



Η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (Hypnobirthing) κατά την διάρκεια του τοκετού ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου.

Αβραμίδου Ειρήνη - Αθηνά

Μαία, Υποψήφια Msc Τμήμα Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,

Θεσσαλονίκη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Οι προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης για τον τοκετό (Hypnobirthing), αποτελούν ένα φυσικό και εναλλακτικό τρόπο προσέγγισης της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Στο Δυτικό κόσμο ο τοκετός έχει συνδεθεί με τον έντονο πόνο και την έντονη ταλαιπωρία. Αυτή η αντίληψη έχει επηρεάσει τον τρόπο που οι σύγχρονες γυναίκες βλέπουν τον τοκετό, έχοντας συναισθήματα άγχους, φόβου και ανασφάλειας γι' αυτόν. Η ύπνωση αποτελούσε μια εναλλακτική αλλά αποτελεσματική μέθοδο ανακούφισης του πόνου στο παρελθόν. Η ύπνωση βοηθά στην προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού και τη διαχείριση του πόνου με τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στις συνεδρίες προετοιμασίας Hypnobirthing, όπως οι τεχνικές αναπνοής, το απαλό άγγιγμα, η καθοδηγούμενη βαθιά χαλάρωση, η αυτό-ύπνωση, η ενημέρωση για την φυσιολογικότητα του τοκετού και της λειτουργίας των ορμονών, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο φόβος και το άγχος στην γυναίκα.

Σκοπός: Με αυτή την βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης στη διαχείριση του πόνου στη διάρκεια του τοκετού.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ερευνών που βρέθηκαν δείχνουν ότι με τη χρήση της ύπνωσης κατά τη διάρκεια του τοκετού, μειώνεται η χρήση φαρμακευτικών μεθόδων αναλγησίας, όπως η επισκληρίδιος αναισθησία και η αίσθηση του πόνου μειώνεται. Με αποτέλεσμα ο τοκετός να γίνεται συντομότερος και πιο ενεργητικός για τις γυναίκες.

Συμπεράσματα: Συμπερασματικά, οι γυναίκες που παρακολουθούν προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης από επαγγελματία υγείας που είναι εκπαιδευμένος στο Hypnobirthing, βιώνουν πιο εύκολα και άνετα τον τοκετό τους, είναι λιγότερο πιθανό να χρειαστούν φαρμακευτική αναλγησία, γεννούν με λιγότερες ιατρικές παρεμβάσεις, νιώθουν περισσότερη αυτοπεποίθηση και ικανοποίηση για τον σύντροφο τους που τους υποστηρίζει και εμπλέκεται πιο ενεργά στον τοκετό.

Λέξεις-κλειδιά: Ύπνωση, Hypnobirthing, μητέρα, αναλγησία, πόνος, τοκετός

Background: In Western world, childbirth is associated with great pain. This has negatively affected the way modern women consider birth. Most of them feel anxiety, stress, fear and insecurity when they think about childbirth. Hypnosis used to be an alternative but still effective method for pain relief from the past. It seems to be helpful at the promotion of natural birth and pain management during labour, with "tools" that are learned at the Hypnobirthing classes antenatally like breathing techniques, light touch, self-hypnosis, guided deep relaxation scripts and information about the natural process of childbirth and the role of the hormones. As a result women give birth with reduced medical interventions, fear and stress.

Aim: With this review we attempt to research the effectiveness of Hypnosis in pain management for women during labour.

Results: Literature shows that using Hypnosis, the use of pharmacological pain relief methods, such as epidural anesthesia, is reduced during labour. The sense of pain is also reduced, which help women to have shorter and more active labour.



Conclusion: In conclusion, women who attended antenatal Hypnobirthing program with certified trainers, had more comfortable labours, they had less chances to use epidural anesthesia and less medical interventions. Women felt more confident and expressed satisfaction for their partner who supported them actively during labour.

Keywords: Hypnosis, Hypnobirthing, woman, pain management, labour

1. Εισαγωγή

Η εμπειρία του πόνου των γυναικών κατά τη διάρκεια του τοκετού βιώνεται με ποικίλους τρόπους και αυτό οφείλεται στη σύνθετη αλληλεπίδραση πολλαπλών φυσιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων (ANZCA working party, Macintyre 2005; Lowe, 2002) .

Φυσιολογικά ο πόνος προέρχεται από τις συστολές της μήτρας που διαστέλλουν τον τράχηλο, καθώς επίσης και από τη διάταση της λεκάνης, του κόλπου και του περινέου στο δεύτερο στάδιο του τοκετού (Botanica, McDonald, 1990) . Είναι πόνος που δεν σηματοδοτεί παθολογία και υπάρχουν γυναίκες που γέννησαν αυθόρμητα χωρίς να τον αισθανθούν (Gaskin, 2003) .

Οι ψυχολογικοί παράγοντες όπως ο φόβος, το στρες, η μειωμένη αυτοπεποίθηση και κοινωνική υποστήριξη της μητέρας στον τοκετό φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την εμπειρία του τοκετού και να αυξάνουν την ένταση του πόνου (Read, 2006; Lowe, 2002; Hodnett et al, 2011).

