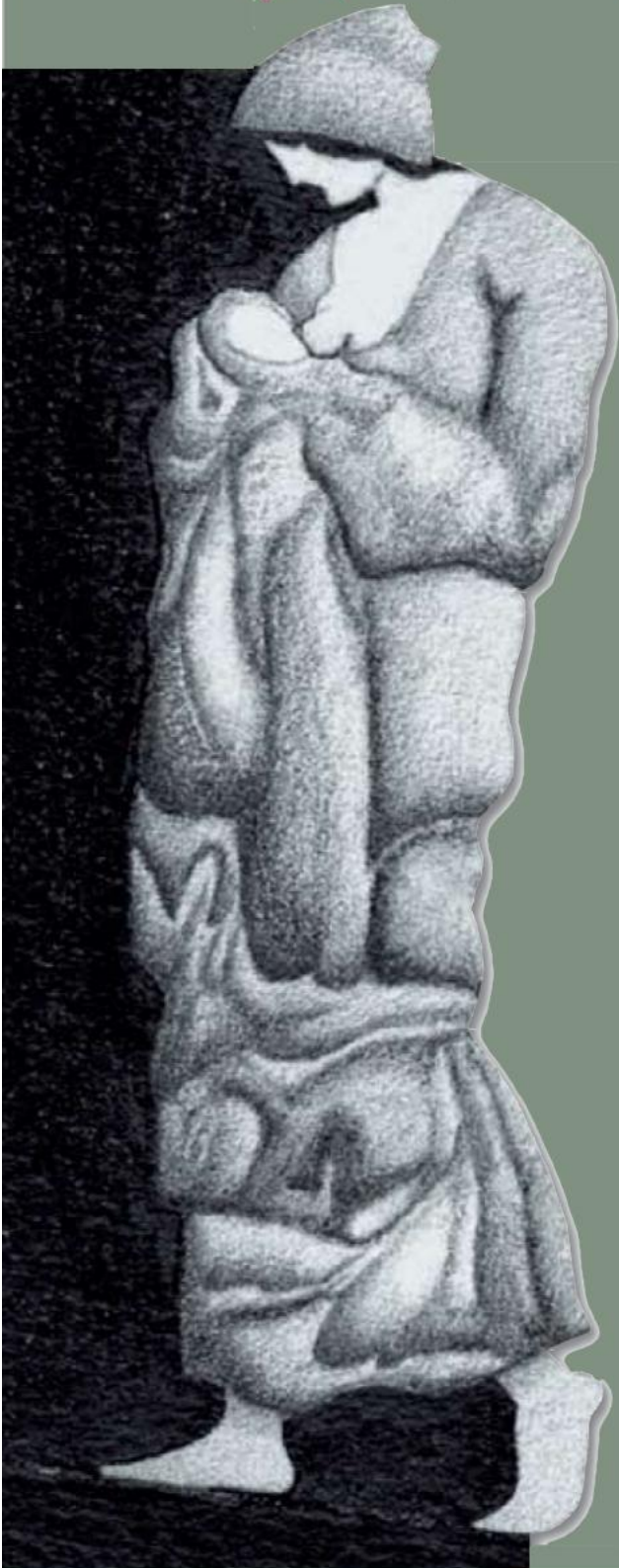


ΕΛΕΥΘΩ

Ηλεκτρονικό Περιοδικό
e-journal



4^η Περίοδος – Τόμος 1 – Τεύχος 1

Ιανουάριος – Απρίλιος 2018

<http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho>

Επιστημονικό και Επαγγελματικό Περιοδικό
Επίσημο Όργανο των Μαιών - Μαιευτών Ελλάδος

ΕΛΕΥΘΩ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διευθύνεται από το Δ.Σ. του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών-Μαιευτών Αθηνών

4^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1 – ΤΕΥΧΟΣ 1 Ιανουάριος- Απρίλιος 2018



ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Πρόεδρος:	Βικτωρία Βιβιλάκη
Αντιπρόεδρος:	Αντώνιος Λαζόπουλος
Γεν. Γραμματέας:	Χρυσούλα Τάσκου
Ταμίας:	Παρασκευή Γιαξή
Μέλη:	Αικατερίνη Λυκερίδου Φανή Πεχλιβάνη Άννα Γλυνού Μιχάλης Μώρος

ΠΕΙΘΑΡΧΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Μέλη:	Παλληκαρά- Πολυπόρτη Λαμπρινή Μπέκα Αγγελική
Αναπληρ. Μέλος:	Γεωργαντζή Σοφία

ΕΚΔΟΤΗΣ: Σ.Ε.Μ.Μ.Α.

Αριστ. Παππά 2-11521, Αθήνα

Τηλ: 210-6465691, Fax: 210-6429675

E-mail: semma-icm@otenet.gr

Website: www.semma.gr

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ερευνητικό Εργαστήριο Διαχείρισης της Πληροφορίας

Τμήμα Αρχειονομίας, Βιβλιοθηκονομίας και Συστημάτων Πληροφόρησης

Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας

Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΛΕΥΘΩ - ΕΛΕΥΘΗΟ

ΤΕΤΡΑΜΗΝΙΑΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ QUARTERLY SCIENTIFIC MAGAZINE
ΕΠΙΣΗΜΟ ΟΡΓΑΝΟ ΤΩΝ ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ OFFICIAL JOURNAL HELLENIC MIDWIVES
4^η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1- ΤΕΥΧΟΣ 1 4th PERIOD- VOLUME 1 ISSUE 1
Ιανουάριος- Απρίλιος 2018 January- April 2018



Διευθύντρια Σύνταξης Editor in chief

Λυκερίδου Αικατερίνη Lykeridou Aikaterini

Αναπλ. Διευθυντές Σύνταξης Deputy Editors

Βιβιλάκη Βικτωρία Vivilaki Victoria
Δελτσίδου Άννα Deltsidou Anna
Μώρος Μιχάλης Moros Michalis
Πεχλιβάνη Φανή Pechlivani Fani
Σαραντάκη Αντιγόνη Sarantaki Antigoni

Αρχισυνταξία

Λυμπέρη Ραλλού Lymperi Rallou

Επιμέλεια τεύχους

Κώστογλου Εριφύλη Kostoglou Erifili

Συντακτική Επιτροπή Editorial Board

Δ.Σ. Σ.Ε.Μ.Μ.Α. Board of Directors Hellenic Midwives Associations
Αντωνάκου Αγγελική Antonakou Aggeliki
Γουρουντή Κλεάνθη Gourounti Kleanthi
Δάγλα Μαρία Dagla Maria
Διαμάντη Αθηνά Diamanti Athina
Ηλιάδου Μαρία Iliadou Maria
Κίρκου Ιωάννα Kirkouloanna
Μεταλλινού Δήμητρα Metallinou Dimitra
Μανιατέλλη Ελισάβετ Maniatelli Elisabeth
Μπόθου Αναστασία Bothou Anastasia
Μπουρουτζόγλου Μαρία Bouroutzoglou Maria
Νάνου Χριστίνα Nanou Christina
Ντέκα Ελένη Nteka Eleni
Τζαβάρα Μελίνα Tzavara Melina
Χαριζοπούλου Βικεντία Charizopoulou Vikentia
Χάρος Δημήτρης Charos Dimitris
Χατζιγεωργίου Ελένη Chatzigeorgiou Eleni

Διεθνής Επιστημονική Επιτροπή International Scientific Committee

Βαρδαβάκη Ζώη VardavakiZoi
Μπόλου Αγγελική BolouAggeliki

ΘΕΛΕΤΕ
άνεση και
ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ
μητρικό γάλα σε
ΛΙΓΟΤΕΡΟ χρόνο;

 ρωτήστε μας στο
[medela.gr](https://www.facebook.com/medela.gr)

Η 1η επιλογή των
νοσοκομείων και
των μητέρων



Symphony της Medela

- ✓ έχει προκύψει από ερευνητικά προγράμματα
- ✓ αξιόπιστη αντλία
- ✓ για χρήση στο μαιευτήριο και προς ενοικίαση στο σπίτι
- ✓ μοναδική τεχνολογία 2-Phase Expression που μιμείται το φυσικό ρυθμό θηλασμού των βρεφών



Symphony™

Περιεχόμενα	
Χαιρετισμός Διευθύντριας Σύνταξης	8
<i>Καθηγήτρια Λυκερίδου Αικατερίνη</i>	
Ερευνητικές εργασίες	
Πώς αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι Μαίες- Μαιευτές στα μαιευτικά/ γυναικολογικά τμήματα την έννοια της φροντίδας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας.	10
<i>Ασημούλα Μπάνου, Μαρία Σάρρου, Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Αλεξάνδρα Βασιλειάδου</i>	
Διερεύνηση της περιεγχειρητικής μητρικής και νεογνικής υποθερμίας.	23
<i>Aliona Vilinsky, Conan McCaul</i>	
Ανασκόπηση	
Η αποτελεσματικότητα της ύπνωσης (Hypnobirthing) κατά τη διάρκεια του τοκετού ως εργαλείο διαχείρισης του πόνου.	27
<i>Ειρήνη- Αθηνά Αβραμίδου</i>	
Παρουσίαση περιστατικού	
Καρκίνος του μαστού κατά την κύηση. Περιγραφή περίπτωσης.	38
<i>Ιωάννης Κ. Θανασάς</i>	

Αγαπητοί συνάδελφοι,

Είμαστε στην ευχάριστη θέση να έχουμε πλέον τη νέα έκδοση του “Ελευθώ” στο πλαίσιο της εξέλιξης και του εκσυγχρονισμού όλου του Μαιευτικού επαγγέλματος. Το “Ελευθώ” αποτελεί εδώ και πολλά χρόνια ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια των Μαιών. Εκμεταλλευόμενο την απίστευτη εξέλιξη της τεχνολογίας προσπαθεί να διατηρήσει το ήθος και τον επιστημονικό χαρακτήρα που το χαρακτηρίζει τόσα χρόνια.

Γυρίζοντας πίσω στο χρόνο φτάνουμε στο 1957 όπου συναντάμε την πρώτη του έκδοση. Από τότε και μέχρι το 2014 ακολούθησε ένας μεγάλος αριθμός τευχών. Στις σελίδες του έχουν αρθρογραφήσει σημαντικές προσωπικότητες του χώρου, αλλά και από τον ευρύτερο επιστημονικό κόσμο. Φιλοξενεί εργασίες τόσο από το χώρο της Μαιευτικής και Γυναικολογίας, όσο και των συναφών επιστημών.

