Η νορβηγική μελέτη των Vangen και συνεργατών συνέκρινε μεταξύ 67 πακιστανών και 70 νορβηγίδων<sup>22</sup>. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στα ποσοστά επισκληριδίου αναλγησίας. Συγκεκριμένα, η συντριπτική πλειοψηφία των πρωτοτόκων νορβηγίδων (90%) με τοκετό που διήρκεσε για περισσότερες από 16 ώρες έλαβαν επισκληρίδιο αναλγησία, ενώ αντίθετα καμία από τις πρωτοτόκες πακιστανές με παρατεταμένο τοκετό δεν έλαβε επισκληρίδιο αναλγησία<sup>22</sup>. Συνολικά, οι πακιστανές, συγκριτικά με τις νορβηγίδες, έλαβαν λιγότερο συχνά επισκληρίδιο αναλγησία ή αέριο Πρωτοξείδιο του Αζώτου ή κάποιο συνδυασμό άλλων αναλγητικών μεθόδων, ενώ τους χορηγούνταν συχνότερα ενέσιμη πεθιδίνη<sup>22</sup>. Ακόμη, το 30% των πακιστανών δεν έλαβε κανένα είδος αναλγησίας τοκετού σε σύγκριση με το 9% των νορβηγίδων ( $p<0,05$ )<sup>22</sup>. Προσαρμόζοντας για άλλες μεταβλητές η πακιστανική καταγωγή ήταν ο μόνος στατιστικά σημαντικός παράγοντας για την μη λήψη αναλγησίας κατά τον τοκετό<sup>22</sup>.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η άποψη των νορβηγών λειτουργών υγείας ότι οι πακιστανές γυναίκες έχουν χαμηλότερη ουδό πόνου<sup>22</sup>. Εντούτοις, λάμβαναν λιγότερη ή καθόλου αναλγησία<sup>22</sup>.

Μεταξύ των δύο ομάδων υπήρχαν δημογραφικές διαφορές, με τις πακιστανές να έχουν μικρότερη ηλικία και να είναι όλες έγγαμες, ενώ αρκετές δεν μιλούσαν νορβηγικά, είχαν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης (<9 χρόνια) και ήταν πολύτοκες. Δεν διέφεραν τα ποσοστά στη μέθοδο τοκετού<sup>22</sup>.

Η ισραηλινή μελέτη των Sheiner και συνεργατών συνέκρινε μεταξύ 225 εβραίων γυναικών και 192 βεδουίνων<sup>13</sup>. Παρατηρήθηκε ότι στις εβραίες προσφερόταν επισκληρίδιος αναλγησία σε μεγαλύτερο ποσοστό (63,4%) έναντι 36,6% των βεδουίνων ( $P=0,001$ ), ενώ 52,9% των εβραίων τελικά δέχονταν να λάβουν επισκληρίδιο αναλγησία σε σύγκριση με μόλις 15,1% των βεδουίνων<sup>13</sup>. Οι δεύτερες προτιμούσαν περισσότερο την παρεντερική χρήση πεθιδίνης (70,8% των βεδουίνων συγκριτικά με 39,6% των εβραίων  $P=0,001$ )<sup>13</sup>. Ωστόσο, η εθνικότητα και μόνο δεν ήταν ανεξάρτητος παράγοντας για την μη προσφορά επισκληριδίου αναλγησίας,

όταν γινόταν προσαρμογή για τον τόκο, την ηλικία της μητέρας και την εκτίμηση του προσωπικού για τα επίπεδα πόνου των γυναικών<sup>13</sup>. Όπως προαναφέρθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε το προσωπικό να υποεκτιμά τον πόνο των βεδουίνων γυναικών<sup>13</sup>.

Από τη μεγάλη βρετανική μελέτη βάσης δεδομένων που προαναφέρθηκε προέκυψαν συμπεράσματα για την χρήση περιοχικής αναισθησίας κατά τον φυσιολογικό τοκετό<sup>21</sup>. Φάνηκε ότι η περιοχική αναλγησία ήταν λιγότερο συχνή σε μπαγκλαντεσιανές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες) και πακιστανές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες) γυναίκες, aIR=0,83 [0,82–0,85] και 0,92 [0,90–0,93], αντίστοιχα, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (λευκές βρετανές)<sup>21</sup>. Αναλόγως, μικρότερα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας είχαν και όλες οι μαύρες γυναίκες διαφορετικών εθνικοτήτων<sup>21</sup>. Σημαντικό ρόλο έπαιξε το γεγονός ότι οι μαύρες είχαν μικρότερα ποσοστά υποβοηθούμενου φυσιολογικού τοκετού και επομένως χαμηλότερα επίπεδα πόνου και μειωμένη ανάγκη για περιοχική αναισθησία. Όταν αφαιρέθηκαν οι περιπτώσεις υποβοηθούμενου φυσιολογικού τοκετού, οι μπαγκλαντεσιανές και πακιστανές είχαν και πάλι μικρότερες πιθανότητες λήψης περιοχικής αναλγησίας (24% και 15% λιγότερο πιθανό, αντίστοιχα) συγκριτικά με τις λευκές βρετανές<sup>21</sup>.

Οι ινδές (ασιάτισες ή βρετανοασιάτισες) και οι ιρλανδές (λευκές) είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες, 13% (1,13 [1,11–1,15]) και 34% (1,35 [1,29–1,39]) αντίστοιχα, να λάβουν περιοχική αναλγησία για μη υποβοηθούμενο φυσιολογικό τοκετό συγκριτικά με τις βρετανές (λευκές)<sup>21</sup>. Αυτό μερικώς δικαιολογείται από τα μεγαλύτερα ποσοστά επισκληριδίου αναλγησίας σε πρωτοτόκους στην Ιρλανδία (64,2%) σε σύγκριση με την Βρετανία (19,4 %)<sup>21</sup>.

Σε μία ακόμη μελέτη βάσης δεδομένων που προαναφέραμε, αυτή των Tangel και συνεργατών, μελετήθηκε επίσης η χρήση αναλγησίας για φυσιολογικό τοκετό (επισκληριδίου αναλγησία ή καθόλου αναλγησία) σε 300.911 γυναίκες<sup>20</sup>. Τελικά, οι μαύρες γυναίκες είχαν 45% περισσότερες πιθανότητες συγκριτικά με τις λευκές να μη λάβουν καμία αναλγησία τοκετού (aOR:1,45 , 95% CI= 1,43–1,47)<sup>20</sup>. Υπενθυμίζεται ότι πρόκειται για νοσοκομεία με κυρίως μαύρο πληθυσμό<sup>20</sup>.

Στην αναδρομική μελέτη βάσης δεδομένων των Glance και συνεργατών αναζητήθηκε στο αρχείο ασθενών της πολιτείας της Νέας Υόρκης η χρήση επισκληριδίου αναλγησίας κατά τον φυσιολογικό τοκετό, ανάλογα με την φυλή<sup>14</sup>. Μελετήθηκαν 81.883 γυναίκες στο διάστημα 1998-2003, οι οποίες δήλωναν αυτοβούλως αν ανήκουν στην λευκή/μη-ισπανόφωνη, λευκή-ισπανόφωνη, μαύρη, ασιατική, ινδιάνικη, άλλη μη-ισπανόφωνη ή σε άλλη-ισπανόφωνη φυλή. Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γυναικών διέφεραν ανάλογα με την φυλή. Οι λευκές/μη-ισπανόφωνες

είχαν λιγότερους προηγούμενους τοκετούς, συχνά μεγαλύτερη ηλικία και συχνότερα ιδιωτική ασφάλεια. Οι υπόλοιπες γυναίκες είχαν συχνότερα χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Ως προς την χρήση επισκληριδίου καθετήρα ως μέθοδο αναλγησίας τοκετού φάνηκε ότι οι ισπανόφωνες (adj OR:0,85 [CI= 0,78-0,93]), οι μαύρες (adj OR:0,78 [CI= 0,74-0,83]) και οι ινδιάνες είχαν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν επισκληρίδιο αναλγησία συγκριτικά με τις λευκές/μη-ισπανόφωνες<sup>14</sup>.

Καθώς το αποτέλεσμα επηρεαζόταν ισχυρά και από άλλες μεταβλητές όπως η πολυτοκία, η ασφάλιση και το επίπεδο εκπαίδευσης, έγινε προσαρμογή ως προς αυτές τις μεταβλητές. Μετά την προσαρμογή, οι μαύρες γυναίκες εξακολουθούσαν να έχουν μικρότερες πιθανότητες να λάβουν επισκληρίδιο αναλγησία, ακόμα και όταν διέθεταν ιδιωτική ασφάλιση<sup>14</sup>. Ο προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων ήταν adj OR:0,66 [CI=0,53-0,82] για τις ιδιωτικά ασφαλισμένες μαύρες, ενώ για τις ανασφάλιστες λευκές-μη ισπανόφωνες ήταν adj OR:0,69 [CI= 0,57-0,85]<sup>14</sup>. Εν αντιθέσει, οι ισπανόφωνες παρουσίαζαν όμοιες πιθανότητες να λάβουν επισκληρίδιο με τις λευκές/μη-ισπανόφωνες που είχαν το ίδιο είδος ασφάλισης<sup>14</sup>.