Από τις φαρμακολογικές μεθόδους αναλγησίας, η πιο δημοφιλής είναι η επισκληρίδιος αναισθησία. Αποτελεί αποτελεσματική μέθοδος αναλγησίας στον τοκετό (Howell et al, 2001) μπορεί όμως να στερήσει παράλληλα από τη μητέρα τη φυσιολογική εξέλιξη του τοκετού της καθώς και να επηρεάσει αρνητικά την συνολική εμπειρία της για τον τοκετό αφού σταματά να έχει ενεργό ρόλο σε αυτόν (Shapiro et al, 1998). Έχει βρεθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες για καισαρική τομή στις πρωτότοκες γυναίκες και ειδικά αν αυτή εφαρμοσθεί στη λανθάνουσα φάση του τοκετού (Michael et al, 2006). Η επισκληρίδιος αναισθησία σχετίζεται με την εμμένουσα οπίσθια θέση του εμβρύου κατά την διάρκεια του τοκετού, άρα μειώνει τις πιθανότητες για αυτόματο κολπικό τοκετό (Lieberman et al, 2005). Επίσης το δεύτερο στάδιο του τοκετού (εξώθηση), μεγαλώνει σε διάρκεια μέχρι και δυο ώρες όταν έχει γίνει χρήση της επισκληριδίου αναισθησίας κατά τη διάρκεια του (Cheng et al, 2014).

Η αύξηση της ιατρικοποίησης του τοκετού, των παρεμβάσεων και των καισαρικών τομών οδήγησε πολλές γυναίκες στην αναζήτηση φυσικών μεθόδων ανακούφισης για τον τοκετό τους (Smith et al, 2006). Η ύπνωση έχει χρησιμοποιηθεί στην μαιευτική για πάνω από έναν αιώνα, αλλά σχεδόν εξαλείφθηκε η χρήση της λόγω της αύξησης των φαρμακευτικών μεθόδων αναλγησίας (Schauble et al, 1998). Ιστορικά ο όρος “ύπνωση” χρησιμοποιήθηκε από τον James Braid το 1840, για την ανακούφιση του πόνου στον τοκετό (Platonov, 1960). Ο Dr. Grantly Dick Read, Άγγλος μαιευτήρας, ήταν αυτός που το 1947 περιέγραψε το σύνδρομο “φόβος – ένταση – πόνος” στις γυναίκες που γεννούν, συνδέοντας το φόβο και το στρες της μητέρας κατά τον τοκετό με ένταση και σφίξιμο των μυών της μήτρας με αποτέλεσμα τον εντονότερο πόνο (Read, 2006).

Στη συνέχεια η Marie Mongan (1992) δημιούργησε με βάση τα δεδομένα και την φιλοσοφία του Read το προγεννητικό πρόγραμμα του Hypnobirthing, με σκοπό να μειώσει το άγχος στις μητέρες και να αυξήσει την εμπιστοσύνη τους για την διαδικασία του τοκετού. Στις μέρες μας, η χρήση της ύπνωσης στον τοκετό συναντάται όλο και πιο



συχνά, ειδικά στις χώρες της Ευρώπης και στην Αυστραλία (Howell, 2012; Abbasi et al, 2009). Στην Ελλάδα δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής φυσική μέθοδος ανακούφισης.

Σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (με τη μέθοδο του Hypnobirthing), ως φυσική μέθοδος ανακούφισης του πόνου στη διάρκεια του τοκετού από γυναίκες.

Ύπνωση

Η ύπνωση είναι μια κατάσταση της ανθρώπινης συνειδητότητας που περιλαμβάνει την επικεντρωμένη προσοχή, τη μειωμένη περιφερική αντίληψη και την ενισχυμένη ικανότητα ανταπόκρισης σε προτάσεις που θα βοηθήσουν να αλλάξουν αντιλήψεις και συμπεριφορές (Lynn et al, 2015). Η ύπνωση δρα στο υποσυνείδητο και βοηθά στην απελευθέρωση του ατόμου από κοινωνικά στερεότυπα, αυτό-περιορισμούς και επιρροές από γνώμες τρίτων, με τέτοιο τρόπο ώστε να πραγματοποιούν καταστάσεις που πριν την ύπνωση δεν ένιωθαν ικανοί να ολοκληρώσουν (Frank, Mooney, 2002). Στη διάρκεια της ημέρας συχνά οι άνθρωποι περνούν από υπνωτικές καταστάσεις (αυτό-ύπνωση), όπως για παράδειγμα την ώρα που οδηγούνε, διαβάζουνε ένα βιβλίο ή είναι απόλυτα συγκεντρωμένοι σε κάτι χωρίς να τους επηρεάζουν εξωτερικά ερεθίσματα (Olness, 1995). Ο σκοπός της ύπνωσης ή της αυτό-ύπνωσης στον τοκετό, είναι η αύξηση της αίσθησης ασφάλειας, ηρεμίας και χαλάρωσης στη μητέρα κατά τον τοκετό, καθώς και η εξάλειψη του φόβου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με προγεννητικές συναντήσεις με υπνοθεραπευτή ή τη μαία/μαιευτή που έχει εκπαιδευτεί σε κάποιο πρόγραμμα Hypnobirthing.