Μετά από τέσσερα χρόνια απουσίας, το “Ελευθώ” επανεκδίδεται, σε ηλεκτρονική μορφή πλέον, φιλοξενούμενο από το Open Access E-Publishing Service του νεοσύστατου Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής υπό την επίβλεψη του ερευνητικού Εργαστηρίου του Τμήματος Βιβλιοθηκονομίας και Συστημάτων Πληροφόρησης.

Με ιδιαίτερη χαρά σας προσκαλούμε να περιηγηθείτε στις ηλεκτρονικές σελίδες του, να ενημερωθείτε και να υποβάλλετε και τα δικά σας άρθρα σεβόμενοι πάντα την παράδοση και τη σημαντικότητά του.

Με φιλικούς χαιρετισμούς,

Αικατερίνη Λυκερίδου,

Διευθύντρια Σύνταξης



ΦΟΡΕΑΣ ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗΣ:

ΣΥΛΛΟΓΟΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ
ΜΑΙΩΝ-ΜΑΙΕΥΤΩΝ
ΑΘΗΝΩΝ

14^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Μαιών-Μαιευτών

04-07
ΟΚΤ
2018



Η φιλοσοφία της γέννησης!

Ηθικές Αρχές και Αξίες στη Μαιευτική Φροντίδα.

www.semmacongress2018.gr

Ξενοδοχείο:



Royal Olympic
ATHENS

Οργάνωση - Γραμματεία





Πως αντιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στα μαιευτικά/ γυναικολογικά τμήματα, κέντρα υγείας και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Μαιές - Μαιευτές την έννοια της φροντίδας στην Περιφέρεια Θεσσαλίας

Μπάνου Ασημούλα¹, Σάρρου Μαρία², Κοτρώτσιου Ευαγγελία³, Βασιλειάδου
Αλεξάνδρα⁴

¹Μαία - Πτυχιούχος Νοσηλευτικής, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

²Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν. Αθηνών «Η Ελπίς»

³Καθηγήτρια Εφαρμογών του ΤΕΙ Θεσσαλίας

⁴Ψυχολόγος, MSc, Κέντρο Αναπτυξιακής Παιδιατρικής Κλινικής Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης «Απόστολος Φωκάς»

Εισαγωγή: Η Μαία δε διεκπεραιώνει μόνο τον τοκετό αλλά παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα σε ειδικές καταστάσεις της αναπαραγωγικής περιόδου της γυναίκας. Η σχέση που δημιουργείται μεταξύ μαιάς και γυναίκας είναι συνήθως δεσμός εκτίμησης και εμπιστοσύνης.

Σκοπός: Η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαιές-τες που εργάζονται στα Μαιευτικά - Γυναικολογικά τμήματα σε δημόσια νοσοκομεία, σε ιδιωτικά Μαιευτικά - Γυναικολογικά κέντρα και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αντιλαμβάνονται την έννοια της μαιευτικής φροντίδας.

Μεθοδολογία : Στην έρευνα συμμετείχαν 135 μαιές που συμπλήρωσαν ιαρίθμια ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά τους στοιχεία, τον αλτρουισμό (κλίμακα αλτρουισμού) και τη σπουδαιότητα της φροντίδας (NDI-24-GR). Μελετήθηκαν η συνολική βαθμολογία, καθώς και οι υποκλίμακες κλινικού έργου και αναγκών του ασθενούς. Χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

Αποτελέσματα: Οι μαιές του δείγματος εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού ($28,04\pm 4,59$) και αντίληψης σημαντικότητας της φροντίδας ($46,26\pm 14,53$). Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς ήταν αντίστοιχα $30,34\pm 12,07$ και $15,92\pm 4,52$. Ο αλτρουισμός ήταν ανάλογος της σπουδαιότητας που αποδίδεται στη φροντίδα (συσχέτιση σε επίπεδο $p<0,001$). Οι μαιές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας εμφάνισαν - με στατιστικά σημαντική διαφορά - υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα φροντίδας.

Συμπέρασμα : Οι μαιές εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αντίληψης του ρόλου τους και της σπουδαιότητας της φροντίδας που παρέχουν προς τη γυναίκα, τόσο σε επίπεδο αμιγώς κλινικού έργου όσο και σε επίπεδο συναισθηματικών αναγκών της γυναίκας καθώς και υψηλά επίπεδα αλτρουισμού, δηλωτικά επίσης του αισθήματος προσφοράς προς τη γυναίκα.

Λέξεις-κλειδιά: Φροντίδα υγείας, προγεννητική- μαιευτική φροντίδα, ασθενής, αλτρουισμός



Objective: The Midwife is not only a simple performer of childbirth, but a care –giver in one of the most important and beautiful periods of woman’s life for a woman and counselor for woman’s perinatal care. The relationship created between midwife and woman is usually characterized by bond appreciation, love, and trust.

Design: The aim of this study is to investigate the way in which midwives working in Obstetrical and Gynecological departments in public hospitals or in private and primary care, understand the meaning of midwifery care.

Method: Participants were 135 midwives who completed self-report questionnaires about their sociodemographic data, altruism (altruism scale) and the importance of midwifery care (NDI-24-GR). We studied the total score and the subscales clinical work and the patient’s needs. We used non-parametric methods. The level of statistical significance was set at $p = 0,05$.

Results: Midwives showed high levels of altruism ($28,04 \pm 4,59$) and perceptual significance of care ($46,26 \pm 14,53$). Subscale scores in clinical work and patient needs were respectively $30,34 \pm 12,07$ and $15,92 \pm 4,52$. Altruism was proportional to the importance attributed to the care (correlation at $p < 0,001$). The midwives who had more years of experience showed highest score in the range of care.

Conclusions: Midwives have high levels of perception of their role and importance of care provided to the woman, both in purely clinical work, and in terms of emotional needs of women. They also show high levels of altruism.

Keywords: health care, midwifery care, experience, satisfaction, patient, perception, altruism

1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με αγγλικό λεξικό (on Line etymology Dictionary) η λέξη "care", φροντίδα, προέρχεται από παλιά αγγλική λέξη "carian" ή "cearian" που σημαίνει: νιώθω, ανησυχώ, ενδιαφέρομαι, έχω έγνοια για φροντίδα. Στα Ιταλικά - Λατινικά "cura" σημαίνει φροντίδα, προσοχή. Στην Ελληνική το ρήμα «φρονέω-ώ» και «φροντίζω» σημαίνουν ανησυχώ, σκέπτομαι, διανοητική ενέργεια (Douglas, 2014). Ως φροντίδα προσδιορίζεται η ενασχόληση με την ακεραιότητα και την ευεξία του ατόμου, το οποίο βρίσκεται σε διαρκή διάδραση με το περιβάλλον. Είναι τέχνη που εκφράζεται μέσα από τις ενέργειες, τη γνώση και την εμπειρία των λειτουργών της, με επίκεντρο, την ανακούφιση και την ανθρώπινη επαφή.

Η έννοιά της είναι πολυδιάστατη, βιώνεται σε όλους τους πολιτισμούς, στηρίζεται σε ιδανικά και πανανθρώπινες αξίες: αγάπη, κατανόηση, πρόληψη, άγγιγμα, ενδιαφέρον όπου οι εργαζόμενοι στις δομές Υγείας έχοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων οφείλουν να τις σέβονται ώστε να εξασφαλίζεται υψηλής ποιότητας φροντίδα προς όφελος του φροντιζόμενου ατόμου και της κοινωνίας (Παπασταύρου και συν, 2010).

Η φροντίδα βρίσκεται στην καρδιά της νοσηλευτικής επιστήμης και τείνει να γίνει αντικείμενο πολλών ερευνών. Περιγράφεται ως “ανθρώπινο γνώρισμα”, “ηθική υποχρέωση”, “θεραπευτική παρέμβαση” και “διαπροσωπική αλληλεπίδραση” (Παπασταύρου και συν, 2010).

Η σημαντικότητά της έγκειται στην αέναη προσφορά στο ανθρώπινο είδος και στη διαιώνισή του έτσι ώστε να συμβάλει στην προστασία του, την ενίσχυσή του και τη διατήρηση της ανθρωπότητας (Κοτρώτσου, Σ και συν, 2008).



Η παρεχόμενη μαιευτική φροντίδα έχει ως στόχο την προαγωγή και διατήρηση της υγείας και της ζωής, πρόληψη της νόσου, διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος, ανακούφιση του πόνου, νοσηλεία ασθενών και αποκατάσταση. Η ποιότητα της φροντίδας της αποτελεί πρωταρχική υποχρέωση των επαγγελματιών υγείας, δικαίωμα των ασθενών και προώθηση της κλινικής και επιστημονικής προόδου. Εξάλλου η μαιία της αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος και υπόλογος επαγγελματίας που εργάζεται σε στενή επαφή με τις γυναίκες για να δώσει την απαραίτητη υποστήριξη, περίθαλψη και συμβουλή κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, του τοκετού και της λοχείας, αναλαμβάνοντας με πλήρη ευθύνη την εκτέλεση τοκετών και την περίθαλψη του νεογνού και του βρέφους. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα, την προώθηση του φυσικού τοκετού, την ανίχνευση επιπλοκών στην μητέρα και στο νεογνό και την εκτίμηση για την κατάλληλη ιατρική ή άλλη βοήθεια καθώς επίσης και την εφαρμογή επειγόντων μέτρων. (13ο-20ο Παγκύπριο συνέδριο νοσηλευτικής και μαιευτικής φροντίδας: πανανθρώπινη διαχρονική εξελίξιμη. Λάρνακα, ημερομηνία 2006-2013).

Η μαιία της έχει επίσης σημαντικό ρόλο στη συμβουλευτική και στην εκπαίδευση σε θέματα υγείας, όχι μόνο για τη γυναίκα αλλά και μέσα στην οικογένεια και στην κοινωνία. Αναλαμβάνει δράσεις και παρεμβαίνει υποστηρικτικά ενώ στην κοινότητα η φροντίδα που παρέχει είναι ολιστική και αποδεδειγμένα αποτελεσματική για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Δραστηριότητες που μπορεί να περιλαμβάνουν προγεννητική εκπαίδευση και προετοιμασία γονεϊκότητας και μπορεί να επεκταθούν στην υγεία των γυναικών, στη σεξουαλικότητα, την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα του παιδιού (Αντωνίου, Ε., Βιβιλάκη και συν, 2007).