Οι συγγραφείς αποδίδουν αυτές τις διαφορές στο διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την επισκληρίδιο αναλγησία, στις διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις, αλλά και σε διαφορετική αντίληψη του πόνου<sup>14</sup>. Δεν είναι όμως αρκετοί αυτοί οι λόγοι για να εξηγήσουν την μεγάλη διαφορά που υπάρχει, επομένως συμπεραίνουν ότι οι προκαταλήψεις των θεραπόντων και η εικόνα τους για τον πόνο γυναικών που ανήκουν σε διαφορετική φυλή από τους ίδιους έπαιξαν σημαντικό ρόλο<sup>14</sup>. Μιλάνε δε για συστημικό ρατσισμό και διάκριση έναντι των μειονοτικών (μη κυρίαρχων) ομάδων<sup>14</sup>.

Η μελέτη των Rust et al. αφορά τη χρήση επισκληριδίου στην πολιτεία Τζόρτζια των Η.Π.Α, μία πολιτεία με σημαντικό μαύρο πληθυσμό<sup>25</sup>. Από την βάση δεδομένων των ασθενών συγκεντρώθηκαν 753.879 γυναίκες που γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό κατά το έτος 1998. Βάσει φυλής ταξινομήθηκαν σε λευκές, μαύρες, ισπανόφωνες και ασιάτισες. Ο αριθμός των ινδιάνων ήταν πολύ μικρός για να συμπεριληφθεί στη μελέτη. Όλες οι γυναίκες πληρούσαν τα ίδια εισοδηματικά κριτήρια και είχαν δημόσια ασφάλιση (Medicaid).

Συνολικά, γέννησαν φυσιολογικά με τη χρήση επισκληριδίου καθετήρα το 59,6 % των λευκών/μη-ισπανόφωνων, το 49,5% των μαύρων, το 48,2% των ασιατισών και μόλις το 35,2% των ισπανόφωνων γυναικών ( $p<0,001$ )<sup>25</sup>. Μετά την προσαρμογή βάσει ηλικίας, οι ισπανόφωνες είχαν τα μικρότερα ποσοστά επισκληριδίου αναλγησίας από όλες τις ομάδες<sup>25</sup>. Με στάθμιση για αστικό/αγροτικό πληθυσμό, στις μη μητροπολιτικές περιοχές οι ισπανόφωνες και οι μαύρες γυναίκες παρουσίαζαν μειωμένα ποσοστά επισκληριδίου (χαμηλότερα κατά 61% και 47%, αντίστοιχα) συγκριτικά με τις λευκές/μη-ισπανόφωνες<sup>25</sup>.

Επίσης, η στάθμιση βάσει του αριθμού διαθέσιμων αναισθησιολόγων, έδειξε ότι με επαρκές προσωπικό η διαφορά στα ποσοστά χρήσης επισκληριδίου μειώθηκε ανάμεσα στις μαύρες και στις λευκές, αλλά όχι για τις ισπανόφωνες και τις ασιάτισες<sup>25</sup>. Τέλος, μετά από στάθμιση για πολλαπλές μεταβλητές, οι γυναίκες διαφορετικής φυλής πέραν της λευκής είχαν λιγότερες πιθανότητες να λάβουν επισκληρίδιο αναλγησία με τις ασιάτισες να έχουν 69% λιγότερες πιθανότητες (relative risk 0,31,  $P<0,001$ ) και ακολούθως οι ισπανόφωνες (relative risk 0,44,  $P<0,001$ ) και οι μαύρες (relative risk 0,49,  $P<0,001$ )<sup>25</sup>.

Η μελέτη των Osterman et al. βασίστηκε και αυτή στις πληροφορίες από εθνική αμερικάνικη βάση καταγραφής γεννήσεων, όπου και καταγραφόταν και η χρήση επισκληριδίου/ραχιαίας αναλγησίας ή μη<sup>26</sup>. Συγκεντρώθηκαν δεδομένα για 1.829.302 γεννήσεις από 27 πολιτείες των Η.Π.Α. κατά το 2008. Η κατηγοριοποίηση έγινε σε λευκή/μη-ισπανόφωνη, μαύρη/μη-ισπανόφωνη, ασιατική/μη-ισπανόφωνη και ισπανόφωνη φυλή. Οι λοιπές φυλές (π.χ. ινδιάνικη ή μεικτή) δεν συμπεριλήφθηκαν λόγω μικρού δείγματος.

Το 69% των λευκών/μη-ισπανόφωνων γυναικών έλαβαν περιοχική αναλγησία, σε σύγκριση με τα μειούμενα ποσοστά των υπολοίπων ομάδων με τις μαύρες στο 62,1%, τις ασιάτισες στο 61,8% και τις ισπανόφωνες μόλις στο 47,7%<sup>26</sup>. Ακόμη υπήρχαν διαφορές και ανάμεσα στις ισπανόφωνες γυναίκες ανάλογα με την καταγωγή τους, με τις μεξικανές να λαμβάνουν περιοχική αναλγησία στο 43,8% συγκριτικά με το 68% των πορτορικανών γυναικών<sup>26</sup>.

Όσο προχωρούσε η ηλικία, τα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας μειώνονταν, με τις λευκές να συγκεντρώνουν σε κάθε περίπτωση τα υψηλότερα ποσοστά και οι ισπανόφωνες τα μικρότερα ποσοστά σε όλες πλην της νεότερης ηλικιακά ομάδας<sup>26</sup>.

Όσο αυξανόταν το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο αυξανόταν τα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας. Ωστόσο, με εκπαίδευση πέραν των 8 ετών, οι ασιάτισες και οι ισπανόφωνες είχαν μικρότερα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας συγκριτικά με τις λευκές ή τις μαύρες<sup>26</sup>.

Διακυμάνσεις στη χρήση περιοχικής αναλγησίας υπήρχαν και ανάλογα με την πολιτεία, καθώς και η φυλετική κατανομή του πληθυσμού διαφέρει<sup>26</sup>.

Η μελέτη των Toledo και συνεργατών αφορά συνεντεύξεις σχετικά με την περιοχική αναισθησία/αναλγησία και τον φυσιολογικό τοκετό σε 509 γυναίκες για την περίοδο 04/2008-07/2009<sup>27</sup>. Οι γυναίκες ήταν καυκάσιες (λευκές), ισπανόφωνες και αφροαμερικανίδες (μαύρες) και όλες μιλούσαν αγγλικά. Έγινε σύγκριση ως προς τη φυλή και το βαθμό στον οποίο περίμεναν οι γυναίκες να λάβουν περιοχική αναισθησία/αναλγησία και τα πραγματικά ποσοστά περιοχικής αναισθησίας που τελικά έλαβαν. Δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φυλής/εθνικότητας και του ποσοστού χρήσης περιοχικής αναλγησίας<sup>27</sup>.

Ωστόσο, όταν οι γυναίκες απαντούσαν στο ερώτημα αν αναμένουν να λάβουν περιοχική αναλγησία κατά τον τοκετό, οι απαντήσεις διέφεραν ανάλογα με τη φυλή<sup>27</sup>. Οι ισπανόφωνες γυναίκες ήταν λιγότερο πιθανό να αναμένουν να λάβουν περιοχική αναλγησία συγκριτικά με τις λευκές (adjusted OR:0,40 , 95%CI= 0,20-0,82)<sup>27</sup>. Κατ' επέκταση όταν η επίτοκος δεν έχει ενημερωθεί για την περιοχική αναλγησία και δεν την αναμένει, είναι λιγότερο πιθανό να τη ζητήσει ή να δεχτεί εν τέλει την τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα αν της προταθεί.

Σημασία έχει το γεγονός ότι όλες οι γυναίκες της μελέτης μιλούσαν αγγλικά, οι μισές είχαν ακαδημαϊκή μόρφωση και το 1/3 είχε υψηλό εισόδημα (>50.000)<sup>27</sup>. Επομένως, οι πιθανότητες τους να είναι ενημερωμένες για την περιοχική αναλγησία ήταν αυξημένες.

Μια προοπτική μελέτη παρατήρησης με 397 επίτοκες αναζήτησε φυλετικές διαφορές σχετικά με την αναλγησία τοκετού<sup>28</sup>. Οι γυναίκες δήλωσαν αν ανήκουν στην λευκή, αφροαμερικάνικη (μαύρη), ισπανόφωνή ή άλλη φυλή.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αποδοχή και επιθυμία για περιοχική αναλγησία τοκετού, ούτε στο σκορ πόνου κατά τη στιγμή που ζητούσαν περιοχική αναισθησία<sup>28</sup>.