Η δομή των συνεδριών ύπνωσης – Hypnobirthing

Οι προγεννητικές συνεδρίες Hypnobirthing για την προετοιμασία τοκετού γίνονται σε ατομικό (ζευγάρι γονιών) αλλά και σε ομαδικό επίπεδο. Ανάλογα το πρόγραμμα του κάθε εκπαιδευτή, αποτελούνται από συνολικά τέσσερις με έξι συνεδρίες, διάρκειας περίπου τριών ωρών η καθεμία. Μπορούν να συμμετέχουν όλες οι γυναίκες ανεξαρτήτως εβδομάδας κύησης ή τρόπου τοκετού, καθώς και ανεξαρτήτως αν η κύηση είναι χαμηλού ή υψηλού κινδύνου. Μάλιστα φαίνεται ότι τα οφέλη του Hypnobirthing για τις εγκύους είναι περισσότερα, αν ξεκινήσουν από νωρίς τις συνεδρίες, αφού θα έχουν περισσότερο χρόνο να εξασκηθούν στις τεχνικές της αυτό-ύπνωσης. Οι έγκυες παίρνουν έντυπο υλικό για το σπίτι καθώς και mp3 / CD με ηχογραφημένες καθοδηγούμενες συνεδρίες βαθιάς χαλάρωσης στην μητρική τους γλώσσα. Οι σύντροφοι των εγκύων μπορούν να συμμετέχουν επίσης στις συνεδρίες. Κατά την διάρκεια των συνεδριών, με την βοήθεια του εκπαιδευτή, οι έγκυες μαθαίνουν τεχνικές αυτό-ύπνωσης και βαθιάς χαλάρωσης. Με τη χρήση τεχνικών αναπνοής αλλά και καθοδηγούμενων οραματισμών οι έγκυες απελευθερώνουν τις φοβίες που πιθανώς να είχαν για τον τοκετό και μαθαίνουν για τη διαδικασία του τοκετού και τις επιλογές που έχουν σε αυτόν με αποτέλεσμα στο τέλος των συνεδριών να νιώθουν αυτοπεποίθηση και σιγουριά για τον εαυτό τους και την διαδικασία του τοκετού (Cyna et al, 2004; Rock et al, 1969; Tiba, 1990).

Ο μηχανισμός της ύπνωσης και ο τρόπος δράσης του στον τοκετό

Η εξέλιξη της απεικόνισης των νευρώνων του εγκεφάλου μας βοήθησε να κατανοήσουμε τις νευρο-φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν στον εγκέφαλο μας κατά τη διάρκεια της ύπνωσης και πώς αυτή μπορεί να επιφέρει την αναλγησία. Με τη χρήση



τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων, έχει φανεί ότι η πρόσθια έλικα του προσαγωγίου στον εγκέφαλο είναι το σημείο που επηρεάζεται με την χρήση της ύπνωσης για την διαχείριση του πόνου. Η καταστολή της νευρικής δραστηριότητας, μεταξύ του αισθητικού φλοιού και της αμυγδαλής (μεταιχμιακό σύστημα εγκεφάλου), φαίνεται να παρεμποδίζει τη συναισθηματική αντίληψη των εμπειριών που αντιμετωπίζονται ως πόνος, έτσι αυτός περιορίζεται (Maquet et al, 1990; Faymonville et al, 2000; Koyama et al, 2005).

Ο μηχανισμός λειτουργίας της ύπνωσης στη διάρκεια του τοκετού έχει ως εξής: Με βάση το τρίπτυχο που περιέγραψε ο Δρ. Dick Read “φόβος-ένταση-πόνος” (Read, 2006), ο πόνος του τοκετού είναι αποτέλεσμα του άγχους και του φόβου της γυναίκας για τον τοκετό. Ο φόβος και η ανησυχία της γυναίκας θα ενεργοποιήσει το συμπαθητικό σύστημα του αυτόνομου νευρικού συστήματος, και τον μηχανισμό “Fight or Flight” (Read, 2006; Graves, 2012), προκαλώντας την απελευθέρωση των ορμονών του στρες, τις κατεχολαμίνες (αδρεναλίνη και νοραδρεναλίνη) προετοιμάζοντας το σώμα να αμυνθεί στον επικείμενο κίνδυνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα αιμοφόρα αγγεία που θα διοχέτευαν αίμα στην μήτρα να περιορίσουν την αιμάτωση σε αυτό το όργανο και να το οδηγήσουν στους μύς των χεριών και των ποδιών, καθώς επίσης και τον εγκέφαλο προκειμένου να αντιδράσει με το αντανακλαστικό της επιβίωσης ως ανταπόκριση στον κίνδυνο (Read, 2006; Howell, 2012; Rice, 1992; Mongan, 2007; Graves, 2012). Εφόσον η μήτρα δεν αποτελεί ένα όργανο που συμμετέχει στην άμυνα του σώματος, μειώνεται η οξυγόνωση της, με αποτέλεσμα τη μη καλή λειτουργία των μυών και τη διακοπή της διαστολής του τραχήλου κατά τον τοκετό. Όταν η γυναίκα είναι ήρεμη και χαλαρωμένη, οι επιμήκης μύες της μήτρας συσπώνται και πιέζουν το έμβρυο προς τον τράχηλο, καθώς και τραβούν τους κυκλωτερής μύες του τραχήλου για να τους διαστείλουν και να τους ανοίξουν. Οι δυο αυτοί μύες (επιμήκης, κυκλωτερής) της μήτρας λειτουργούν σε αρμονία και συνεργάζονται για να επιτύχουν την έξοδο του εμβρύου. Στην περίπτωση όμως, που η γυναίκα είναι στρεσαρισμένη και φοβισμένη, ο τράχηλος σκληραίνει λόγω της υποξίας που υφίσταται η μήτρα, οι επιμήκεις και οι κυκλωτερής μύες λειτουργούν ασυντόνιστα, με αποτέλεσμα να μην εξελίσσεται ο τοκετός και η γυναίκα να πονά περισσότερο (Read, 2006; Howell, 2012; Rice, 1992; Mongan, 2007; Graves, 2012).