Μπορεί να εξασκήσει το επάγγελμά της σε οποιοδήποτε συνθήκες, συμπεριλαμβανομένων του σπιτιού, της κοινότητας, των νοσοκομείων, κλινικών και των μονάδων υγείας (ICM, 2014)

2. Σκοπός

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι μαιίες - τες που εργάζονται στα Μαιευτικά/Γυναικολογικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων, ιδιωτικών Μαιευτικών/Γυναικολογικών κέντρων και της Π.Φ.Υ, αντιλαμβάνονται την έννοια της μαιευτικής φροντίδας, με έναυσμα τη σχετική απουσία αναλόγων ερευνητικών δεδομένων από τον ελλαδικό χώρο.

Συγκεκριμένα, μελετήθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις:

1. Αν τα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας επηρεάζουν τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι μαιίες - τες τη φροντίδα.
2. Η συσχέτιση του τρόπου με τον οποίο οι μαιίες - μαιευτές αντιλαμβάνονται τη φροντίδα με τον αλτρουισμό.
3. Αν οι νεότεροι εργαζόμενοι σε ηλικία διαφέρουν από τους μεγαλύτερους ως προς τις εξεταζόμενες μεταβλητές



3. Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 135 μαιές που εργάζονται στην περιφέρεια Θεσσαλίας. Η άδεια για την εκπόνηση της μελέτης δόθηκε από την αρμόδια Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια και διεξήχθη από τις 10/2/2014 έως 15/4/2014. Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και δύο σταθμισμένες κλίμακες, μία φροντίδας και μία αλτρουισμού.

Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από τέσσερις ενότητες. Η πρώτη ενότητα χρησιμοποιείται για την καταγραφή των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και περιλαμβάνει στοιχεία που αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στο εκπαιδευτικό επίπεδο, στον τόπο διαμονής, καθώς και στην επαγγελματική κατάσταση του ερωτηθέντος. Η δεύτερη ενότητα αφορά σε ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της φροντίδας, το οποίο είναι αποτέλεσμα μετάφρασης και προσαρμογής στα Ελληνικά, του αρχικού ξενόγλωσσου ερωτηματολογίου. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα Altruism Scale των Ahmed και Jackson (1979), για τη μέτρηση της διάστασης του αλτρουισμού. Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια όπου χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

Ερωτηματολόγιο φροντίδας (GR- NDI-24): Το αρχικό ερωτηματολόγιο φροντίδας NDI-35 σχεδιάστηκε για να βοηθήσει στη διερεύνηση της σπουδαιότητας που έχουν για τη μαία-τη, οι παράμετροι της φροντίδας, όπως σκιαγραφούνται στα στοιχεία του ερωτηματολογίου (Watshonetal,2001). Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα likert και η συνολική βαθμολογία υπολογίζεται από το άθροισμα όλων των ερωτήσεων. **Η μικρότερη βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλότερη σημαντικότητα** των παραμέτρων φροντίδας. Το ερωτηματολόγιο σταθμίστηκε στα Ελληνικά δεδομένα όπου ονομάστηκε GR-NDI-24. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει την υποκλίμακα κλινικού έργου με 18 ερωτήσεις και την κλίμακα αναγκών του ασθενούς με 6 ερωτήσεις (Kotrotsiou E. etal, 2008)

Κλίμακα Αλτρουισμού – Altruism Scale (Ahmed και Jackson, 1979) Για τη μέτρηση της διάστασης του Αλτρουισμού χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο των Ahmed και Jackson (1979). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από οκτώ δηλώσεις τύπου Likert (Διαφωνώ απολύτως 1-5 Συμφωνώ Απολύτως), όπου περιγράφουν την αλτρουιστική συμπεριφορά (προσαρμοσμένη στα ελληνικά) με βάση την υποκλίμακα του αλτρουισμού. Επιπλέον, ζητά από τους ερωτώμενους να δηλώσουν το βαθμό στον οποίο συμφωνούν ή διαφωνούν. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από την άθροιση των βαθμών των απαντήσεων των ατόμων στις οκτώ ερωτήσεις, **με τις υψηλότερες τιμές να αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού.** Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο και παρουσιάζει επαρκή εσωτερική αξιοπιστία ($\alpha=0,79$) (Ahmed&Jackson, 1979).

Στατιστική ανάλυση

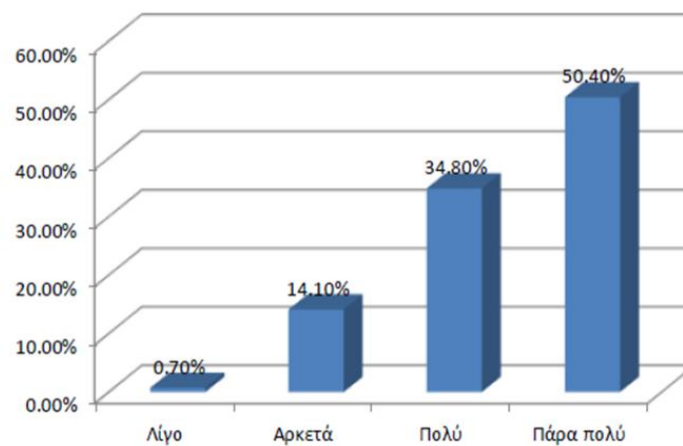
Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων του δείγματος πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. 17.0. Κατά τη φάση της ανάλυσης, των κοινωνικό-δημογραφικών και ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν τα περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος, διάμεσος, σταθερή απόκλιση), όπως και η διάμεσος τιμή και το ενδοτετρατημοριακό εύρος (25η εκ. θέση-75η εκ. θέση), καθώς και ιστογράμματα/ραβδογράμματα του ποσοστού των εργαζομένων ως



προς τις απαντήσεις τους σε κάθε κλίμακα και υποκλίμακα. Για τη σύγκριση των τιμών που αφορούν τις ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές δοκιμασίες (Kruskal –Wallis και Mann-Whitney –U test), λόγω μη κανονικής κατανομής των ψυχομετρικών παραμέτρων, όπως προέκυψε από τον έλεγχο με τη δοκιμασία Shapiro –Wilk. Η post-hoc ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη μη παραμετρική δοκιμασία Dunn. Η κλίμακα φροντίδας στο σύνολό της έδειξε εξαιρετική εσωτερική αξιοπιστία (συντελεστής α Cronbach ίσο με 0,90 $-\alpha=0,60$ για την κλίμακα αναγκών και 0,88 για την κλίμακα κλινικού έργου) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε $p=0,05$.

4. Αποτελέσματα

Το σύνολο του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες μαιές, καθώς δεν υπήρχαν άντρες μαιευτές στην περιφέρεια της Θεσσαλίας. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγγαμες σε ποσοστό 65,9%, ενώ το 98,5 % είχε εκπαιδευτικό επίπεδο αποφοίτων Τεχνολογικής Εκπαίδευσης. Το 90,4 % δεν είχε μεταπτυχιακές σπουδές. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν τα 39,8 έτη και η πλειονότητα των συμμετεχόντων έχει επαγγελματική εμπειρία περισσότερα από 10 έτη. Τον εαυτό του θεωρούσε πολύ καλό στην εργασία του το 34,8% και πάρα πολύ καλό το 50,4 %.



Σχήμα 1. Επίπεδο μαιίας (Αυτοαντίληψη)

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί, παρουσιάζονται αναλυτικά οι διάμεσες τιμές και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος ανά ερώτηση. Η κλινική επάρκεια, η προτεραιότητα στις ανάγκες του ασθενούς, η προστασία της ιδιωτικότητας, η δημιουργία ευχάριστης ατμόσφαιρας, η καθυσύχασση της ασθενούς σε μια κλινική διαδικασία, η παρατήρηση της επίδρασης ενός φαρμάκου, καθώς και η μέτρηση των ζωτικών σημείων της ασθενούς, αποτέλεσαν τις ερωτήσεις όπου η φροντίδα αξιολογήθηκε ως εξαιρετικά σημαντική. Οι παράμετροι ως λίγο σημαντικές αφορούσαν, την απασχόληση της μαιίας



με τα προβλήματα της κάθε ασθενούς ατομικά, να κάθεται δίπλα σε μια ασθενή, να διερευνά τον τρόπο ζωής της ασθενούς και η ενασχόληση με τις πνευματικές ανάγκες των ασθενών. Η παράμετρος που συγκέντρωσε την μεγαλύτερη βαθμολογία αφορά την προτεραιότητα των αναγκών των ασθενών πριν από τις προσωπικές ανάγκες των Ε.Υ.

Πίνακας 1. The records capacity of institutions (yearly)

Δ*		
(25^η εκ. θέση-75^η εκ. θέση)		
1	Να εμπλέκεις έναν ασθενή στη φροντίδα του/της	2,00 (1,00-3,00)
2	<i>Να καθησυχάζεις τον ασθενή σχετικά με μια κλινική διαδικασία*</i>	<i>1,00 (1,00-1,00)</i>
3**	Να ασχολείσαι με τα προβλήματα του κάθε ασθενή ατομικά	2,00 (1,00-3,00)
4	<i>Να παρατηρείς τις επιδράσεις ενός φαρμάκου στον ασθενή</i>	<i>1,00 (1,00-1,00)</i>
5	Να φροντίζεις τις πνευματικές ανάγκες ενός ασθενή	2,00 (2,00-4,00)
6	<i>Να είσαι ευχάριστος με τους ασθενείς</i>	<i>1,00 (1,00-1,00)</i>
7	<i>Να προστατεύεις την ιδιωτικότητα του ασθενή</i>	<i>1,00 (1,00-1,00)</i>
8	Να κανονίζεις να δει τον ασθενή ο εφημέριός του/της	3,00 (1,00-4,00)
9	Να βοηθάς τον ασθενή σε μια δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (πλύσιμο, ντύσιμο, κ.λπ.)	2,00 (1,00-4,00)
10	Να διατηρείς τα αρχεία των ασθενών έως σήμερα	1,00 (1,00-3,00)
11	Να αναγνωρίζεις τον ασθενή ως πρόσωπο	1,00 (1,00-3,00)
12	Να εξηγείς μια κλινική διαδικασία στον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
13	Να ντύνεσαι προσεγγμένα όταν εργάζεσαι με ασθενείς	1,00 (1,00-2,00)
14	Να κάθεται με έναν ασθενή	3,00 (2,00-4,00)
15	Να διερευνάς τον τρόπο ζωής του ασθενή	3,00 (2,00-4,00)
16	Να αναφέρεις την κατάσταση του ασθενή σε έναν ανώτερο ιεραρχικά νοσηλευτή	1,00 (1,00-2,00)
17	Να είσαι δίπλα στον ασθενή κατά τη διάρκεια μιας κλινικής διαδικασίας	1,00 (1,00-2,00)
18	Να είσαι ειλικρινής με τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
19	Να ακούς τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
20	Να συμβουλευέσαι τον γιατρό για τον ασθενή	1,00 (1,00-2,00)
21	Να καθοδηγείς τον ασθενή για αυτοφροντίδα(πλύσιμο, ντύσιμο κ.λπ.)	1,00 (1,00-2,00)