Η ιρλανδική μελέτη των Husarova et al. εξέτασε τις μεθόδους αναλγησίας τοκετού σε μεταναστευτικό πληθυσμό μέσα από μία αναδρομική μελέτη παρατήρησης μεταξύ 01/2009 και 12/2013 σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο<sup>46</sup>. Συμμετείχαν συνολικά 30.793 γυναίκες με 35.689 τοκετούς , οι οποίες κατάγονταν από την Ιρλανδία/δυτική Ευρώπη (γηγενείς) [68,7%], την ανατολική Ευρώπη [18,2%], την Βόρεια Αμερική [0,5%], την Νότια Αμερική [0,7%], την υποσαχάρια Αφρική [4,7%], την βόρεια Αφρική [0,3%], την Μέση Ανατολή [0,5%], την Άπω Ανατολή [3,2%], την Ινδία [2,4%] και την Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία [0,2%].

Φάνηκε ότι οι γυναίκες με καταγωγή από την υποσαχάρια Αφρική, την βόρεια Αφρική, την Άπω Ανατολή, την Ινδία και την ανατολική Ευρώπη λάμβαναν λιγότερη περιοχική αναλγησία τοκετού σε σύγκριση με γυναίκες γεννημένες στην δυτική Ευρώπη<sup>46</sup>. Αντίθετα, οι γυναίκες με καταγωγή από την Βόρεια Αμερική, την Νότια Αμερική, την Μέση Ανατολή και την Αυστραλία/Νέα Ζηλανδία είχαν ίδιες πιθανότητες με τις γυναίκες από την δυτική Ευρώπη να λάβουν περιοχική αναλγησία τοκετού<sup>46</sup>. Ακόμη, οι γυναίκες από την υποσαχάρια Αφρική, την βόρεια Αφρική, την Άπω Ανατολή, την Ινδία, την ανατολική Ευρώπη και την Βόρεια Αμερική είχαν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να μην λάβουν καμία αναλγησία κατά τον τοκετό σε σύγκριση με γυναίκες από την δυτική Ευρώπη<sup>46</sup>. Τα μικρότερα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας παρατηρήθηκαν στην αφρικανική ομάδα<sup>46</sup>. Βλέπουμε λοιπόν ότι οι

γυναίκες μεταναστευτικής καταγωγής που δεν κατάγονταν από την δυτική Ευρώπη είχαν διαφορετική διαχείριση στην αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό<sup>46</sup>.

Συνολικά 7 από τις 10 μελέτες συγκλίνουν ότι ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού σε μη λευκές γυναίκες αντιμετωπίζεται λιγότερο με περιοχική αναλγησία (επισκληρίδιο)<sup>13,14,20,21,22,25,26</sup>. Ανάλογα με τον πληθυσμό που μελετήθηκε, τα μικρότερα ποσοστά επισκληριδίου αναλγησίας βρέθηκαν σε ορισμένες μελέτες σε πακιστανές<sup>21,22</sup>, σε κάποιες άλλες κυρίως σε μαύρες<sup>14,20</sup> ή σε ισπανόφωνες γυναίκες<sup>25,26</sup>, ενώ στην μεγάλη βρετανική μελέτη φάνηκε ότι οι ινδές λάμβαναν περιοχική αναλγησία σε μεγαλύτερο βαθμό<sup>21</sup>. Στην μελέτη που συνέκρινε μεταναστευτικό πληθυσμό παρατηρήθηκε λιγότερη περιοχική αναλγησία σε γυναίκες που δεν κατάγονταν από την δυτική Ευρώπη και ιδίως σε γυναίκες αφρικανικής καταγωγής<sup>46</sup>. Ωστόσο, το κοινό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι σε λευκές γυναίκες, που αποτελούν και την κυρίαρχη ομάδα του πληθυσμού, ο πόνος κατά τον φυσιολογικό τοκετό καλύπτονταν περισσότερο με περιοχική αναλγησία και επομένως και καλύτερα σε σύγκριση με τις γυναίκες που άνηκαν σε κάποια μειονοτική ομάδα.

Σε δύο μελέτες φάνηκε ότι οι μη λευκές γυναίκες προτιμούσαν την χρήση ενδοφλέβιας αναλγησίας με πεθιδίνη ή άλλο είδος αναλγησίας πέραν της περιοχικής<sup>13,22</sup>.

Τα αποτελέσματα αυτής της ενότητας φαίνονται συγκεντρωτικά στον Πίνακα 4.

Αρκετές από τις μελέτες επισήμαναν τις κοινωνικές διαφορές μεταξύ των ομάδων που συνέκριναν. Οι μη λευκές γυναίκες είχαν συχνότερα χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης<sup>13,14,22,26</sup>. Επίσης, σε ορισμένες περιπτώσεις οι μη λευκές γυναίκες δεν μιλούσαν την γλώσσα της χώρας σε ικανοποιητικό επίπεδο ώστε να συνεννοηθούν με τον αναισθησιολόγο τους<sup>22</sup>, γεγονός πολύ σημαντικό για την ιδανική συνεργασία για την τοποθέτηση του επισκληριδίου καθετήρα. Στις αμερικάνικες μελέτες οι μαύρες γυναίκες είχαν συνήθως δημόσια ασφάλιση και χαμηλότερο εισόδημα<sup>14,20,25,26</sup>, γεγονός που οι συγγραφείς των μελετών θεωρούν ότι κατέχει σημαντικό ρόλο στα ποσοστά χρήσης επισκληριδίου καθετήρα.

Πίνακας 4: Φυσιολογικός τοκετός και περιοχική αναλγησία

| Ερευνητής                      | Ζητούμενο                              | Κύριο Εύρημα                                                                                                   |
|--------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vangen, S et al. <sup>22</sup> | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | - καμία <u>πακιστανή</u> δεν έλαβε επισκληρίδια αναλγησία<br>- το 30% των πακιστανών δεν έλαβε καμία αναλγησία |

|                                                           |                                        |                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           |                                        | - <u>πακιστανές</u> : συχνότερα πεθιδίνη                                                                                                                                                               |
| Sheiner, Einat K et al. <sup>13</sup>                     | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>εβραίες</u> : μεγαλύτερη <u>προσφορά</u> επισκληρίδιας αναλγησίας από τις βεδουίνες,<br><u>βεδουίνες</u> : προτιμούν παρεντερική πεθιδίνη                                                           |
| Bamber, J H et al. <sup>21</sup>                          | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>μπαγκλαντεσιανές</u> ,<br><u>πακιστανές</u> : λιγότερη περιοχική αναλγησία από τις λευκές (βρετανές),<br><u>ινδές</u> , <u>ιρλανδές</u> : περισσότερη περιοχική αναλγησία από τις λευκές (βρετανές) |
| Tangel, Virginia E et al. <sup>20</sup>                   | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>μαύρες</u> : πιο πιθανό να μην λάβουν αναλγησία τοκετού από τις λευκές                                                                                                                              |
| Glance, Laurent G et al. <sup>14</sup>                    | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>μαύρες</u> , <u>ισπανόφωνες</u> ,<br>ινδιάνες: λιγότερη επισκληρίδια αναλγησία από τις λευκές                                                                                                       |
| Rust, George et al. <sup>25</sup>                         | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>μαύρες</u> , <u>ισπανόφωνες</u> ,<br><u>ασιάτισες</u> : λιγότερη επισκληρίδια αναλγησία από τις λευκές                                                                                              |
| Osterman, Michelle J K, and Joyce A Martin. <sup>26</sup> | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | <u>μαύρες</u> , <u>ισπανόφωνες</u> ,<br><u>ασιάτισες</u> : λιγότερη επισκληρίδια αναλγησία από τις λευκές                                                                                              |
| Toledo, Paloma et al. <sup>27</sup>                       | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | - καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην χρήση                                                                                                                                                        |

|                                       |                                        |                                                                                                 |
|---------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       |                                        | - οι ισπανόφωνες δεν αναμένουν να λάβουν επισκληρίδιο                                           |
| Wilson, Sylvia H et al. <sup>28</sup> | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | καμία στατιστικά σημαντική διαφορά                                                              |
| Husarova, Viera et al. <sup>46</sup>  | χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας τοκετού | λιγότερη περιοχική αναλγησία σε μετανάστριες εκτός δυτικής Ευρώπης, ιδίως από αφρικανικές χώρες |

### 3.5 Πολιτισμικές επιδράσεις στην χρήση περιοχικής αναλγησίας κατά τον φυσιολογικό τοκετό

Αρκετές μελέτες επισημαίνουν τις πολιτισμικές διαφορές ανάμεσα στις φυλετικές ομάδες που εν τέλει επηρεάζουν την προτίμηση για ορισμένο είδος αναλγησίας, έναντι κάποιου άλλου. Δεν είναι εύκολο να απομονώσουμε την φυλή ως χαρακτηριστικό από την γλώσσα, το οικονομικό υπόβαθρο, την εκπαίδευση και άλλες παραμέτρους συχνά κοινές για τα άτομα συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων. Οι αντιλήψεις των επίτοκων, αλλά και της κοινωνίας διαμορφώνονται από όλα τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά και επηρεάζουν την αναλγησία τοκετού.