Όταν η γυναίκα βρεθεί σε βαθιά χαλάρωση ή ύπνωση, καταστέλλεται ο μηχανισμός “Fight or Flight” και τότε λειτουργεί το παρασυμπαθητικό σύστημα. Οι ορμόνες που εκκρίνονται είναι οι ενδορφίνες, τα φυσικά οπιούχα του σώματος μας, η ωκυτοκίνη και η μελατονίνη. Οι ενδορφίνες ηρεμούν και χαλαρώνουν βαθιά τη γυναίκα βοηθώντας την να βιώνει με λιγότερο πόνο τις συστολές της, η ωκυτοκίνη προκαλεί αρμονικές και ρυθμικές συστολές στη μήτρα, η οποία τώρα αιματώνεται σωστά και ο τράχηλος διαστέλλεται φυσιολογικά. Η μελατονίνη βοηθά στην έκκριση της ωκυτοκίνης. Με αυτόν τον τρόπο ο τοκετός εξελίσσεται ομαλά και φυσικά (Read, 2006; Howell, 2012; Rice, 1992; Mongan, 2007; Graves, 2012).

Η ύπνωση επιτυγχάνεται με τη χρήση εργαλείων, τα οποία η γυναίκα γνωρίζει να χρησιμοποιεί ήδη από τη διάρκεια των προγεννητικών συνεδριών αλλά και στο σπίτι στη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Αυτά τα εργαλεία είναι: η αυτό-ύπνωση, το απαλό άγγιγμα του συντρόφου, η βαθιά χαλαρωτική αναπνοή, οι οραματισμοί, η περιγεννητική σύνδεση με το έμβρυο, η καθοδηγούμενες από τον εκπαιδευτή συνεδρίες βαθιάς χαλάρωσης.



2. Μεθοδολογία

Για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο PICO 48. Με πληθυσμό τις έγκυες γυναίκες σε τοκετό, παρέμβαση την ύπνωση (Hypnobirthing), εναλλακτική παρέμβαση τη μη χρήση ύπνωσης - απλή παρακολούθηση και πιθανή έκβαση την ανακούφιση από τον πόνο του τοκετού. Η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Medline-Pubmed, Embase, Scopus, Cochrane Library, CINAHL, PsycInfo.

Βρέθηκαν εικοσιτέσσερις έρευνες και μελέτες συνολικά που πληρούσαν τις προϋποθέσεις εκ των οποίων απορρίφθηκαν οι εννιά λόγω έλλειψης στοιχείων. Επιλέχθηκαν επτά τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες RCTs, με ομάδα παρατήρησης έγκυες γυναίκες που παρακολούθησαν προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης από μαία - νοσηλεύτρια εκπαιδευμένη στην ύπνωση, αναισθησιολόγο - μαιευτήρα εκπαιδευμένο στην ύπνωση. Η ομάδα ελέγχου ήταν γυναίκες που δεν παρακολούθησαν συνεδρίες ύπνωσης προγεννητικά αλλά είχαν απλή παρακολούθηση εγκυμοσύνης. Τέσσερις μελέτες ασθενών-μαρτύρων (Case Studies), μια συστηματική ανασκόπηση, δυο Cochrane reviews και μια αναδρομική ανασκόπηση.

3. Αποτελέσματα

Στην πλειοψηφία τους τα αποτελέσματα των ερευνών έδειξαν ότι η ύπνωση στον τοκετό, με συνεδρίες Hypnobirthing σε εγκύους κατά την προγεννητική περίοδο, έχουν πολλά περισσότερα πλεονεκτήματα, σε σύγκριση με τα περιγεννητικά αποτελέσματα σε γυναίκες που είχαν απλή παρακολούθηση εγκυμοσύνης, χωρίς συνεδρίες ύπνωσης.

Πιο συγκεκριμένα, οι προγεννητικές συνεδρίες Hypnobirthing αυξάνουν τους φυσιολογικούς τοκετούς χωρίς τη χρήση ιατρικής παρέμβασης (Smith et al, 2006; Abbasi et al, 2009; Levett et al, 2016). Μειώνουν τη διάρκεια του τοκετού (Harmon et al, 1990; Jenkins & Pritchard, 1993; Brown & Hammond, 2007; Shawn et al, 2001) καθώς και γίνεται μειωμένη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας (Smith et al, 2006; Cyna et al, 2004; Harmon et al, 1990; Jenkins et al, 1993; Cyna et al, 2006; Phillips- Moore, 2012). Τα ποσοστά καισαρικών τομών και χρήσης εμβρουσουλκών και αναρροφητικής σικουσκίας είναι μειωμένα (Cyna et al, 2006; Levett et al, 2016; Phillips- Moore, 2012).