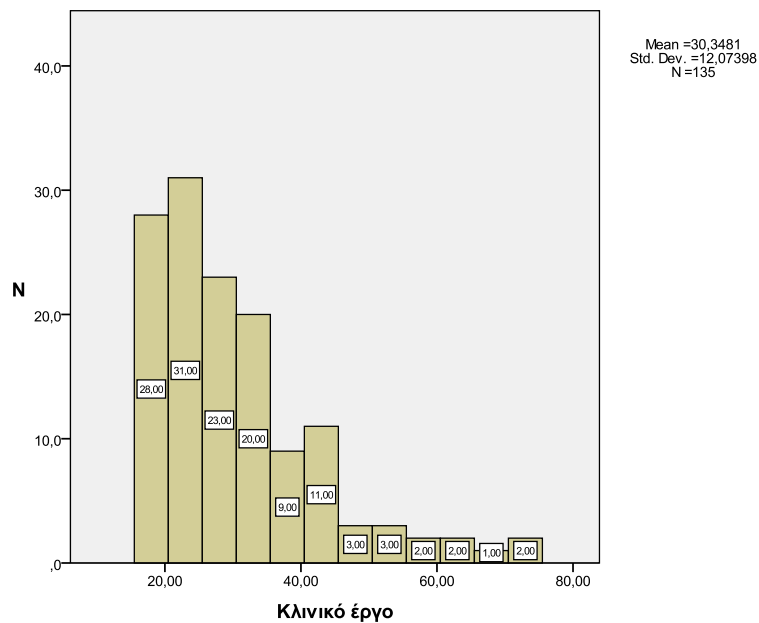
22	Να μειράς τα "ζωτικά σημεία" του ασθενή(π.χ. σφυγμό και αρτηριακή πίεση)	1,00 (1,00-1,00)
23	Να βάζεις τις ανάγκες του ασθενή πρώτα (δηλαδή πριν από τις δικές σου)**	2,00 (1,00-3,00)
24	Να είσαι τεχνικά επαρκής σε μια κλινική διαδικασία	1,00 (1,00-1,00)
	Δ* = Διάμεσος Τιμή	

*με πλάγια γραφή οι ερωτήσεις με την ευνοϊκότερη στάση

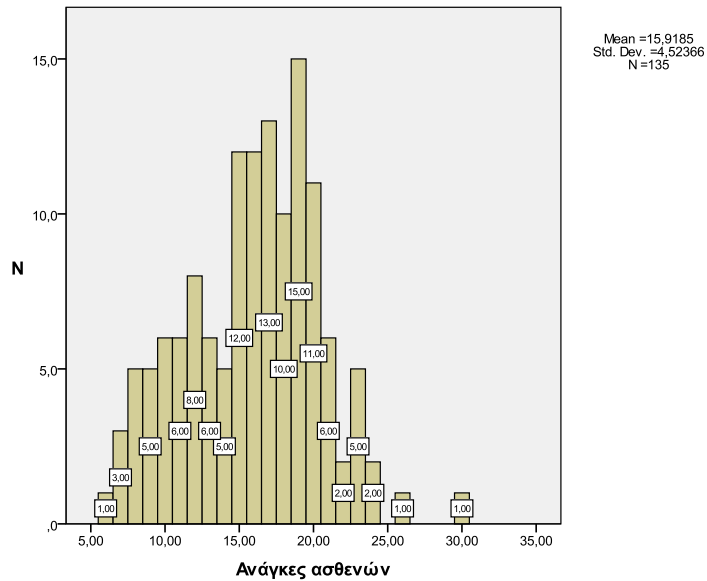
**με έντονη γραφή οι ερωτήσεις τις υποκλίμακας αναγκών του ασθενούς

***Στην ερώτηση αυτή οι μαιές με εμπειρία > 20έτη έδωσαν την τιμή 1 σε ποσοστό 54,5%, υψηλότερα από όλες τις άλλες ομάδες προϋπηρεσίας.

Στα παρακάτω γραφήματα απεικονίζονται με τη μορφή ιστογράμματος οι βαθμολογίες στις υποκλίμακες κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς.

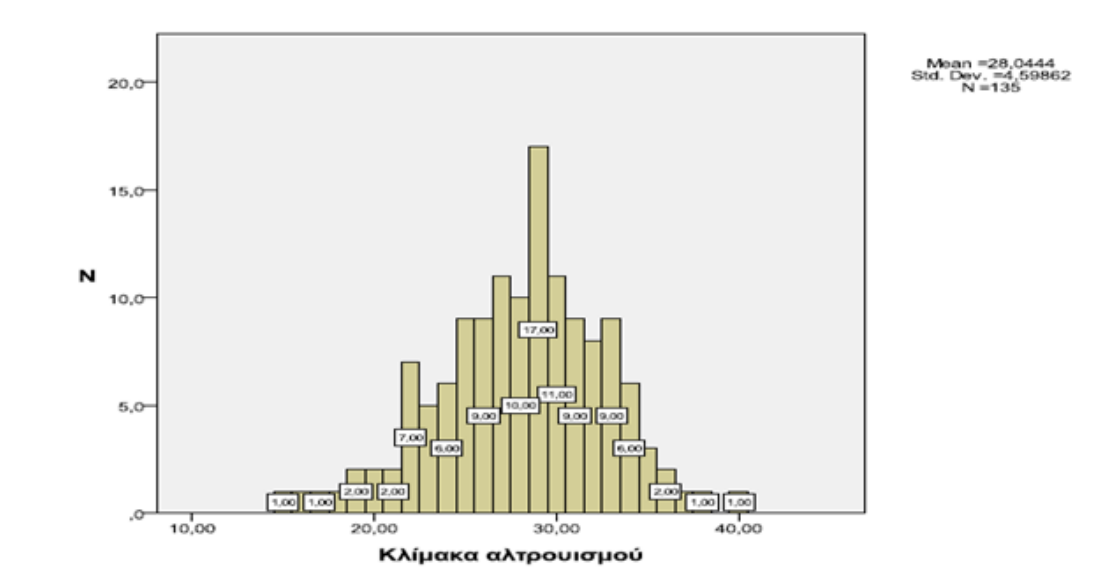


Σχήμα 2. Η Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα κλινικού έργου $30, 34 \pm 12,07$, δείχνοντας ενδεχομένως ευνοϊκότερη στάση των μαιών απέναντι στη σημαντικότητα της φροντίδας.



Σχήμα 3. Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα αναγκών ασθενούς.

Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα αναγκών ασθενούς ήταν $15,92 \pm 4,52$. ($p < 0,05$). Οι βαθμολογίες στην υποκλίμακα κλινικού έργου ήταν $30,34 \pm 12,07$ και αναγκών των ασθενών ήταν $15,92 \pm 4,52$. Η συνολική μέση βαθμολογία για την αντίληψη της σημαντικότητας της φροντίδας είναι το άθροισμα των δυο αυτών παραμέτρων $46,26 \pm 14,53$.



Σχήμα 4. Κατανομή βαθμολογίας στην κλίμακα αλτροισμού.



Οι μαίες του δείγματος εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού (28,04±4,59) με ανώτερο όριο το 40 και αντίληψης σημαντικότητας της φροντίδας (46,26±14,53). Υψηλότερα επίπεδα αλτρουισμού συνοδεύονται από υψηλότερα επίπεδα σημαντικότητας φροντίδας.

5. Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι οι μαίες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αντίληψης του ρόλου τους και της σπουδαιότητας της φροντίδας που παρέχουν προς τη γυναίκα, τόσο σε επίπεδο αμιγώς κλινικού έργου, όσο και σε επίπεδο πνευματικών αναγκών της γυναίκας. Επίσης, εμφάνισαν υψηλά επίπεδα αλτρουισμού, δηλωτικά του αισθήματος προσφοράς προς τη γυναίκα. Συγκριτικά με την πρόσφατη στάθμιση του NDI-24 στον ελληνικό πληθυσμό, οι τιμές στην παρούσα μελέτη είναι μεγαλύτερες, γεγονός που σημαίνει υψηλότερη σημαντικότητα των παραμέτρων φροντίδας (κλινικού έργου και αναγκών ασθενούς). Το ίδιο διαφαίνεται και σε μεταγενέστερη μελέτη (Παπαβασιλείου,2012).

Πράγματι, η μαία συμμετέχει ενεργά και παρέχει στήριξη και φροντίδα στις σημαντικότερες πτυχές της ζωής της γυναίκας, όπως η κύηση και ο τοκετός. Οι μεταβολές σε βιο-ψυχο-κοινωνικό επίπεδο που συντελούνται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης είναι πολύ σημαντικές και χρειάζεται κόπος και χρόνος για την προσαρμογή της. Από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, η μαία είναι ο συμπαραστάτης στην προσπάθεια εξοικείωσης της γυναίκας με τις ψυχοσωματικές μεταβολές. Άλλωστε, σύμφωνα με τη Διεθνή Συνομοσπονδία Μαιών, η μαία είναι η επαγγελματίας υγείας που φροντίζει για την εκπαίδευση και την προετοιμασία των γονέων στην οικογένεια και ευρύτερα στην κοινωνία (Μώρος, 2011).

Συνεπώς, η πολυεπίπεδη αυτή φροντίδα τοποθετεί τη μαία σε κεντρική θέση για τη συγκεκριμένη περίοδο της γυναίκας, που καλείται να αναπτύξει ιδιαίτερες δεξιότητες και να φροντίσει ενεργά την έγκυο, γεγονός που αποτυπώνεται εύγλωττα και στην αντίστοιχη αγγλική ορολογία. Η αντίστοιχη αγγλική λέξη για τη Μαία είναι "Midwife". Το πρόθεμα "mid" ερμηνεύεται ως "με, μαζί" ή "ανάμεσα". Θεωρείται ότι η Μαία βρίσκεται μαζί με τη γυναίκα, δίπλα της, την ώρα που τη χρειάζεται, αλλά και "ανάμεσα" στον άν-δρα και στη γυναίκα του, υποστηρίζοντας τη σπουδαιότητα, αλλά και την κοινωνική αναγνώριση του ρόλου της (Zwelling, 2002).