Οι Morris και συνεργάτες αναζήτησαν μέσα από συνεντεύξεις με 83 γυναίκες σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο των Η.Π.Α. τις απόψεις τους σχετικά με την αναλγησία τοκετού<sup>29</sup>. Οι γυναίκες άνηκαν στην λευκή, μαύρη, ασιατική και ισπανόφωνη φυλή και έγινε ποιοτική ανάλυση των απόψεων τους και όχι τυχαιοποιημένη ποσοτική μελέτη. Το άρθρο δεν πιστεύει ότι οι μη λευκές γυναίκες δεν έχουν πρόσβαση στην περιοχική αναλγησία, αλλά ότι λόγω διαφορετικής κουλτούρας δεν επιθυμούν την τοποθέτηση επισκληριδίου<sup>29</sup>. Ακόμη συχνά δεν έχουν συζητήσει εγκαίρως για την διαδικασία και δεν είναι προετοιμασμένες ή δεν τους δίνεται η ευκαιρία να απαντηθούν οι ερωτήσεις τους<sup>29</sup>.

Οι μη λευκές γυναίκες είχαν τελικά μικρότερες πιθανότητες να προγραμματίζουν την χρήση επισκληριδίου αναλγησίας για τον τοκετό, συγκριτικά με τις λευκές<sup>29</sup>. Ακόμη αρκετές μη λευκές γυναίκες ανέφεραν ότι δέχτηκαν πιέσεις για την τοποθέτηση επισκληριδίου καθετήρα, ιδιαίτερα οι γυναίκες με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης<sup>29</sup>. Οι μαύρες γυναίκες εκδήλωναν μεγαλύτερο άγχος ότι θα πονέσουν κατά την διαδικασία τοποθέτησης του επισκληριδίου καθετήρα, έχοντας οι ίδιες ή οι μητέρες τους ανάλογες εμπειρίες<sup>29</sup>. Εν αντιθέσει οι λευκές γυναίκες έδειχναν εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας.

Παρατηρήθηκε δε σε γυναίκες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συχνότερη αποτυχία της περιοχικής αναλγησίας/αναισθησίας, ενώ ο πόνος που εξέφραζαν δεν λαμβάνονταν πάντα υπόψη ώστε να δοθεί ενδοφλέβια αναλγησία ή γενική αναισθησία<sup>29</sup>. Επηρεάζει επομένως τόσο η φυλή, όσο και η κοινωνική τάξη την επιτυχία της περιοχικής αναισθησίας<sup>29</sup>.

Μία γαλλική μελέτη πραγματοποίησε συνεντεύξεις σε 8.233 λεχώιδες χαμηλού κινδύνου για να διερευνήσει τους λόγους μη χρήσης περιοχικής αναλγησίας τοκετού<sup>30</sup>. 2.720 γυναίκες γέννησαν χωρίς επισκληρίδιο αναλγησία, οι οποίες ήταν γαλλίδες, ευρωπαϊκές, βορειο-αφρικανές, αφρικανές από τις υπόλοιπες χώρες της Αφρικής και άλλης εθνικότητας. 1.063 γυναίκες (37.2%) από αυτές που δεν έλαβαν επισκληρίδιο αναλγησία, δήλωσαν ότι δεν

το επιθυμούσαν<sup>30</sup>. Εντούτοις φάνηκε ότι δεν επέλεξαν την περιοχική αναλγησία συχνότερα γυναίκες που ζούσαν μόνες, ήταν άνεργες ή ανειδίκευτες εργάτριες, είχαν μικρό αριθμό προγεννητικών επισκέψεων και υπερηχογραφικής εκτίμησης, ενώ στα νοσοκομεία αυτά συχνά δεν υπήρχε εικοσιτετράωρη κάλυψη από αναισθησιολόγο<sup>30</sup>. Φαίνεται λοιπόν ότι η περιοχική αναλγησία έχει άμεση συσχέτιση με την κοινωνική τάξη, αλλά και τις συνθήκες χωρίς να αφήνει πραγματικά επιλογή στις γυναίκες<sup>30</sup>, ενώ έχει φανεί ότι οι γυναίκες από χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα αναζητούν τη χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας λιγότερο συγκριτικά με τις υψηλότερες κοινωνικές τάξεις<sup>30</sup>.

Μια αναδρομική μελέτη κοόρτης με 3129 γυναίκες που γέννησαν φυσιολογικά σε ένα τριτοβάθμιο νοσοκομείο των Η.Π.Α. διερεύνησε τον ρόλο της ομιλούσας γλώσσας στην επιλογή περιοχικής αναλγησίας μεταξύ διαφορετικών φυλών<sup>31</sup>. Οι γυναίκες χωρίστηκαν βάσει της φυλής τους σε λευκές, μαύρες, ασιάτισες, ισπανόφωνες και άλλη φυλή και βάσει της μητρικής τους γλώσσας σε αγγλόφωνες ή μη. Οι κύριες γλώσσες που ομιλούνταν ως μητρικές ήταν τα αγγλικά και τα ισπανικά.

Η ισπανόφωνη καταγωγή ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας για μειωμένη χρήση περιοχικής αναλγησίας (adjusted OR:0,77 , 95%CI= 0,61–0,98), αλλά και μετά από στάθμιση για τον τύπο ασφάλισης και την πολυτοκία, σε σύγκριση με τις λευκές μη-ισπανόφωνες γυναίκες<sup>31</sup>. Όταν έγινε στάθμιση ως προς τη μεταβλητή της ομιλούσας γλώσσας, η ισπανόφωνη καταγωγή δεν ήταν πλέον στατιστικά σημαντικός παράγοντας (adjusted OR:0,84 , 95%CI= 0,66–1,08) και μόνο η ισπανική ομιλούσα γλώσσα παρέμενε παράγοντας για μειωμένη χρήση περιοχικής αναλγησίας (adjusted OR:0,82, 95%CI=0,67–0,99)<sup>31</sup>. Φάνηκε λοιπόν ότι η ομιλούσα γλώσσα επηρέαζε τη σχέση φυλής/εθνικότητας με την χρήση περιοχικής αναλγησίας<sup>31</sup>.

Πολλές μελέτες σε μη μαιευτικό πληθυσμό υποστηρίζουν ότι τα γλωσσικά εμπόδια μπορεί να οδηγήσουν σε ανισότητες στην υγεία, οδηγώντας σε επιπλοκές και μειωμένη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες<sup>31</sup>.

Ωστόσο ακόμα και αν υπήρχε μεταφραστής πάντα διαθέσιμος, δεν είναι σαφές αν θα αυξάνονταν τα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας, καθώς σημαντικό ρόλο παίζει το πολιτισμικό υπόβαθρο, τα ήθη και έθιμα που σχετίζονται με τη φυλή. Η πατριαρχία, ο ρόλος του συζύγου στην οικογένεια και η θέση της γυναίκας μέσα σε αυτήν, όπως και τα θρησκευτικά πιστεύω επηρεάζουν την αντίληψη της γυναίκας για τον πόνο, δημιουργώντας συχνά την πεποίθηση ότι ο πόνος του φυσιολογικού τοκετού είναι κάτι φυσικό που πρέπει να υπομείνει.

Σημασία έχει και η χρονική στιγμή που θα γίνει η συζήτηση για την περιοχική αναλγησία<sup>31</sup>, ώστε να έχει η γυναίκα τον χρόνο να επεξεργαστεί τις πληροφορίες και να αποβάλει ενδεχομένως τον φόβο.

Μία τυχαιοποιημένη τυφλή μελέτη μελέτησε την επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος σχετικά με την περιοχική αναλγησία ως προς την πραγματική χρήση περιοχικής αναλγησίας<sup>32</sup>. Συμμετείχαν 200 γυναίκες, 100 ισπανόφωνες και 100 αγγλόφωνες, και στη συνέχεια τυχαιοποιήθηκαν σε δύο γκρουπ, εκ των οποίων το ένα λάμβανε απλή προγεννητική παρακολούθηση και το δεύτερο λάμβανε επιπλέον εκπαιδευτικό υλικό με βίντεο, φυλλάδιο και ατομική συμβουλευτική σχετικά με την επισκληρίδιο αναλγησία. Η επικοινωνία με τις ισπανόφωνες γυναίκες γινόταν με μεταφραστή και με ισπανόφωνους νοσηλευτές.