Ως προς τα πλεονεκτήματα στα νεογνά, υπάρχει αυξημένο Apgar Score ειδικά στο πρώτο λεπτό της ζωής (Harmon et al, 1990; VandeVusse et al, 2007; Phillips-Moore, 2012). Μεταγεννητικά, τα ποσοστά επιλόχειας κατάθλιψης είναι μειωμένα (Harmon et al, 1990).

Ειδικότερα, ως προς τη διαχείριση του πόνου στον τοκετό, οι μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που παρακολουθούν συνεδρίες ύπνωσης στην διάρκεια της εγκυμοσύνης τους, βιώνουν στον τοκετό τους λιγότερο πόνο και συνεπώς κάνουν μειωμένη χρήση φαρμακευτικών αναλγητικών, όπως χρήση επισκληριδίου αναισθησίας. Από τις δεκαπέντε έρευνες που βρέθηκαν (πίνακας 1), μόνο η μία φαίνεται να έχει ίδια στατιστικά αποτελέσματα στις δυο ομάδες σχετικά με τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας (Downe et al, 2016), πρόκειται ωστόσο για έρευνα που έγινε σε γυναίκες που δεν συμμετείχαν σε προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης Hypnobirthing, αλλά έκαναν μόνο δυο σύντομες συνεδρίες αυτο-ύπνωσης (συνολικής διάρκειας 90 λεπτών) και άκουγαν καθημερινά CD αυτο-ύπνωσης στο σπίτι.



Οι έξι από τις επτά τυχαιοποιημένες μελέτες (n=915) (Rosk et al, 1969; Harmon et al, 1990; Cyna et al, 2006; Levett et al, 2016; Mehl-Madrona, 2004; Martin et al, 2001), οι μελέτες ασθενών-μαρτύρων (n=415) (Jenkins et al, 1993; Phillips- Moore, 2012; Bobart & Brown, 2002) καθώς και οι Cochrane ανασκοπήσεις (Smith et al, 2006; Madden et al, 2016), με μεγαλύτερη αυτή του Madden (2016) (n=2954) δείχνουν ότι το προγεννητικό πρόγραμμα ύπνωσης (Hypnobirthing), μειώνει την ανάγκη για χρήση φαρμακευτικών μεθόδων αναλγησίας, ειδικά τη χρήση επισκληριδίου αναισθησίας, καθώς επίσης μειώνει τις πιθανότητες για πρόκληση ή επίσπευση του τοκετού και αυξάνει τις πιθανότητες για αυτόματο κολπικό τοκετό. Τέλος ωφελεί το νεογνό, αφού η βαθμολόγηση του Apgar Score ήταν υψηλή, ειδικά για το πρώτο λεπτό της ζωής του.

Τα ευρήματα επίσης μας δείχνουν ότι στους τοκετούς που έγινε χρήση του Hypnobirthing τα επίπεδα ηρεμίας και χαλάρωσης της επιτόκου πριν και κατά τη διάρκεια του τοκετού ήταν πολύ υψηλά, όπως επίσης υπήρχε ηρεμία στην αναπνοή και στον καρδιακό παλμό και στο νεογνό μετά την γέννα (Phillips- Moore, 2012).

Η πλειοψηφία των γυναικών δήλωσε ότι ένιωθε αυτοπεποίθηση για τον τοκετό, ήταν χαλαρωμένες και λιγότερο φοβισμένες, συγκεντρωμένες στο σκοπό τους να γεννήσουν το παιδί τους και είχαν καλύτερο έλεγχο της κατάστασης (Phillips- Moore, 2012; Martin et al, 2001). Επίσης χαρακτήρισαν ως εύκολο και άνετο τον τοκετό τους, καθώς και ένιωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση για τους συντρόφους τους, οι οποίοι ήταν υποστηρικτικοί και είχαν ενεργό ρόλο στον τοκετό. Οι ίδιοι οι σύντροφοι των γυναικών, βίωσαν τον τοκετό με περισσότερη αυτοπεποίθηση, καθώς χρησιμοποίησαν στρατηγικές που τους βοήθησαν να εμπλακούν στη γέννα, και να δουλέψουν ως ζευγάρι με τη σύντροφο τους (Phillips- Moore, 2012).

Οι γυναίκες που συμμετείχαν στις προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης αισθάνθηκαν ότι είναι πιο συνδεδεμένες και εναρμονισμένες με το σώμα τους και αυτό τους βοήθησε στο σωματικό, συναισθηματικό αλλά και νοητικό επίπεδο (Phillips- Moore, 2012).

Σημαντικό εύρημα είναι ότι ακόμη και αν ο τοκετός δεν είχε την έκβαση που επιθυμούσε η γυναίκα, με τη χρήση εργαλείων του Hypnobirthing όπως η αναπνοή και η χαλάρωση, δεν βίωσαν τραυματικά την εμπειρία της γέννας τους (Phillips- Moore, 2012).

Η πλειοψηφία των γυναικών θα παρακολουθούσαν ξανά το προγεννητικό πρόγραμμα ύπνωσης σε επόμενη εγκυμοσύνη, όπως και θα το πρότειναν σε άλλες γυναίκες (Phillips- Moore, 2012).