Η μαία, θα πρέπει να αναπτύξει τη συναισθηματική της ευφυΐα, να αναγνωρίζει τους φόβους της και να εμπλουτίζει την επαγγελματική εμπειρία και γνώση. Μια τέτοια σχέση εκ των πραγμάτων δεν μπορεί να είναι μόνο επαγγελματική, καθώς στο πρόσωπό της η μαία βλέπει τη γυναίκα, τη μητέρα, τη μητρότητα, αλλά και τον ίδιο της τον εαυτό. Αναπόφευκτα αναπτύσσεται μεταξύ τους σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού (Kitzinger, 2008).

Η προσέγγιση αυτή δίνει τη δύναμη στη γυναίκα να συμμετέχει ενεργά στην προ και περιγεννητική φροντίδα, στον τοκετό και τον θηλασμό. Ενισχύει την αυτονομία της και την καθιστά ικανή να βιώσει θετικά τις επικείμενες εμπειρίες (Malataet al,2011).

Σε ανάλογες έρευνες αναφέρεται μεγάλη ανάγκη των γυναικών για επαρκή πληροφόρηση ειδικά κατά την προγεννητική περίοδο. Η ορθή παροχή τους συμβάλλει στην ηρεμία, την ικανοποίηση της γυναίκας και κατ' επέκταση στην ομαλή έκβαση του τοκετού. Οι γυναίκες επιθυμούν να αποκτούν σχέση εμπιστοσύνης, ενσυναίσθησης και



σεβασμού με τη μαία, έτσι ώστε να αναγνωρίζουν εις βάθος τις ανάγκες τους και τις επιθυμίες τους (Lorietal, 2011).

Η ιδιαίτερη σχέση της μαίας με τη γυναίκα απαιτεί αρετές που αναπόφευκτα αναπτύσσονται και τελειοποιούνται σε βάθος χρόνου. Η υπευθυνότητα, η συμβουλευτική/καθοδήγηση, ο σεβασμός, η εμπιστοσύνη και η ενσυναίσθηση χρειάζονται εσωτερικές, επίπονες και μακρόχρονες διεργασίες προκειμένου να εδραιωθούν. Οι γνώσεις και οι εμπειρίες του φροντιστή βοηθούν στην κατανόηση του κοινωνικού του ρόλου και στην αλτρουιστική προσφορά βοήθειας (Bénabouetal,2005). Άλλωστε ο αλτρουισμός συνδέεται με αξίες που οδηγούν στην υπέρβαση του εγώ, στην ενεργό συμμετοχή και στην κοινωνική αλληλεγγύη, ως αντίδοτο στον ατομισμό και στην εσωστρέφεια (Murphy,2006).

Στη συνολική βαθμολογία για την αντίληψη της σημαντικότητας της φροντίδας (46,26 ± 14,53) στην κλίμακα φροντίδας, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν και σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας. Οι μαίες με τη μεγαλύτερη δυνατή εμπειρία εμφάνισαν την πιο ευνοϊκή στάση τόσο απέναντι στη φροντίδα, με διαφορά σημαντική ιδιαίτερα από την ομάδα 0-5 έτη, αλλά και από τις ομάδες 5-10 και 10-15 ετών προϋπηρεσίας όσο και στο κλινικό έργο (p<0,05).

Η απόκτηση της εμπειρίας και της επαγγελματικής ικανότητας αναπτύσσεται σταδιακά με το χρόνο, εξελίσσεται σε αυτοϊκανότητα, ικανότητα αντίληψης και επαγγελματικής αυτοπεποίθησης. Ο επαγγελματίας υγείας μέσα από τη φροντίδα διαπιστώνει και αξιολογεί τις ανάγκες του νοσηλευόμενου, εφαρμόζει τις ανάλογες νοσηλευτικές πράξεις και προβαίνει σε τεκμηριωμένες αποφάσεις προσδοκώντας σε ανάλογο θετικό αποτέλεσμα.

Όπως παρουσιάζεται στη βιβλιογραφία, η σταδιακή ανάπτυξη των Ε.Υ θα μπορούσε να ολοκληρωθεί σε πέντε φάσεις: αρχάριος, προχωρημένος αρχάριος, επαρκής, ικανός και έμπειρος επαγγελματίας υγείας. Η συνεχής αυτή ανάπτυξη αφορά στην αλληλεξάρτηση της θεωρίας και πρακτικής, βασισμένη σε ερευνητικά τεκμηριωμένα δεδομένα μέσω μεθόδων όπως ανασκόπηση, ανατροφοδότηση, κριτική σκέψη για τους αρχάριους μέχρι την καινοτόμο, διαισθητική, δημιουργική δράση εμπειρογνώμονα μαίας (Λυκερίδου, 2010).

Οι Επαγγελματίες Υγείας, στο πλαίσιο παροχής φροντίδας, ασχολούνται με θέματα που σχετίζονται με την ασφάλεια των ασθενών. Η ασφάλεια είναι βασική ανθρώπινη ανάγκη και είναι ευθύνη που θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σε όλο το εύρος της παρεχόμενης φροντίδας. Αναφορικά με τις ανάγκες ασθενούς στην μελέτη μας, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε σχέση με τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας: οι μαίες με εμπειρία μεγαλύτερη των 15 ετών εμφάνισαν την πιο ευνοϊκή στάση απέναντι στις «ανάγκες ασθενούς», με διαφορά σημαντική από τις άλλες τρεις ομάδες ετών προϋπηρεσίας (p<0,05).

Η γνώση, ο εντοπισμός, η διόρθωση επισφαλών καταστάσεων στις δομές υγείας αποτελεί ατομική και κοινωνική προτεραιότητα (Marchon, S.G. etal 2014).

Πέρα από τις κατευθυντήριες οδηγίες, απαιτείται ατομική σμίλευση ψυχής που καθορίζεται από την εμπειρία και το χρόνο. Ενδεχομένως για το λόγο αυτό και οι μαίες με πολυετή εμπειρία εκτιμούν περισσότερο τη σπουδαιότητα της φροντίδας, όπως αποτυπώνεται ανάγλυφα στην ερώτηση για την προτεραιότητα των αναγκών της ασθενούς (Arbon, 2004).

Στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων θα πρέπει ακόμη να ληφθεί υπόψη ότι το δείγμα της μελέτης περιελάμβανε μαίες από την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, με διαφορετικά καθήκοντα, οπότε οι απαντήσεις τους συγκεφαλαιώνουν ένα ευρύ φάσμα αναγκών των γυναικών και αντίστοιχα δικών τους



ρόλων. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα η μαιά εμπλέκεται στη γενική περίθαλψη. Στα δημόσια μαιευτήρια, μια μαιά μπορεί να αναλάβει σχεδόν μόνη της τη διαδικασία του τοκετού, ενώ στις ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως αρωγός του μαιευτήρα στην περιγεννητική φροντίδα.

Το γεγονός ότι σε αστικά κέντρα μεσαίου μεγέθους αποδίδεται μεγαλύτερη σημαντικότητα στη φροντίδα πιθανόν να σχετίζεται με τα παραπάνω: το χωριό/κωμόπολη είναι μικρό για αποτελεσματική πολυεπίπεδη φροντίδα. Η μεγαλούπολη είναι πιο απρόσωπη για τη δημιουργία στενής σχέσης γυναίκας-μαιάς. Ωστόσο, το μικρό μέγεθος του δείγματος ανά υποομάδα δεν επιτρέπει περαιτέρω αξιόπιστες στατιστικές συγκρίσεις. Ενδιαφέρον θα είχε να εξεταστεί σε μελλοντικές μελέτες. Στους περιορισμούς της μελέτης θα πρέπει να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο περιείχε και ερωτήσεις γενικής φροντίδας με τις οποίες πιθανόν να μην είναι εξουικειωμένες όλες οι μαιές της μελέτης, όπως η ενασχόληση με πνευματικές ανάγκες και η παραπομπή στις ιερατικές αρχές για επίλυση θρησκευτικών-πνευματικών προβλημάτων (Murphy,2006).

Σε όλα τα νοσηλευτικά συνέδρια στην κλινική πράξη, σε συζητήσεις και επιτροπές διαλέγονται ότι υπάρχει ανάγκη για την παροχή της φροντίδας. Οι παρέχοντες την γνωρίζουν ότι το βασικό στη φροντίδα είναι η ανθρωπιά, οι ηθικές αξίες, το θεραπευτικό άγγιγμα, η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και η ήσυχη ικανοποίηση (Kleinman, 2012) .

Απαραίτητη επιπλέον θεωρείται η κριτική σκέψη στην πρακτική της φροντίδας, καθώς η πειθαρχημένη επιστημονική θεωρητική γνώση, από διαλέξεις, μετεκπαιδεύσεις, εκπαιδευτικά σεμινάρια, εργασίες και έρευνα αποτελούν ισχυρή βάση για την κατανόηση πρακτικών θεμάτων και ικανότητα εφαρμογής για την κλινική συλλογιστική ώστε να βοηθηθούν οι επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη πολλαπλών στρατηγικών μάθησης (Lemonetal, 2014).

6. Συμπεράσματα

Οι μαιές εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αντίληψης του ρόλου τους και της σπουδαιότητας της φροντίδας που παρέχουν προς τη γυναίκα, τόσο σε επίπεδο παροχής αμιγώς κλινικού έργου, όσο και στο επίπεδο των πνευματικών αναγκών της. Εμφανίζουν επίσης, υψηλά επίπεδα αλτρουισμού και υψηλό αίσθημα προσφοράς προς τη γυναίκα.

Συγκριτικά με την πρόσφατη μελέτη στάθμισης του NDI-24 στον Ελληνικό πληθυσμό: οι τιμές στην παρούσα μελέτη είναι μεγαλύτερες δηλαδή η υψηλότερη σημαντικότητα των παραμέτρων φροντίδας (κλινικού έργου και αναγκών του ασθενούς).

Τα ευρήματα θα μπορούσαν να ερμηνευτούν αν λάβουμε υπόψη τον πολύπλευρο ρόλο της μαιάς, την ανάπτυξη μιας βαθιάς σχέσης με τη γυναίκα που συνήθως αναπτύσσεται και αφορά πολλά και ευαίσθητα ζητήματά της.

Αναφορές

- Ahmed, S.A. and Jackson, D.N. (1979) Psychographics or Social Policy Decisions: Welfare Assistance. *JournalofConsumerresearch*. 5. 229-239
- Αντωνίου, Ε., Βιβιλάκη, Β., Ρωμανίδου, Α., Ντάγκα, Δ., Βασιλάκη, Ε., Σουρανάκη, Α., Κεφαλογιάννη, Κ. και Λεονταράκη, Ε. (2007) Η γυναίκα και το νεογνό στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη.