Το πρώτο συμπέρασμα αφορούσε τη χρήση επισκληριδίου αναλγησίας, η οποία αυξήθηκε για τις ισπανόφωνες γυναίκες κατά 33% στο γκρουπ της παρέμβασης συγκριτικά με την απλή προγεννητική παρακολούθηση (40 από τις 50 [80%] έναντι 30 από τις 50 [60%] αντίστοιχα, risk ratio:1,33 [95% CI=1,02 έως 1,74],  $P = 0,029$ )<sup>32</sup>. Για τις αγγλόφωνες γυναίκες δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων<sup>32</sup>.

Το δεύτερο συμπέρασμα αφορούσε την διόρθωση εσφαλμένων αντιλήψεων γύρω από την περιοχική αναλγησία, οι οποίες μειώθηκαν τόσο στις ισπανόφωνες όσο και στις αγγλόφωνες γυναίκες<sup>32</sup>. Καταλήγουμε λοιπόν ότι η ιατρική εκπαίδευση είναι πολύ σημαντική και η μειωμένη χρήση επισκληριδίου σε ισπανόφωνες γυναίκες δεν μπορεί να αποδοθεί αποκλειστικά σε πολιτισμικές προτιμήσεις.

Οι Mathur et al. μελέτησαν μέσα από ένα διαδικτυακό ερωτηματολόγιο τις αντιλήψεις 200 Αμερικανών για τον πόνο του φυσιολογικού τοκετού μεταξύ 08/2017 και 05/2018<sup>33</sup>. Οι συμμετέχοντες ήταν 60% γυναίκες, ενώ 33,5% ήταν λευκοί/μη-ισπανόφωνοι και 23% μαύροι. Το ερωτηματολόγιο αφορούσε τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου. Όσον αφορά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του πόνου, το 68% απάντησε ότι υπάρχει κάποιος όφελος από τον πόνο, ωστόσο το 87% συμφώνησε ότι ο πόνος του τοκετού πρέπει να αντιμετωπίζεται ιατρικά<sup>33</sup>. Όσον αφορά τα ποσοτικά χαρακτηριστικά του πόνου, φάνηκαν διαφορές ως προς τη φυλή, καθώς προέκυπτε από το ερωτηματολόγιο η αντίληψη ότι οι λευκές γυναίκες βίωναν μεγαλύτερο πόνο σε σύγκριση με όλες τις μη λευκές γυναίκες (women of color) ( $p<0,005$ ), ενώ οι ισπανόφωνες μικρότερο πόνο από τις λευκές ( $p=0,021$ )<sup>33</sup>. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην εκτίμηση του πόνου συγκεκριμένα για τις ασιατίσες και τις μαύρες. Ακόμη οι ερωτηθέντες που πίστευαν ότι ο πόνος του τοκετού δεν πρέπει να θεραπεύεται (13%) και ότι ο πόνος έχει αξία, υποεκτιμούσαν συχνότερα την

ένταση του πόνου των μη λευκών γυναικών<sup>33</sup>. Οι ερωτηθέντες δεν ήταν ιατροί, αλλά αντιπροσωπεύουν το σύνολο της κοινωνίας, τις συνειδητές και υποσυνείδητες αντιλήψεις των ασθενών, αλλά των θεραπόντων ιατρών. Αν κάποιος ιατρός πιστεύει ότι οι μη λευκές γυναίκες πονάνε λιγότερο κατά τον τοκετό ή ότι ο πόνος είναι κατά κάποιον τρόπο ευεργετικός, φυσικά δεν θα προχωρήσει σε μεθόδους ανακούφισης του πόνου.

Σε μια αμερικάνικη προοπτική μελέτη παρατήρησης τον Ιούλιο του 2009 οι Orejuela και συνεργάτες μελέτησαν ισπανόφωνες γυναίκες που επρόκειτο να γεννήσουν φυσιολογικά, διερευνώντας αν επιθυμούν την χρήση επισκληριδίου και γιατί<sup>34</sup>. Συμμετείχαν 50 γυναίκες, εκ των οποίων το 98% δήλωσε αυτοβούλως ισπανόφωνη καταγωγή, το 80% προτιμούσε την ισπανική γλώσσα, ενώ καταγράφηκαν και τα χρόνια διαμονής τους στις Η.Π.Α. Η επικοινωνία έγινε στην ισπανική γλώσσα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι παρότι το 92% των γυναικών παρακολουθούνταν προγεννητικά, μόνο το 27% είχε ενημέρωση για τις επιλογές αναλγησίας τοκετού. Μετά την ενημέρωση σχετικά με την επισκληρίδιο αναλγησία το ποσοστό που επιθυμούσε την χρήση της αυξήθηκε από 28% σε 38%, αν και χωρίς στατιστική σημασία ( $P=0,28$ )<sup>34</sup>. Τελικά 46% προχώρησαν σε επισκληρίδιο αναλγησία, ενώ 20% καλύφθηκαν με παρεντερική αναλγησία και 34% δεν έλαβε καμία αναλγησία. Οι κυριότεροι λόγοι αποφυγής της περιοχικής αναλγησίας ήταν ο φόβος της παράλυσης (76%) και ο φόβος για χρόνια οσφυαλγία (54%)<sup>34</sup>. Ο χρόνος διαμονής στις Η.Π.Α., το επίπεδο εκπαίδευσης και η έναρξη του τοκετού φάνηκαν αρχικά να έχουν στατιστικής σημασίας συσχέτιση με την επιλογή της επισκληριδίου αναλγησίας. Σε ανάλυση πολλαπλών μεταβλητών όμως μόνο το επίπεδο εκπαίδευσης παρέμεινε στατιστικά σημαντική μεταβλητή υπέρ της περιοχικής αναλγησίας (Adjusted OR 4,94, 95%CI=1,6–15,1)<sup>34</sup>. Οι συγγραφείς δίνουν την εξήγηση ότι οι γυναίκες με αυξημένο επίπεδο εκπαίδευσης καταλαβαίνουν καλύτερα τα οφέλη, αλλά και τους κινδύνους από την περιοχική αναλγησία και είναι σε θέση να πάρουν μια περισσότερη ενημερωμένη απόφαση<sup>34</sup>. Αυτό μας δείχνει πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη ενημέρωση των γυναικών για το ζήτημα του πόνου κατά τον τοκετό και τις διαθέσιμες επιλογές τους. Όπως παρατηρήθηκε, λίγες γυναίκες (27%) είχαν πρότερη σχετική ενημέρωση<sup>34</sup>. Επιπλέον το 36% των γυναικών ανέφεραν ότι οι οικείοι τους είχαν συμβουλέψει να μην προχωρήσουν σε περιοχική αναλγησία<sup>34</sup>. Βλέπουμε λοιπόν ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, σε συνδυασμό με περιορισμένη έγκυρη ενημέρωση και παραπληροφόρηση από το κοινωνικό περιβάλλον, μπορεί να αποθαρρύνει τις γυναίκες από την επισκληρίδια αναλγησία.

Ακόμη στην έρευνα η ενημέρωση των γυναικών μετά την εισαγωγή τους στην αίθουσα τοκετού έγινε στην ισπανική γλώσσα (γλώσσα προτίμησης), γεγονός που σίγουρα ενίσχυσε

την εμπιστοσύνη των γυναικών προς την ιατρική ομάδα. Δεν αναφέρεται αν και οι προγεννητικές επισκέψεις γίνονταν στα ισπανικά.

Η μελέτη των Toledo et al. από τη βάση δεδομένων ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου των Η.Π.Α. μελέτησε την σχέση της ισπανικής γλώσσας με την χρήση επισκληριδίου αναλγησίας<sup>35</sup>. Στο διάστημα 01/01/2007-16/07/2010 καταγράφηκαν δεδομένα από 932 γυναίκες ισπανόφωνης καταγωγής, οι οποίες δήλωναν αν η ισπανική ή η αγγλική γλώσσα είναι η κύρια γλώσσα τους. Τελικά φάνηκε ότι οι γυναίκες με κύρια ομιλούμενη γλώσσα την ισπανική είχαν μικρότερη πιθανότητα να αναμένουν την χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας [aOR:0,57, 97,5%CI=0,38–0,85] και μικρότερη πιθανότητα να λάβουν τελικά επισκληρίδια αναλγησία [aOR:0,63, 97,5%CI=0,42–0,96] σε σύγκριση με τις γυναίκες με κύρια ομιλούμενη γλώσσα την αγγλική<sup>35</sup>. Επομένως οι συγγραφείς παρατηρούν διάκριση στην χρήση περιοχικής αναλγησίας μεταξύ των γυναικών με κύρια γλώσσα ισπανική και αγγλική. Παράλληλα το 96% των γυναικών που επιθυμούσαν επισκληρίδιο αναλγησία, τελικά την έλαβαν<sup>35</sup>. Ενδεχομένως η μη δυνατότητα να εκφράσουν την επιθυμία τους ή να ενημερωθούν πλήρως και να καθησυχαστούν οι ανησυχίες τους να εμπόδιζε τις γυναίκες με κύρια γλώσσα την ισπανική από την πρόσβαση στην περιοχική αναλγησία. Βλέπουμε λοιπόν ότι η γλώσσα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην χορήγηση ικανοποιητικής αναλγησίας, ακόμα και μεταξύ γυναικών της ίδιας εθνοτικής/φυλετικής ομάδας, καθώς προκύπτει δυσκολία και στην μετάδοση πληροφορίας από την ιατρική ομάδα στην επίτοκο και στην δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι δεν είναι δυνατό να αποδοθούν οι διαφορές που εντοπίστηκαν σε προηγούμενες ενότητες στην χρήση περιοχικής αναλγησίας/αναισθησίας μόνο στην φυλή, χωρίς να λάβουμε υπόψη τις πολιτισμικές, γλωσσικές, θρησκευτικές αλλά και οικονομικές συνθήκες στις οποίες εκτίθεται ένα άτομο συγκεκριμένης εθνοτικής/φυλετικής ομάδας.