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθούν τα χαρακτηριστικά των γυναικών που επιλέγουν την ύπνωση ως μέθοδο ανακούφισης στον τοκετό τους. Σε μια μελέτη επιπολασμού (Steel, 2016) (cross - sectional study) που διενεργήθηκε στην Αυστραλία σε 2.445 γυναίκες που επέλεξαν την υπνοθεραπεία ως μέθοδο ανακούφισης κατά τον τοκετό τους, βρέθηκε ότι οι γυναίκες αυτές προτιμούν εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους (βελονισμός, ομοιοπαθητική) αντί της κλασικής ιατρικής για την διατήρηση της καλής υγείας τους. Κάνουν γιόγκα και συχνά διαλογισμό, ενώ προτιμούν να γεννήσουν σε κέντρο φυσικού τοκετού ή στο σπίτι. Δεν νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια αν τους παρακολουθεί στη διάρκεια του τοκετού μαιευτήρας (Steel, 2016).

Στα πλαίσια της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας βρέθηκαν και άλλα περιγεννητικά αποτελέσματα σχετικά με την ύπνωση, όπως η αλλαγή θέσης του εμβρύου από ισχιακή σε κεφαλική προβολή καθώς και η μείωση της προωρότητας (Brown & Hammond, 2007; Mehl, 1994; Reinard, 2009). Πιο συγκεκριμένα στην προοπτική μελέτη του Mehl (1994), μελετήθηκαν 100 έγκυες γυναίκες που παρακολούθησαν συνεδρίες υπνοθεραπείας από τις 37 μέχρι τις 40 εβδομάδες κύησης, των οποίων τα έμβρυα ήταν



σε ισχιακή θέση. Η ομάδα σύγκρισης ήταν αντίστοιχα άλλες 100 έγκυες γυναίκες με ισχιακά έμβρυα, στις ίδιες εβδομάδες κύησης, οι οποίες δεν έκαναν υπνοθεραπεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 81% των εμβρύων της πρώτης ομάδας εγκύων γύρισαν σε κεφαλική θέση ενώ στη δεύτερη ομάδα εγκύων τα έμβρυα γύρισαν σε κεφαλική θέση σε ποσοστό μόνο 48%.

Στη προοπτική μελέτη του Reinhard (2009), 64 έγκυες γυναίκες με προϋποθέσεις για πρόωρο τοκετό (εξάλειψη τραχήλου, πρόωρες συστολές, ιστορικό προωρότητας) ξεκίνησαν να παρακολουθούν από τις 28 μέχρι τις 34 εβδομάδες κύησης συνεδρίες υπνοθεραπείας (τέσσερις συνεδρίες τις 11/2 ώρας) καθώς και άκουγαν CD με καθοδηγούμενες υπνώσεις στο σπίτι. Η ομάδα ελέγχου ήταν 2135 έγκυες γυναίκες με προϋποθέσεις για πρόωρο τοκετό, οι οποίες δεν παρακολούθησαν συνεδρίες υπνοθεραπείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν ότι μόλις το 4,7 % της ομάδας παρέμβασης γέννησε πριν τις 37 εβδομάδες κύησης (3 από τις 64 γυναίκες) ενώ στην ομάδα ελέγχου το 10,3% γέννησε πρόωρα (220 από τις 2135 γυναίκες). Η μελέτη του Reinhard έρχεται να επιβεβαιώσει τα ευρήματα της προοπτικής μελέτης των Brown και Hammond (2007), η οποία έδειξε ότι η υπνοθεραπεία στη διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού μείωσε τη συνολική χρονική διάρκεια του τοκετού αλλά και τις πιθανότητες για πρόωρο τοκετό πριν τις 37 εβδομάδες κύησης.

4. Συμπεράσματα

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνών προέκυψε το συμπέρασμα ότι η ύπνωση αποτελεί αποτελεσματικό εργαλείο διαχείρισης του πόνου στη διάρκεια του τοκετού. Ελάχιστες ήταν οι μελέτες που δεν συσχετίζουν την ύπνωση με μειωμένη χρήση φαρμακευτικών αναλγητικών και μείωση της αντίληψης του πόνου του τοκετού (Downe et al, 2016).

Η γυναίκα συμμετέχοντας σε προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης, μαθαίνει την αυτό-ύπνωση, τη βαθιά χαλάρωση, την αναπνοή και κατανοεί πως λειτουργεί η μήτρα της καθώς και πως να παραμένει χαλαρωμένη. Εφόσον η ύπνωση είναι αποτελεσματική, μπορεί να αποτελέσει μια απλή μέθοδο προγεννητικής προετοιμασίας για την προαγωγή του φυσιολογικού τοκετού, την βελτίωση της εμπειρίας του τοκετού, την μείωση της χρήσης φαρμακευτικών μεθόδων αναλγησίας αλλά και τη μείωση των καισαρικών τομών στη χώρα μας.