- Arbon P. Understanding experience in nursing. *J.Clin Nursing* (2004),13(2):150-157.
- Bénabou R, Tirole J. Incentives and Prosocial Behavior (2005), National Bureau Of Economic Research:1-7
(<http://www.princeton.edu/~rbenabou/papers/w11535.pdf>)
- dimensions inventory (CDI-35): multivariate analysis and application
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23074811>
http://www.researchgate.net/publication/49714373_Provider_characteristics_desired_by_African_American_women_in_prenatal_care Journal Health Science (in press)
<http://internationalmidwives.org/who-we-are/policy-and-practice/icm-international-definition-of-the-midwife/>
- Γκούβα Μ, Κοτρώτσιου Ε. (2012) Ψυχολογικά ζητήματα σε ιστορίες φροντίδας. Έκδοση 2η, Αθήνα, Εκδόσεις: Λαγός,:35-40.
- Kitzinger S. (2008) Letter from Europe: home birth, midwives, and doulas. *Birth*, 35(3):250-2. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18844652>)
- Kleinman A. (2012) Care giving as moral experience .*The Lancet*, Published by Elsevier Ltd, 380(9853):1550-1551.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61870-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61870-4/fulltext).
- Kotrotsiou E., Gouva M., Kotrotsiou S, Malliarou M., Paralikas T., Validation of the Greek Translation of the Nursing Dimensions Inventory questionnaire (NDI-35), *Global Journal of Health Science* (2008), Vol. 6, No. 5
- Κοτρώτσιου Σ, Παραλίκας Θ, Παπαθανασίου Ι, Λαχανά Ε, Κυπαρίση Γ, Ριζούλης Α. (2008). Η έννοια της φροντίδας. Το Βήμα του Ασκληπιού 7(1) :57, http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2001_08/VA_OP_2_07_01_08.pdf
- Lemon P, Burke K, Levett-Jones, et all (2014). *FACULTY OF SCIENCE, MEDICINE AND HEALTH- PAPERS, Medical- Surgical Nursing-Critical Thinking for person-centred care*. Frenchs Forest, NSW: Pearson Australia .
- Lori JR, Yi CH, Martyn KK.(2011) Provider characteristics desired by African American women in prenatal care. *JTranscultNurs.*, 22(1):71-6.
- Λυκερίδου Α, Πορίσματα 1ης Επιστημονικής Ημερίδας Μαιευτικής, Σύνοδος 1η, Από τον αρχάριο στον ειδήμονα
- Malata A, Chirwa E. (2011) Childbirth information needs for first time Malawian mothers who attended antenatal clinics. *Malawi Med J*, 23(2):43-7.
- Marchon, S.G. & Mendes Jr, W.V. (2014). Patient safety in primary health care: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(9), pp. 1815-1835
- Μώρος Μ. (2011) Φιλοσοφία της μητρότητας και του τοκετού. *Ελευθώ*, 16(2):58-61.
- Murphy KR. (2006) A critique of Emotional Intelligence. *NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah of Nursing Studies* 38: 511-521
- Online Etymology dictionary. Douglas Harper (2001-2014) to a longitudinal study involving student nurses, *International Journal*
- Παπαβασιλείου Κ. (2012) Διερεύνηση των αντιλήψεων νοσηλευτών για την έννοια της φροντίδας και τη σχέση της με τη πνευματικότητα. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Λάρισα
- Παπασταύρου Ε, Ευσταθίου Γ, Νικηταρά Μ, Πατηράκη Ε, και συνεργάτες (2010) Η έννοια της φροντίδας: Αποτελέσματα από μια πιλοτική ερευνητική εργασία. *Νοσηλευτική*, 4 (4): 406-417. http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=247



Τόμος 01, Τεύχος01, 4^η Περίοδος

DOI:

Watson R, Deary J, Lea A. (2002) A 35-item version of the caring
Zwelling E. Activist for Change: An Interview with Suzanne Arms J PerinEduc
11(4):11-24



Διερεύνηση της περιεγχειρητικής μητρικής και νεογνικής υποθερμίας.

Aliona Vilinsky¹ Professor Conan McCaul²

¹*School of Midwifery, Trinity College Dublin, Dublin, Ireland*

²*Anaesthetic Consultant, University College Dublin, Dublin, Ireland*

Εισαγωγή: Η μητρική και νεογνική υποθερμία είναι μια συχνή περιεγχειρητική επιπλοκή, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τόσο των μητέρων όσο και για των νεογνών. Λόγω της έλλειψης διεθνών οδηγιών, τα νοσοκομεία προσπαθούν να αναπτύξουν σε τοπικό επίπεδο, κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση της μητρικής και νεογνικής υποθερμίας.

Σκοπός: Σκοπός αυτής της ερευνητικής εργασίας είναι να καθορίσει πότε συμβαίνει πτώση της μητρικής και νεογνικής θερμοκρασίας: μετά τη γέννηση του νεογνού, κατά τη διάρκεια παραμονής στο τμήμα ανάνηψης ή κατά τη διάρκεια μεταφοράς στο τμήμα λεκωιδών. Επίσης στοχεύει να καθορίσει εάν η θερμοκρασία της μητέρας σχετίζεται με την υποθερμία του νεογνού.

Μέθοδοι: Η ερευνητική αυτή εργασία έλαβε χώρα στο χειρουργικό τμήμα κεντρικού μαιευτηρίου στο Δουβλίνο της Ιρλανδίας, μεταξύ Απριλίου και Ιουνίου του 2014. Παρατηρητικά δεδομένα συλλέχτηκαν από 40 υγιείς συνδυασμούς μητέρας και νεογνού μετά από εκλεκτική καισαρική τομή, οι οποίες τηρούσαν τα κριτήρια επιλογής μας. Τα δεδομένα καταχωρήθηκαν ανώνυμα σε ένα προκαθορισμένο δελτίο συλλογής δεδομένων.

Αποτελέσματα: Οι 38 στις 40 μητέρες παρουσίασαν περιεγχειρητική πτώση της θερμοκρασίας τους. Οι 33 από αυτές τις μητέρες παρουσίασαν ήπια υποθερμία. Σε σχέση με τα νεογνά, 26 από τα 40 παρουσίασαν πτώση της θερμοκρασίας τους, 13 εκ των οποίων παρουσίασαν ήπια υποθερμία. Η μέση θερμοκρασία χειρουργικού δωματίου ήταν 24,3°C ενώ η μέση θερμοκρασία στο τμήμα ανάνηψης ήταν 24,8 °C.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών υπέστησαν απώλεια θερμότητας περιεγχειρητικά παρά την υψηλή περιβαλλοντική θερμοκρασία των εγκαταστάσεων. Οι οδηγίες του νοσοκομείου, παρότι ακολουθήθηκαν, δε βοήθησαν στην πρόληψη της υποθερμίας της μητέρας και του νεογνού. Οι ασθενείς δεν προθερμαίνονται ενεργητικά σε αυτό το τμήμα, ενώ περιεγχειρητικές συσκευές θέρμανσης ασθενών προσφέρονται μόνο σε υποθερμικούς ασθενείς.

Λέξεις-κλειδιά: καισαρική τομή, υποθερμία, περιεγχειρητικές συσκευές θέρμανσης ασθενών.

1. Εισαγωγή

Η μητρική και νεογνική υποθερμία είναι μια συχνή περιεγχειρητική επιπλοκή, με σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία τόσο των μητέρων όσο και για των νεογνών (WHO 1997, NICE 2015). Η μητρική υποθερμία σχετίζεται με ρίγος, καθυστερημένη επούλωση πληγών, αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης και αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας (Kurz et al. 1996, Melling et al. 2001, Rajagopalan et al. 2008, Campbell et al. 2015). Επιπλέον, η νεογνική υποθερμία σχετίζεται με αναπνευστική καταστολή, άπνοια, μεταβολική οξέωση, υπογλυκαιμία και υποξαιμία (Bajwa & Swati. 2014). Παρότι οι επιπτώσεις στην υγεία τόσο της μητρικής όσο και της νεογνικής υποθερμίας είναι γνωστές, η εμφάνισή τους στο κλινικό περιβάλλον, ειδικά μέσα στα χειρουργεία και στο τμήμα ανάνηψης, είναι ακόμα διαδεδομένη. Παρά το γεγονός ότι υπάρχουν διαθέσιμες



κατευθυντήριες γραμμές προκειμένου να αποφευχθεί η συχνότητα της περιεγχειρητικής υποθερμίας στον ενήλικα πληθυσμό, οι οδηγίες αυτές δεν είναι ειδικά προσαρμοσμένες στις έγκυες γυναίκες και τα νεογνά που αποτελούν διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες σε όρους ομοιόστασης και θερμορύθμισης (NICE, 2015). Λόγω της έλλειψης διεθνών οδηγιών, τα νοσοκομεία έχουν αναπτύξει σε τοπικό επίπεδο, κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση της μητρικής και νεογνικής υποθερμίας. Παρά την τήρηση αυτών στα νοσοκομεία, εξακολουθούν να συμβαίνουν περιστατικά μητρικής και νεογνικής υποθερμίας, κάτι που ενίσχυσε την ανάγκη να διενεργηθεί αυτή η μελέτη.

2. Υλικό και μέθοδος

Σε διάστημα δύο μηνών, από τον Απρίλιο έως τον Ιούνιο του 2014, συλλέχθηκαν δεδομένα παρατήρησης από 40 υγιείς γυναίκες και τα νεογνά τους, μετά από εκλεκτικές καισαρικές τομές που έλαβαν μέρος σε κεντρικό μαιευτήριο του Δουβλίνου. Περιορισμοί της μελέτης ήταν οι ασθενείς να μην είχαν υποβληθεί σε επείγουσα καισαρική τομή ή φυσιολογικό τοκετό καθώς και να μην είχαν σημαντικά προβλήματα υγείας τόσο οι μητέρες όσο και τα νεογνά.