Ορισμένες μελέτες εστίασαν στον ρόλο της γλώσσας και βρήκαν ότι η χρήση ισπανικής γλώσσας ως κύρια μείωνε τα ποσοστά επισκληρίδιας αναλγησίας<sup>31,35</sup>, αλλά η φυλή δεν έπαιζε πλέον σημαντικό ρόλο<sup>31</sup>. Άλλωστε προϋπόθεση για την επιτυχία της περιοχικής αναλγησίας/αναισθησίας είναι η άριστη επικοινωνία και συνεργασία με την επίτοκο, με συναίνεση και εμπιστοσύνη. Επίσης τονίζεται η σημασία της εκπαίδευσης, καθώς εντοπίστηκε έλλειψη έγκυρης ενημέρωσης για τις διαθέσιμες αναλγητικές επιλογές<sup>29,34</sup>, ενώ το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών συσχετίστηκε με μειωμένα ποσοστά περιοχικής αναλγησίας<sup>34</sup>. Οι ισπανόφωνες γυναίκες που συμμετείχαν σε εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την περιοχική αναλγησία τοκετού βελτίωσαν τα ποσοστά χρήσης επισκληριδίου αναλγησίας<sup>32</sup>.

Οι πληροφορίες της συγκεκριμένης ενότητας δίνονται περιεκτικά στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Πολιτισμικές επιδράσεις στην αναλγησία τοκετού

| Ερευνητής                                        | Αντικείμενο                                                               | Κύριο Εύρημα                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Morris, Theresa, and Mia Schulman. <sup>29</sup> | αντιλήψεις γυναικών σχετικά με την αναλγησία τοκετού                      | - όχι έγκαιρη ενημέρωση<br>-το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με αποτυχία περιοχικής αναλγησίας                            |
| Le Ray, Camille et al. <sup>30</sup>             | λόγοι μη χρήσης περιοχικής αναλγησίας                                     | η χαμηλή κοινωνική τάξη συνδέεται με λιγότερη περιοχική αναλγησία                                                              |
| Caballero, J A et al. <sup>31</sup>              | ρόλος της γλώσσας στην περιοχική αναλγησία                                | η ισπανόφωνη γλώσσα συνδέεται με λιγότερη περιοχική αναλγησία                                                                  |
| Togioka, Brandon M et al. <sup>32</sup>          | επίδραση ενός εκπαιδευτικού προγράμματος στην χρήση περιοχικής αναλγησίας | το εκπαιδευτικό πρόγραμμα βελτίωσε τα ποσοστά περιοχικής στο ισπανόφωνο γκρουπ                                                 |
| Mathur, Vani A et al. <sup>33</sup>              | αντιλήψεις του πληθυσμού για τον πόνο του φυσιολογικού τοκετού            | αντίληψη ότι οι λευκές βιώνουν μεγαλύτερο πόνο και οι ισπανόφωνες λιγότερο                                                     |
| Orejuela, Francisco J et al. <sup>34</sup>       | επιθυμία για επισκληρίδια αναλγησία σε ισπανόφωνο πληθυσμό                | - όχι έγκαιρη ενημέρωση<br>-το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ανεβάζει τα ποσοστά χρήσης επισκληρίδιας αναλγησίας                  |
| Toledo, Paloma et al. <sup>35</sup>              | σύνδεση ισπανικής γλώσσας με επισκληρίδια αναλγησία                       | η ισπανική γλώσσα ως κύρια συνδέεται με λιγότερη προσδοκία για χρήση περιοχικής αναλγησίας και λιγότερη πραγματική χρήση αυτής |

### 3.6 Epidural Blood patch για κεφαλαλγία από τρώση σκληράς μήνιγγας και φυλή

Μία μελέτη παρατήρησης από βάση δεδομένων επιχείρησε να συσχετίσει το ρόλο της φυλής στην χρήση epidural blood patch (EBP) για κεφαλαλγία μετά από τρώση<sup>36</sup>. Αντλήθηκαν δεδομένα για 8921 ασθενείς που άνηκαν στην λευκή, μαύρη, ισπανόφωνη και άλλη φυλή και είχαν τρώση σκληράς μήνιγγας μετά από τεχνική περιοχικής αναλγησίας<sup>36</sup>. Το EBP είναι μία επεμβατική μέθοδος αντιμετώπισης της ισχυρής κεφαλαλγίας μετά από τρώση σκληράς μήνιγγας (PDPH)<sup>37</sup>. Η χρήση EBP ήταν 8% λιγότερη για τις ισπανόφωνες (unadjusted OR: 0,92, 95%CI= 0,80-1,07), 32% λιγότερη για τις μαύρες (unadjusted OR:0,68, 95%CI= 0,58-0,80) και 28% λιγότερη για τις γυναίκες άλλης φυλής (unadjusted OR:0,72, 95%CI= 0,62-0,83) συγκριτικά με τις λευκές<sup>36</sup>. Επίσης στις λευκές γυναίκες πραγματοποιούνταν EBP στις 2 ημέρες από την εισαγωγή, ενώ στις μαύρες και στις ισπανόφωνες στις 3 ημέρες<sup>36</sup>. Μετά από στάθμιση για επιπλέον παράγοντες των ασθενών και του νοσοκομείου, η χρήση EBP δεν διέφερε μεταξύ των λευκών και των ισπανόφωνων (adjusted OR:1,11, 95%CI= 0,94-1,30), αλλά ήταν σημαντικά λιγότερη για τις μαύρες γυναίκες (adjusted OR:0,80, 95%CI=0,67-0,94) και για τις γυναίκες άλλης φυλής (adjusted OR:0,85, 95%CI= 0,73-0,99)<sup>36</sup>. Παρατηρούμε λοιπόν και σε αυτή την περίπτωση διακρίσεις απέναντι στις μη λευκές ασθενείς και ιδίως στις μαύρες, των οποίων ο πόνος θα αντιμετωπιστεί λιγότερο επιθετικά και λιγότερο άμεσα.

## 4. Συζήτηση

Στην παρούσα εργασία έχει γίνει προσπάθεια σύνοψης όλης της διαθέσιμης σχετικής βιβλιογραφίας, ευρωπαϊκής και αμερικανικής. Δεν βρέθηκε σχετική βιβλιογραφία στα ελληνικά. Ο αριθμός των μελετών που βρέθηκαν πάνω στα θέματα μαιευτικού πόνου και φυλετικών διαφορών, αλλά και ανισοτήτων είναι πραγματικά μικρός, ενώ σε κάθε υποερώτημα που θέσαμε απαντούσαν ακόμη λιγότεροι ερευνητές. Φαίνεται πως είναι ένα ζήτημα που δεν απασχολεί ενεργά την επιστημονική κοινότητα. Ωστόσο, η παγκοσμιοποίηση, η αυξημένη μετανάστευση και το δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο δυτικός κόσμος αλλάζουν το τοπίο του μαιευτικού πληθυσμού, καθώς γυναίκες από μειονότητες και διαφορετική φυλή αποτελούν μεγάλο ποσοστό των επιτόκων. Η μη παροχή ικανοποιητικής αναλγησίας, η μη ενημέρωση και η μη λήψη ενημερωμένης συναίνεσης για ιατρική πράξη, η ψυχολογική πίεση προς συγκεκριμένες ιατρικές πρακτικές συνιστούν μαιευτική βία<sup>39,40</sup>. Κρίνεται αναγκαία επομένως η παροχή υψηλού επίπεδου ιατρικών υπηρεσιών και η φροντίδα ώστε να μην υποφέρουν οι γυναίκες σε μία τόσο καθοριστική εμπειρία, όπως ο τοκετός, και απαιτείται επομένως μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και ενδιαφέρον για το ζήτημα αυτό, προκειμένου να ερευνηθεί περαιτέρω από την επιστημονική κοινότητα.