Τα οφέλη της υπνοθεραπείας στα νεογνά που γεννιούνται από μητέρες που παρακολούθησαν συνεδρίες υπνοθεραπείας, βοηθούν στην καλή έναρξη του μητρικού θηλασμού, εφόσον αυτά είχαν αυξημένο Apgar Score και γεννήθηκαν φυσιολογικά χωρίς χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας από τη μητέρα τους (NICE, 2014; Klein, 2006; Heather, 2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνωρίζει τη μαία και τον μαιευτή ως τους καταλληλότερους επαγγελματίες υγείας που μπορούν να αναλάβουν την παρακολούθηση της φυσιολογικής εγκυμοσύνης και τη διεξαγωγή του φυσιολογικού τοκετού (NICE, 2014; WHO, 2018).

Είναι σημαντικό λοιπόν, ειδικά αυτοί οι επαγγελματίες υγείας να είναι καλά ενημερωμένοι και να γνωρίζουν μεθόδους που θα προάγουν το φυσικό τοκετό και το μητρικό θηλασμό. Το Hypnobirthing μπορεί να αποτελέσει ένα καλό εργαλείο για τις



μαίες και τους μαιευτές, αφού γνωρίζοντας τα οφέλη του, μπορούν να υποστηρίξουν την γυναίκα στον τοκετό της, έχοντας καλά περιγεννητικά και μεταγεννητικά αποτελέσματα.

Πίνακας 1.Αποτελέσματα ερευνών σε γυναίκες που παρακολούθησαν προγεννητικές συνεδρίες ύπνωσης σε σχέση με τη χρήση φαρμακευτικής αναλγησίας στη διάρκεια του τοκετού.

Συγγραφέας	Έτος	N	Είδος μελέτης	Χρήση Αναλγησίας	Φαρμακευτικής
Julie Phillips Moore ³³	2012	81	Case-Control	Μειωμένη	
Levett ³²	2016	176	RCT	Μειωμένη	
Rock ²⁴	1969	40	RCT	Μειωμένη	
Cyna ²⁹	2006	77	RCT	Μειωμένη	
Jenkins ²⁸	1993	262	Case-Control	Μειωμένη	
Madden ³⁶	2016	2954	Cochrane Review	Μειωμένη	
Cyna ²³	2004	224	Συστηματική ανασκόπηση	Μειωμένη	
Vandevusse ³¹	2007	101	Αναδρομική Συγκριτική	Μειωμένη	
Smith ⁷	2006	729	Cochrane Review	Μειωμένη	
Harmon ²⁷	1990	60	RCT	Μειωμένη	
Martin ³⁸	2001	42	RCT	Μειωμένη	
Gallagher ³⁹	2001	45	Retrospective Survey	Μειωμένη	
Bobart ⁴²	2002	72	Case-Control	Μειωμένη	
Mehl-Madrona ³⁷	2004	520	RCT	Μειωμένη	
Downe ⁴³	2016	680	RCT	Καμία διαφορά	



Μειωμένη= Μειωμένη χρήση φαρμακολογικής αναισθησίας στην ομάδα παρατήρησης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Καμία διαφορά= Καμία στατιστική διαφορά μεταξύ της ομάδας παρατήρησης και την ομάδας ελέγχου

Αναφορές

- Anzca working party, Macintyre P, (2005). The pregnant patient in acute pain management: Scientific evidence. Australian and New Zealand College of Anesthetists and the Faculty of Pain Medicine, Melbourne.
- Read GD (2006). Childbirth without fear. The principles and practice of natural childbirth. 4th edition, Harper and Brother Publishers, New York.
- Howell CJKC, Roberts W, Upton P, Lucking L, Jones PW, Johanson RB. (2001). A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*.
- Shapiro A, Fredman B, Zohar E. (1998). Delivery room analgesia: An analysis of maternal satisfaction. *Int J Obstet Anesth*.
- Bonica JJ, McDonald JS. (1990). The pain of childbirth. in: J.J. Bonica (Ed.) *The management of pain*. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia, p1313-1343.
- Lowe NK. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 186 (5 Suppl 1), p16-24.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*.
- Gaskin IM. (2003). *Ina May's Guide to Childbirth*. Bantam Dell, New York.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. (2011). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Schauble PG, Werner WEF, Rai SH, Martin. (1998). Childbirth preparation through hypnosis: the hypnoreflexogenous protocol. *Am J Clin Hypnosis*, 40, p273-83
- Platonov K. (1960). Psychotherapeutic methods and their application in painless childbirth: Lectures for obstetricians. In: Nikolaev AP, Vel'vovskii IZ, Velvovsky I editor(s). *Painless Childbirth through Psychoprophylaxis*. Foreign Languages Publication House, Moscow.
- Lynn, Steven Jay, Green, Joseph P., Kirsch, Irving. (2015). Grounding hypnosis in science: The 'new' APA Division 30 definition of hypnosis as a step backward. *American Journal of Clinical Hypnosis*.
- Olness K. (1995). Hypnosis: the power of attention. In Goleman D. Gurin J, Eds. *Mindbody medicine*. Choice, Sydney.
- Howell, M. (2012). Lie back, listen and relax: Hypnotherapy. *Practicing Midwife*, 15(5), p14-6.
- Abbasi M, Ghazi F, Barlow Harrison A, Sheikvatan M, Mohammadyari F. (2009). The effect of hypnosis on pain relief during labor and childbirth in Iranian pregnant women. *Int J Clin Exp Hypn*.
- Frank D, Mooney B. (2002). *Hypnosis and counseling in the treatment of chronic illness*. Crown House Publishing Ltd, Williston.
- Rice Pl. (1992). *Stress and Health*, 2nd edn. Brooks/Cole Publishing Company, California.
- Mongan MF. (2007). *Hypnobirthing: a celebration of life*. Rivertree publishing, New Hampshire.