Η θερμοκρασία των μητέρων μετρήθηκε σε πέντε χρονικές περιόδους. Πριν από τη χορήγηση της υπαραχνοειδούς αναλγησίας, μετά τη γέννηση του νεογνού, κατά την είσοδο και την έξοδο τους από το τμήμα ανάνηψης και κατά την άφιξη στο τμήμα λεχωίδων. Οι νεογνικές θερμοκρασίες μετρήθηκαν σε τρεις περιπτώσεις. Μετά την αρχική επαφή δέρμα με δέρμα (skin-to-skin contact (WHO & Unicef 2009)) στο χειρουργείο, πριν από τη μεταφορά του νεογνού από το τμήμα ανάνηψης (όπου συνεχίστηκε η επαφή δέρμα με δέρμα) και τελικά κατά την άφιξη στο τμήμα λεχωίδων. Οι θερμοκρασίες δωματίων (τόσο του χειρουργείου όσο και του τμήματος ανάνηψης) καταγράφηκαν (η πρώτη κατά τη στιγμή της γέννησης και η δεύτερη κατά την άφιξη στο τμήμα ανάνηψης).

Τα δεδομένα καταγράφηκαν σε ένα ανώνυμο δελτίο δεδομένων, το οποίο αναπτύχθηκε ειδικά για την έρευνα αυτή, από προσωπικό του χειρουργείου. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν εισήχθησαν στη συνέχεια στο Excel Office και κατόπιν αναλύθηκαν.

3. Αποτελέσματα

Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι το 95% των γυναικών παρουσίασαν περιεγχειρητική απώλεια θερμοκρασίας, εκ των οποίων 82,5% ανέπτυξαν ήπια υποθερμία (θερμοκρασία κάτω των 36°C). Περιεγχειρητικές συσκευές θέρμανσης ασθενών προσφέρθηκαν σε όλες τις υποθερμικές ασθενείς, αλλά μόνο το 24,2% των ασθενών χρησιμοποίησε τη συσκευή, ενώ το 51,5% των ασθενών αρνήθηκε να τη χρησιμοποιήσει γιατί αισθάνονταν ζεστές, ανεξαρτήτως της υποθερμίας τους.

Μετά το τέλος της διαμονής τους στο τμήμα ανάνηψης, το 25% των ασθενών μεταφέρθηκαν με ήπια υποθερμία στο τμήμα λεχωίδων (25% των δεδομένων έλειπαν σε αυτό το αποτέλεσμα) ενώ το υπόλοιπο 50% των ασθενών μεταφέρθηκαν με φυσιολογικές θερμοκρασίες.

Η μελέτη έδειξε ότι το 65% των νεογνών είχε απώλεια θερμότητας μετά τη γέννηση, εκ των οποίων το 50% εμφάνισαν υποθερμία.

Το 27% των νεογνών εμφάνισαν υποθερμία μετά την αρχική τους επαφή δέρμα με δέρμα στο χειρουργείο και το 4% εμφάνισαν υποθερμία στο τμήμα ανάνηψης.

Όλα τα υποθερμικά νεογνά (100%) ζεστάθηκαν στη θερμοκοιτίδα και κατόπιν μεταφέρθηκαν στο τμήμα λεχωίδων αφότου ντύθηκαν και σκεπάστηκαν με ζεστές κουβέρτες και πετσέτες από το προσωπικό.



Ωστόσο, το 19% των νεογνών παρουσίασαν εκ νέου υποθερμία κατά τη μεταφορά τους στο τμήμα λεχωίδων (7% των δεδομένων έλειπαν από αυτό το αποτέλεσμα).

Τέλος, η μέση θερμοκρασία του χειρουργείου ήταν 24,3°C και η μέση θερμοκρασία του τμήματος ανάνηψης ήταν 24,8°C.

4. Συζήτηση

Το κύριο αποτέλεσμα αυτής της έρευνας ήταν ότι το 50% των νεογνών έγιναν υποθερμικά μετά τη γέννηση τους, παρόλο που η διεθνής βιβλιογραφία προτείνει ότι η επαφή δέρμα με δέρμα προστατεύει τα νεογνά από την πτώση της θερμοκρασίας τους (WHO & Unicef 2009). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η διεθνής βιβλιογραφία επικεντρώνεται στην επαφή δέρμα με δέρμα μετά από φυσιολογικό τοκετό, ενώ δεν υπάρχουν αρκετές έρευνες όσον αφορά την επαφή δέρμα με δέρμα μετά από καισαρική τομή (Paris *et al.* 2014, Vilinsky *et al.* 2016).

Το γεγονός ότι το 82,5% των εγκύων που υποβλήθηκαν σε καισαρική τομή ανέπτυξαν ήπια υποθερμία, ενισχύει την άποψη ότι τα νεογνά πιθανόν να έχασαν μέρος της θερμοκρασίας τους κατά την επαφή δέρμα με δέρμα με το κρύο δέρμα της μητέρας τους μέσω μεταβίβασης (conduction) (WHO & Unicef 2009, Vilinsky & Sheridan 2014). Στην ιδανική περίπτωση, όλες οι μητέρες και τα μωρά τους πρέπει να διατηρούν τις θερμοκρασίες τους σε κανονικά επίπεδα κατά τη διάρκεια και μετά από την καισαρική τομή. Ωστόσο, η απώλεια θερμοκρασίας και η υποθερμία είναι ένα συνηθισμένο φαινόμενο στο χειρουργικό τμήμα παρά τις σχεδόν βέλτιστες θερμοκρασίες δωματίου.

Δεν είναι ακόμα σαφές πώς τα νεογνά χάνουν τη θερμοκρασία τους κατά τη μεταφορά τους στο τμήμα λεχωίδων, παρά το γεγονός ότι έχουν ζεσταθεί και ντυθεί. Πιθανά αίτια μπορεί να αποτελούν κρύα ρεύματα αέρα στους διαδρόμους του νοσοκομείου που προκαλούν πτώση της νεογνικής θερμοκρασίας μέσω μεταφοράς και εξάτμισης (convection and evaporation) (WHO & Unicef 2009, Vilinsky & Sheridan 2014).

Περιεχειρητικές συσκευές θέρμανσης ασθενών πρέπει να εφαρμόζονται συχνότερα σε υποθερμικούς ασθενείς, ακόμη και αν αισθάνονται άνετα ζεστές, καθώς αυτή η ψευδής αίσθηση δημιουργείται από την υπαρχνοειδή αναλγησία (Díaz & Becker 2010).

5. Συμπεράσματα

Παρότι η περιεχειρητική μείωση της θερμοκρασίας της μητέρας θα μπορούσε να εξηγηθεί, δεν είναι ακόμη σαφές πώς επανεμφανίζεται η απώλεια νεογνικής θερμότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα, παρά τις προσπάθειες του προσωπικού και την τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών του νοσοκομείου. Μελλοντικές έρευνες πρέπει να διεξαχθούν για να εξηγηθεί αυτό το φαινόμενο και να αναθεωρηθεί η πρόληψή του.

Ευχαριστίες

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη διεύθυνση και το προσωπικό του χειρουργικού τμήματος του νοσοκομείου και του τμήματος λεχωίδων για τη βοήθεια και την υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας. Για την διεξαγωγή αυτής της έρευνας δε χρειάστηκε καμία πηγή εξωτερικής χρηματοδότησης.



Αναφορές

- Bajwa S.J.S. & Swati. (2014) Perioperative hypothermia in pediatric patients: diagnosis, prevention and management. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*18(1), 97-100.
- Campbell G., Alderson P., Smith A.F. &Warttig S. (2015) Warming of intravenous and irrigation fluids for preventing inadvertent perioperative hypothermia. *Cochrane Database Syst Rev* (4), CD009891.
- Díaz M. & Becker D.E. (2010) Thermoregulation: Physiological and Clinical Considerations during Sedation and General Anesthesia. *Anesthesia Progress*57(1), 25-33.
- Kurz A., Sessler D.I. & Lenhardt R. (1996) Peri-operative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. *New England Journal of Medicine*334(19), 1209-1216.
- Melling A.C., Ali B., Scott E.M. & Leaper D.J. (2001) Effects of preoperative warming on the incidence of wound infection after clean surgery: a randomised controlled trial. *The Lancet*358(9285), 876-880.
- NICE (2015) Hypothermia: prevention and management in adults having surgery.
- Paris L.G., Seitz M., McElroy K.G. & Regan M. (2014) A Randomized Controlled Trial to Improve Outcomes Utilizing Various Warming Techniques during Cesarean Birth. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 43(6), 719-728 710p.
- Rajagopalan S., Mascha E., Na J. & Sessler D.I. (2008) The effects of mild peri-operative hypothermia on blood loss and transfusion requirement. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*108(1), 71-77.
- Vilinsky A. & Sheridan A. (2014) Hypothermia in the newborn: An exploration of its cause, effect and prevention. *British Journal of Midwifery* 22(8), 557-562 556p.
- Vilinsky A., Sheridan A. & Nugent L.E. (2016) Preventing peri-operative maternal and neonatal hypothermia after skin-to-skin contact. *Journal of Neonatal Nursing* **22**(4), 163-170.
- WHO & Unicef (2009) Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care.
- WHO (1997) Thermal protection of the newborn: a practical guide. , Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit, Division of Reproductive Health



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 συναίσθημα 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 ιατροποίησης 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 εμβρυουλκών 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 ώρες) 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



Καρκίνος του μαστού κατά την κύηση. Περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς, MD, MPH, PhD

Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα, Ελλάδα

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην έγκαιρη διάγνωση και την επιτυχή αντιμετώπιση ασθενούς με καρκίνο του μαστού κατά την κύηση. Ασθενής με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της και με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού προσήλθε κατά την περίοδο της γαλουχίας στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας, αιτώμενη ανώδυνη ψηλαφητή μάζα στον αριστερό μαστό. Μετά από τη διακοπή του θηλασμού, η ασθενής υποβλήθηκε σε μαστογραφία και υπερηχογραφικό έλεγχο του μαζικού αδένου ο οποίος έθεσε την υποψία κακοήθειας. Η βιοψία με λεπτή βελόνη επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Η ασθενής μας παραπέμφθηκε σε οργανωμένο κέντρο, όπου υποβλήθηκε σε τμηματική ογκεκτομή του μαστού και επικουρική χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Στην παρούσα εργασία μετά την παρουσίαση του περιστατικού, επιχειρείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση του καρκίνου του μαστού κατά την εγκυμοσύνη, αναφορικά κυρίως με τη σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση.

Λέξεις-κλειδιά: καρκίνος μαστού, εγκυμοσύνη, γαλουχία, διάγνωση

1. Εισαγωγή

Η ανεύρεση καρκίνου στη διάρκεια της εγκυμοσύνης δεν είναι σύνηθες φαινόμενο. Ο καρκίνος στις έγκυες εμφανίζεται περίπου με συχνότητα μιας περίπτωσης κάθε 1000 εγκυμοσύνες (Matalon et al, 2015). Οι κακοήθειες που παρατηρούνται πιο συχνά στην εγκυμοσύνη είναι ο καρκίνος του μαστού, οι κακοήθειες του γεννητικού συστήματος, ο καρκίνος του θυρεοειδούς αδένου, η λευχαιμία, το λέμφωμα και το κακόηθες μελάνωμα (Pariyar et al, 2012).