Σε σύγκριση με την προϋπαρχουσα βιβλιογραφία<sup>1</sup>, η παρούσα εργασία εστιάζει περισσότερο στα ζητήματα πόνου, και επιχειρεί να καλύψει τις ποικίλες πτυχές του πόνου και της αναλγησίας κατά τον τοκετό. Αναζητήθηκε βιβλιογραφία σχετική με την αναλγησία κατά τον τοκετό, την καισαρική τομή και την μετεγχειρητική φροντίδα. Λόγω του μικρού αριθμού μελετών δεν είναι ασφαλές να καταλήξουμε σε ξεκάθαρα συμπεράσματα. Φαίνεται όμως ήδη από τις μελέτες που αναλύθηκαν παραπάνω μια τάση, αυτή της υποεκτίμησης και υποθεραπείας του πόνου των μειονοτικών φυλετικών/εθνοτικών ομάδων. Οι μη λευκές γυναίκες δέχονται περισσότερη γενική αναισθησία αντί περιοχικής κατά την καισαρική τομή<sup>6,7,20</sup> και λιγότερη περιοχική αναλγησία κατά τον φυσιολογικό τοκετό<sup>14,20,25</sup>, ενώ προτιμούν άλλες μεθόδους αναλγησίας<sup>13,22</sup>.

Επίσης μελετήθηκε ο ρόλος της εκπαίδευσης, της κουλτούρας και της γλώσσας στην έκφραση του πόνου και στην προτίμηση συγκεκριμένων μεθόδων αναλγησίας. Η γλώσσα επηρέαζε την κατανόηση και επομένως την επίλυση αποριών και την δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης<sup>31,35</sup>. Παράλληλα, το αυξημένο επίπεδο εκπαίδευσης και η επιμόρφωση σε ζητήματα αναλγησίας τοκετού άμβλυναν τις προκαταλήψεις και βελτίωναν τα ποσοστά

περιοχικής αναλγησίας<sup>32,34</sup>. Οι πολιτισμικές και θρησκευτικές διαφορές έχουν αντίστοιχα σημαντική θέση στην εκτίμηση του πόνου από τον θεράποντα<sup>13,22</sup>.

Άλλοι ερευνητές μελετούν κυρίως βιβλιογραφία από τις Η.Π.Α. με στόχο την ανάδειξη τυχόν ανισοτήτων στην μαιευτική αναισθησία. Στις Η.Π.Α. ο πληθυσμός αποτελείται εδώ και αιώνες από διαφορετικές φυλές και δεδομένης της ιστορικής καταπίεσης που δέχονταν οι μαύροι και του αναγνωρισμένου πρόβληματος του συστημικού ρατσισμού που εξακολουθεί να υπάρχει, υπάρχουν ερευνητές που κάνουν λόγο για φυλετική ανισότητα στην μαιευτική αναλγησία και αναισθησία<sup>9,14,24,35</sup>. Σημασία έχει και η ύπαρξη δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς στις Η.Π.Α., η οποία αναμενόμενα επηρεάζει το επίπεδο παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας/αναλγησίας<sup>21</sup>.

Αντίθετα, στην παρούσα εργασία συμπεριλάβαμε και ευρωπαϊκές μελέτες, όπου λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, δεν υφίσταται αυτός ο περιορισμός. Όπως και στις αμερικανικές, εμφανίστηκαν και στις ευρωπαϊκές εργασίες διαφορές στο είδος της αναλγησίας και μειωμένη χρήση περιοχικής αναλγησίας στις μειονότητες<sup>21,22,46</sup>. Είναι κρίσιμο να γίνουν περισσότερες μελέτες στον ευρωπαϊκό χώρο και να φανεί αν όντως υπάρχουν και που οφείλονται αυτές οι διαφορές στην μαιευτική αναλγησία/αναισθησία. Ο πληθυσμός της Ευρώπης δεν μπορεί να μείνει αμετάβλητος από τις κοινωνικοπολιτικές αλλαγές που συντελούνται στην Μεσόγειο, στην Αφρική και στην Ασία τα τελευταία 50-100 χρόνια. Επομένως, κρίνεται επιβεβλημένο να ανοίξει η συζήτηση και στην Ευρώπη περί φυλετικών ανισοτήτων στην υγεία, όπως και στις Η.Π.Α.

Όπως προαναφέρθηκε, βασικός περιορισμός της παρούσας εργασίας είναι ο μικρός αριθμός διαθέσιμης βιβλιογραφίας, ο οποίος την δεδομένη στιγμή δεν επιτρέπει την πραγματοποίηση μιας συστηματικής ανασκόπησης, παρότι ορισμένες μελέτες έχουν μεγάλο δείγμα με χιλιάδες ασθενείς. Ακόμη, οι περισσότερες μελέτες που συμπεριλήφθηκαν ήταν αναδρομικές μελέτες παρατήρησης από βάσεις δεδομένων, χωρίς τη δυνατότητα να διερευνηθούν περισσότερο ποιοτικά δεδομένα και μεταβλητές όπως η προτίμηση, η γλώσσα, η εκπαίδευση και η ανατροφή, παράγοντες που επηρεάζουν την πολύπλοκη φύση του πόνου. Όλα τα συμπεράσματα επομένως δείχνουν περισσότερο μία τάση, παρά σαφή σχέση αιτίου-αποτελέσματος, μεταξύ της φυλής και των διαφόρων μεθόδων αναλγησίας.

Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν τόσο στην προαναισθητική εκτίμηση, όσο και στην επιλογή μεθόδου αναλγησίας/αναισθησίας και στην μετεγχειρητική παρακολούθηση, ανάλογα με τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες που υπάρχουν στην Ευρώπη. Δεν είναι εύκολο να μιλήσουμε για συγκεκριμένες φυλές, αλλά θα μπορούσε να γίνει σύγκριση του γηγενούς με τον μεταναστευτικό πληθυσμό ή τις μειονοτικές ομάδες

πληθυσμού. Μπορεί να αναζητηθεί αν γίνεται *έγκαιρα* ενημέρωση για τις διαθέσιμες αναλγητικές επιλογές κατά τον τοκετό, αν η ενημέρωση γίνεται ισότιμα σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και σε ποια *γλώσσα* γίνεται αυτή. Στην Ευρώπη δεν υπάρχουν παρά ελάχιστα δεδομένα για το αν παρέχεται περιοχική αναλγησία/αναισθησία *ισότιμα* σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, επομένως οι μελέτες μπορούν να κινηθούν προς αυτήν την κατεύθυνση. Σημασία έχει επίσης και η *διαθεσιμότητα* αναισθησιολόγων αναλογικά με τον πληθυσμό, αλλά και το αν η παροχή περιοχικής αναλγησίας τοκετού γίνεται *εγκαίρως*. Η συχνότητα μετεγχειρητικής αξιολόγησης, η βαθμολογία σε σκωρ πόνου και η ποσότητα οπιοειδών που χορηγείται μετά από καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό μπορούν επίσης να διερευνηθούν συγκρίνοντας μεταξύ των διαφόρων ομάδων πληθυσμού. Τέλος, παρεμβάσεις σε σχολικό επίπεδο με στόχο την *επιμόρφωση* σε θέματα αναλγησίας τοκετού στο πλαίσιο της αγωγής υγείας θα μπορούσαν να έχουν μετρήσιμα αποτελέσματα στα ποσοστά χρήσης περιοχικής αναλγησίας, ιδιαίτερα σε κοινωνικές ομάδες με αυξημένες κυήσεις σε νεαρή ηλικία.

## 5. Συμπεράσματα

Μέσα από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν μπορεί να εξαχθεί βέβαιο συμπέρασμα, καθώς απαιτούνται περισσότερες μελέτες, παρατηρούνται όμως ορισμένες τάσεις. Συνοψίζοντας, γίνεται λιγότερο συχνά αξιολόγηση του πόνου μετά την καισαρική τομή στις μη λευκές γυναίκες, ενώ οι μαύρες γυναίκες εκδηλώνουν τα υψηλότερα σκορ στην κλίμακα πόνου. Στις μη λευκές γυναίκες χορηγούνται ενδονοσοκομειακά και συνταγογραφούνται μικρότερες ποσότητες οπιοειδών από τις λευκές. Οι μη λευκές γυναίκες υποβάλλονται συχνότερα σε καισαρική τομή με γενική αναισθησία σε σύγκριση με τις λευκές, ενώ παρατηρείται λιγότερη περιοχική αναλγησία τοκετού στις μη λευκές γυναίκες. Διαφαίνεται λοιπόν ότι ο μαιευτικός πόνος των μη λευκών γυναικών δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς, ενώ αρκετοί ερευνητές κάνουν λόγο για διακρίσεις απέναντι τους<sup>6,31,35</sup>. Όλα τα παραπάνω αποτυπώνονται στους συγκεντρωτικούς Πίνακες 1-5.