- Graves K. (2012). *The Hypnobirthing book: an inspirational guide for a calm, confident, natural birth*. Katharine Publishing, Wiltshire.
- Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C, et al. (1999). Functional neuroanatomy of hypnotic state. *BIOL PSYCHIAT*. 45, p327–333.
- Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. (2000). Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology*.
- Koyama T, McHaffie JG, Laurienti PJ, RC C. (2005). The subjective experience of pain: where expectations become reality. *Proc Natl Acad Sci*. 102, p12950–12955.
- Cyna AM, McAuliffe G, Andrew MI. (2004). Hypnosis for pain relief in childbirth: A systematic review. *British Journal Of Anaesthesia*. 93, p505–11.
- Rock NL, Shipley TE, Campbell C. (1969) Hypnosis with untrained nonvolunteer patients in labor. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 17:25–36.
- Tiba J. Clinical. (1990). Research and organisational aspects of preparation for childbirth and the psychological diminution of pain during labour and delivery. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*. 7, p61–64.
- Steel A. (2016). The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: Preliminary insights from a nationally-representative sample of Australian women.
- Harmon TM, Hynan MT, Tyre TE. (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 58(5), p525-530.
- Jenkins, M.W., & Pritchard, M.H. (1993). Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labour. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100(3), p221-226.
- Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. (2006). Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. Department of Women's Anaesthesia, Women's and Children's Hospital, Adelaide, South Australia, Australia. 34(4), p464-9
- Brown DC, Hammond DC. (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labour and delivery, and preterm labour. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 55: 355–71.
- VandeVusse L, Irland J, Healthcare WF, Berner MA, Fuller S, Adams D. (2007). Hypnosis for childbirth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. *Am J Clin Hypn*. 50(2), p109-19.
- Kate M Levett, Smith C.A, Bensoussan A, Dahlen H.G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour, *BMJ*.
- Julie Phillips-Moore. (2012). Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme, *BMJ*.
- Finlayson , Downe, Hinder, Carr, Spiby, Whorwell. (2015). Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. *BMC Pregnancy Childbirth*.
- Alison S., Landolt, Leonard S., Milling. (2011). The efficacy of hypnosis as an intervention for labor and delivery pain: A comprehensive methodological review, *Clinical Psychology Review* Volume 31(6).
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth, *Cochrane Database Syst Rev*. 19(5):CD009356.



- Mehl-Madrona LE. (2004). Hypnosis to facilitate uncomplicated birth, *Am J Clin Hypn*, 46(4), p299-312.
- Alice A. Martin, PhD; Paul G. Schauble, PhD; Surekha H. Rai, PhD; and R. Whit Curry, Jr, MD. (2001). The Effects of Hypnosis on the Labor Processes and Birth Outcomes of Pregnant Adolescents. *The Journal of Family Practice*, 50(5), p441-443.
- Shawn Gallagher, B.A., R.M., C.H. (2001). Hypnosis for Childbirth: A retrospective survey of birth outcome using prenatal self-hypnosis A Retrospective Survey.
- Mehl, MD, PhD. (1994). Hypnosis for Turning Breech Baby, From *Archives of Family Medicine*, Vol. 3, Hypnosis and Conversion of the Breech to the Vertex Presentation Lewis E. Dept. of Psychiatry Univ. of Vermont College of Medicine, Burlington.
- McCarthy, P. (1998). Hypnosis in obstetrics. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 26 (1), p35.
- Bobart, V., & Brown, D.C. (2002). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Downe, S.; Finlayson, K. Melvin. (2016). Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness, *Obstetric Anesthesia Digest: Volume 36(2)*, p102.
- NICE (2014): Intrapartum care for healthy women and babies, Clinical guideline [CG190] Published date: December 2014, Last updated: February 2017
- Michael C. Klein, MD, CCFP, FAAP, FCFP (2006). Does epidural analgesia increase rate of cesarean section? Official publication of the college of family physicians of Canada.
- Lieberman E. et al. (2005). Changes in Fetal Position During Labor and their Association with Epidural Analgesia, *Obstet Gynecol* 105(5), p974-982.
- Cheng, Yvonne W. MD, PhD; Shaffer, Brian L. MD. (2014). Second Stage of Labor and Epidural Use: A Larger Effect Than Previously Suggested. *Obstetrics & Gynecology: Volume 123(3)*, p527-535.
- John J. Riva, BA, DC,† Keshena M.P. Malik, BSc, DC. (2012). What is your research question? An introduction to the PICOT format for clinicians, *The Journal of the Canadian Chiropractic Association*, 56(3), p167-171.
- Joscha Reinhard MBBS Bsc. (2009). Preterm labour and clinican hypnosis. Wiley InterScience, *Contemporary Hypnosis*, 26(4), p187-193.
- Heather J. Rowe -Murray BSc(Hons), PhD. (2002). Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean Section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding. *Birth issues in perinatal care*, vol 29 (2), p124-131.
- WHO recommendations (2018): intrapartum care for a positive childbirth experience. ISBN: 978-92-4-155021-5