## 6. Βιβλιογραφία

1. Lee, Won et al. “Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia: a scoping review.” “Disparités raciales et ethniques en anesthésie obstétricale : une étude de portée.” Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthésie vol. 70,6 (2023): 1035-1046.
2. Labor, S., & Maguire, S. (2008). The Pain of Labour. Reviews in pain, 2(2), 15–19.
3. McDonald, J. (2007). Obstetric Pain. In: Schmidt, R., Willis, W. (eds) Encyclopedia of Pain. Springer, Berlin, Heidelberg.
4. Roofthoof, E., Joshi, G. P., Rawal, N., Van de Velde, M., & PROSPECT Working Group of the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy and supported by the Obstetric Anaesthetists' Association (2021). PROSPECT guideline for elective caesarean section: updated systematic review and procedure-specific postoperative pain management recommendations. Anaesthesia, 76(5), 665–680.
5. Mehdiratta, J E et al. “Patient and procedural risk factors for increased postoperative pain after cesarean delivery under neuraxial anesthesia: a retrospective study.” International journal of obstetric anesthesia vol. 44 (2020): 60-67.
6. Butwick, Alexander J et al. “Racial and Ethnic Disparities in Mode of Anesthesia for Cesarean Delivery.” Anesthesia and analgesia vol. 122,2 (2016): 472-9.
7. Burton, Brittany N et al. “An Update on Racial and Ethnic Differences in Neuraxial Anesthesia for Cesarean Delivery.” Cureus vol. 13,11 e19729. 18 Nov. 2021
8. Lange, Elizabeth M S, and Paloma Toledo. “Peripartum racial/ethnic disparities.” International anesthesiology clinics vol. 59,3 (2021): 1-7.
9. Johnson, Jasmine D et al. “Racial and Ethnic Inequities in Postpartum Pain Evaluation and Management.” Obstetrics and gynecology vol. 134,6 (2019): 1155-1162.
10. Glare, Paul et al. “Transition from acute to chronic pain after surgery.” Lancet (London, England) vol. 393,10180 (2019): 1537-1546.
11. Poehlmann, John R et al. “Racial disparities in post-operative pain experience and treatment following cesarean birth.” The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians vol. 35,26 (2022): 10305-10313.
12. Badreldin, Nevert et al. “Racial Disparities in Postpartum Pain Management.” Obstetrics and gynecology vol. 134,6 (2019): 1147-1153.

13. Sheiner, Einat K et al. "Ethnic differences influence care giver's estimates of pain during labour." *Pain* vol. 81,3 (1999): 299-305.
14. Glance, Laurent G et al. "Racial differences in the use of epidural analgesia for labor." *Anesthesiology* vol. 106,1 (2007): 19-25; discussion 6-8.
15. Edwards, R R et al. "Ethnic differences in pain tolerance: clinical implications in a chronic pain population." *Psychosomatic medicine* vol. 63,2 (2001): 316-23.
16. Sheffield, D et al. "Race and sex differences in cutaneous pain perception." *Psychosomatic medicine* vol. 62,4 (2000): 517-23.
17. Lakhi, Nisha et al. "Post-cesarean delivery outpatient opioid consumption and perception of pain control following implementation of a restrictive opioid prescription protocol." *American journal of obstetrics & gynecology MFM* vol. 1,4 (2019): 100049.
18. McKinnish, Tyler R et al. "The impact of race on postpartum opioid prescribing practices: a retrospective cohort study." *BMC pregnancy and childbirth* vol. 21,1 434. 22 Jun. 2021.
19. Butwick, A J et al. "Mode of anaesthesia for preterm Caesarean delivery: secondary analysis from the Maternal-Fetal Medicine Units Network Caesarean Registry." *British journal of anaesthesia* vol. 115,2 (2015): 267-74.
20. Tangel, Virginia E et al. "Racial and ethnic disparities in severe maternal morbidity and anesthetic techniques for obstetric deliveries: A multi-state analysis, 2007-2014." *Journal of clinical anesthesia* vol. 65 (2020): 109821
21. Bamber, J H et al. "A national cohort study to investigate the association between ethnicity and the provision of care in obstetric anaesthesia in England between 2011 and 2021." *Anaesthesia* vol. 78,7 (2023): 820-829.
22. Vangen, S et al. "Ethnicity and use of obstetrical analgesia: do Pakistani women receive inadequate pain relief in labour?." *Ethnicity & health* vol. 1,2 (1996): 161-7
23. Eisenach, James C et al. "Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression." *Pain* vol. 140,1 (2008): 87-94.
24. Lange, Elizabeth M S et al. "Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia." *Seminars in perinatology* vol. 41,5 (2017): 293-298.
25. Rust, George et al. "Racial and ethnic disparities in the provision of epidural analgesia to Georgia Medicaid beneficiaries during labor and delivery." *American journal of obstetrics and gynecology* vol. 191,2 (2004): 456-62
26. Osterman, Michelle J K, and Joyce A Martin. "Epidural and spinal anesthesia use during labor: 27-state reporting area, 2008." *National vital statistics reports : from the Centers for*

Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System vol. 59,5 (2011): 1-13, 16.

27. Toledo, Paloma et al. "Racial and ethnic disparities in neuraxial labor analgesia." *Anesthesia and analgesia* vol. 114,1 (2012): 172-8

28. Wilson, Sylvia H et al. "A prospective observational study of ethnic and racial differences in neuraxial labor analgesia request and pain relief." *Anesthesia and analgesia* vol. 119,1 (2014): 105-109

29. Morris, Theresa, and Mia Schulman. "Race inequality in epidural use and regional anesthesia failure in labor and birth: an examination of women's experience." *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives* vol. 5,4 (2014): 188-94.

30. Le Ray, Camille et al. "Factors associated with the choice of delivery without epidural analgesia in women at low risk in France." *Birth (Berkeley, Calif.)* vol. 35,3 (2008): 171-8.

31. Caballero, J A et al. "Preferred spoken language mediates differences in neuraxial labor analgesia utilization among racial and ethnic groups." *International journal of obstetric anesthesia* vol. 23,2 (2014): 161-7.

32. Togioka, Brandon M et al. "Education Program Regarding Labor Epidurals Increases Utilization by Hispanic Medicaid Beneficiaries: A Randomized Controlled Trial." *Anesthesiology* vol. 131,4 (2019): 840-849.

33. Mathur, Vani A et al. "Cultural conceptions of Women's labor pain and labor pain management: A mixed-method analysis." *Social science & medicine (1982)* vol. 261 (2020): 113240.

34. Orejuela, Francisco J et al. "Exploring factors influencing patient request for epidural analgesia on admission to labor and delivery in a predominantly Latino population." *Journal of immigrant and minority health* vol. 14,2 (2012): 287-91.

35. Toledo, Paloma et al. "Primary Spoken Language and Neuraxial Labor Analgesia Use Among Hispanic Medicaid Recipients." *Anesthesia and analgesia* vol. 122,1 (2016): 204-9.

36. Lee, Allison et al. "Racial and Ethnic Disparities in the Management of Postdural Puncture Headache With Epidural Blood Patch for Obstetric Patients in New York State." *JAMA network open* vol. 5,4 e228520. 1 Apr. 2022

37. Russell R, Laxton C, Lucas DN, Niewiarowski J, Scrutton M, Stocks G. Treatment of obstetric post-dural puncture headache, part 2: epidural blood patch. *Int J Obstet Anesth.* 2019;38:104-118. doi:10.1016/j.ijoa.2018.12.005

38. Lange, Elizabeth M S et al. "Racial and ethnic disparities in obstetric anesthesia." *Seminars in perinatology* vol. 41,5 (2017): 293-298.
39. Annborn, Anna, and Hafrún Rafnar Finnbogadóttir. "Obstetric violence a qualitative interview study." *Midwifery* vol. 105 (2022): 103212.
40. Edward, Majani M, and Zakia Kibanda. "Obstetric violence: A public health concern." *Health science reports* vol. 6,1 e1026. 28 Dec. 2022
41. 2014 National Healthcare Quality and Disparities Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 5 2015. AHRQ Pub. No. 15-0007. Rockville, MD
42. Heise, Lori et al. "Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health." *Lancet (London, England)* vol. 393,10189 (2019): 2440-2454.
43. United Nations, Regional Information Center for Western Europe. *Migration to the EU: facts, not perceptions*. 2023 <https://unric.org/en/migration-to-the-eu-facts-not-perceptions/>
44. Britannica. *Race (human)*. 2024 <https://www.britannica.com/topic/race-human>
45. National Geographic. *Race and ethnicity: How are they different?* 2019 <https://www.nationalgeographic.com/culture/article/race-ethnicity>
46. Husarova, Viera et al. "The use of pain relief during labor among migrant obstetric populations." *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* vol. 135,2 (2016): 200-204.