Ως «καρκίνος του μαστού κατά την κύηση» ορίζεται η εκδήλωση της νόσου σε έγκυες γυναίκες ή ακόμη και στο διάστημα έως και ένα έτος μετά τον τοκετό (Keinan – Boker et al, 2008; Bae et al, 2018). Η διάγνωση της νόσου δεν είναι πάντα εύκολη, λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που υφίσταται ο μαστός κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Ayyappan et al, 2010). Ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση είναι πιο σπάνιος από το κακόηθες μελάνωμα και συχνότερος από τον καρκίνο των ωοθηκών. Εκτιμάται ότι αφορά περίπου σε 1: 3000 έως 1: 10000 εγκυμοσύνες, ενώ το κακόηθες μελάνωμα σε 1: 1000 έως 1: 10000 και ο καρκίνος των ωοθηκών υπολογίζεται ότι αφορά περίπου 1: 10000 έως 1: 100000 κύσεις (Pavlidis 2002; Pereg et al, 2008; Eisenbrand et al, 2008; Hoellen et al, 2012; Lee et al, 2012).

Ο Abenhaim και οι συνεργάτες του, κατέληξαν στο ότι ο καρκίνος του μαστού κατά την κύηση επηρεάζει 6.5 περιπτώσεις ανά 100000 γεννήσεις (Abenhaim et al, 2012). Σύμφωνα με τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα εκτιμάται ότι αναμένεται αύξηση της συχνότητας του καρκίνου του μαστού, λόγω της καθυστερημένης έναρξης του θηλασμού στις νεότερες γυναίκες (Dabrosin C, 2015). Επίσης, σύμφωνα με κάποιες



μελέτες οι γυναίκες που φέρουν το γονίδιο BRCA1 και BRCA2, όπως και εκείνες με θετικό οικογενειακό ιστορικό κινδυνεύουν περισσότερο να αναπτύξουν καρκίνο του μαστού κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Loman et al, 2001; Samphao et al, 2009; Johansson et, 2015; Ruiz et al, 2017).

Στην παρούσα εργασία, μετά την περιγραφή του περιστατικού, επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της σύγχρονης διαγνωστικής προσέγγισης του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση, η ορθή γνώση της οποίας μπορεί να συμβάλλει στη διασφάλιση της καλής υγείας της γυναίκας, αλλά και του καλού περιγεννητικού αποτελέσματος.

2. Περιγραφή περίπτωσης

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή 44 ετών με τρεις φυσιολογικούς τοκετούς στο ιστορικό της και με οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του μαστού, η οποία προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας με ανώδυνη ψηλαφητή μάζα στο άνω έξω τεταρτημόριο του αριστερού μαστού. Ο όγκος είχε γίνει αντιληπτός από την ίδια την ασθενή μία εβδομάδα νωρίτερα. Είχε προηγηθεί φυσιολογικός τοκετός προ τεσσάρων μηνών και η γυναίκα θήλαζε αποκλειστικά. Μετά από τη διακοπή του θηλασμού, η ασθενής υποβλήθηκε σε μαστογραφία και υπερηχογραφικό έλεγχο του αδένου ο οποίος έθεσε την υποψία κακοήθειας. Η βιοψία με λεπτή βελόνη, λόγω αδυναμίας πραγματοποίησης core biopsy, επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε οργανωμένο κέντρο, όπου υποβλήθηκε σε τμηματική ογκεκτομή του μαστού και επικουρική ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία και ορμονοθεραπεία. Ένα χρόνο μετά από την ολοκλήρωση της αντινεοπλασματικής θεραπείας η ασθενής είναι σε πλήρη υγεία και παρακολουθείται στο εξωτερικό ογκολογικό ιατρείο.

3. Συζήτηση

Η κλινική διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση δεν είναι εύκολη, λόγω των φυσιολογικών μεταβολών που υφίσταται ο μαστός των εγκύων (Ayyappan et al, 2010). Η καθυστέρηση στη διάγνωση της νόσου σήμερα εκτιμάται ότι μπορεί να είναι από έναν έως δύο μήνες, σε αντίθεση με παλαιότερα, όπου αναφερόταν καθυστέρηση της διάγνωσης έως και έξι μήνες (Woo et al, 2003; Rovera et al, 2013). Όπως και στις μη έγκυες γυναίκες, η διάγνωση του καρκίνου του μαστού κατά την κύηση στηρίζεται στο ιστορικό, τα κλινικά ευρήματα, τον απεικονιστικό έλεγχο και επιβεβαιώνεται με την κυτταρολογική και κυρίως την ιστολογική εξέταση της βλάβης (Vashi et al, 2013), όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα.



Πίνακας 1. Σύγχρονη διαγνωστική προσέγγιση του καρκίνου του μαστού στην εγκυμοσύνη

ιστορικό
κλινική εξέταση
μαστογραφία
υπερηχογράφημα μαστών
FNA
CNB
ακτινογραφία θώρακος
μαγνητική τομογραφία
αξονική τομογραφία

Οι έγκυες με καρκίνο του μαστού συνήθως είναι ασυμπτωματικές. Σπάνια είναι δυνατόν να παρατηρηθεί αιματηρή έκκριση από τη θηλή (Eedarapalli and Jain, 2006). Η κλινική εξέταση των μαστών στις έγκυες θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή, επειδή είναι εύκολο να μη γίνουν αντιληπτές υπαρκτές βλάβες, λόγω της διόγκωσης και της συμφόρησης που παρουσιάζει ο μαζικός αδένας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Simoes et al, 2018). Σε αντίθεση με τα κλινικά ευρήματα, ο ρόλος της μαστογραφίας, του υπερηχογραφήματος των μαστών, της κυτταρολογικής εξέτασης και της ιστολογικής εξέτασης της ύποπτης μάζας είναι καθοριστικός στη διάγνωση της νόσου (Kalogerakos et al, 2013).

Η μαστογραφία, αν και μπορεί να γίνει κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης με ελάχιστο κίνδυνο για το έμβρυο, έχει αρκετά χαμηλή ευαισθησία όσον αφορά τη διάγνωση των κακοθών αλλοιώσεων στους μαστούς των εγκύων γυναικών (Halmesmaki and Puistola, 2012). Αυτό οφείλεται στην αυξημένη πυκνότητα των μαστών που χαρακτηρίζει την φυσιολογικά εξελισσόμενη εγκυμοσύνη και μπορεί να δυσκολέψει σε μεγάλο βαθμό την ερμηνεία των μαστογραφικών ευρημάτων (Navrozoglou et al, 2008). Παλαιότερες και νεότερες μελέτες έδειξαν ότι τα μαστογραφικά ευρήματα εγκύων γυναικών συσχετίζονται με καρκίνο του μαστού σε ποσοστό 63% – 87%. Το υπερηχογράφημα των μαστών, εκτός του ότι αποτελεί μια πιο απλή και πιο ασφαλή διαγνωστική μέθοδο στην εγκυμοσύνη έχει και μεγαλύτερη ευαισθησία από τη



μαστογραφία (Ahn et al, 2003) και επιπλέον επιτρέπει με μεγαλύτερη ακρίβεια τον διαχωρισμό των κυστικών από τους συμπαγείς όγκους του μαστού (Woo et al, 2003).

Η βιοψία της ύποπτης ψηλαφητής μάζας επιβεβαιώνει τη διάγνωση του καρκίνου του μαστού. Η τεχνική που θα πρέπει να προτιμάται είναι η βιοψία με δειγματοληπτική αφαίρεση ιστοτεμαχίων. Στις ψηλαφητές βλάβες του μαστού, η αφαίρεση αρκετού κυλινδρικού ιστού με αναρρόφηση βελόνας με ευρύ αυλό (Core Needle Biopsy – CNB) συντελεί καλύτερα στην αξιόπιστη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, συγκριτικά με την αναρροφητική βιοψία με λεπτή βελόνα (Fine Needle aspiration – FNA). Η ευαισθησία της CNB είναι περίπου 90% (Oyama et al, 2004). Το κυτταρολογικό υλικό που αναρροφάται μετά από την FNA επιστρέφεται σε πλακίδια, μονιμοποιείται και εξετάζεται από τον κυτταρολόγο. Η κυτταρολογική εξέταση του υλικού που αναρροφήθηκε, αν και δεν μπορεί εύκολα να διαφοροδιαγνώσει τις διηθητικές από τις μη διηθητικές βλάβες του μαστού, σε περίπτωση που είναι θετική σαφώς βοηθάει στη διάγνωση του καρκίνου. Στην περίπτωση όμως, που το αποτέλεσμα της εξέτασης είναι αρνητικό δεν πρέπει να αποκλείεται η ύπαρξη κακοήθειας, καθώς μπορεί να μην αναρροφήθηκε νεοπλασματικό υλικό. Η FNA δεν συστήνεται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης (Langer et al, 2014).

Όσον αφορά τα ευρήματα από την κυτταρολογική εξέταση του μαστού των εγκύων γυναικών έχει διαπιστωθεί ότι άτυπα μορφολογικά χαρακτηριστικά των κυττάρων του μαζικού αδένου φαίνονται στον φυσιολογικό ιστό του μαστού και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και κατά την περίοδο της γαλουχίας, με αποτέλεσμα η ερμηνεία των ύποπτων δειγμάτων για κακοήθεια από την FNA να απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή (Amant et al, 2010).

Οι όγκοι του μαστού στη διάρκεια της κύησης είναι συχνά αρνητικοί σε οιστρογονικούς και προγεστερονικούς υποδοχείς και θετικοί σε HER – 2 υποδοχείς (Loibl et al, 2006). Εκτιμάται ότι οι υποδοχείς HER – 2 ανευρίσκονται θετικοί στο 28% – 58% των περιπτώσεων. Ωστόσο, επειδή ο αριθμός των μελετών είναι πολύ μικρός για να συμπεράνει κατά πόσο η συχνότητα των θετικών HER – 2 υποδοχέων είναι υψηλότερη από αυτή που παρατηρήθηκε στις ηλικίες των ομάδων ελέγχου, η περαιτέρω επιστημονική έρευνα θεωρείται απαραίτητη (Elledge et al, 1993; Middleton et al, 2003; Aziz et al, 2003). Με βάση τα νεότερα βιβλιογραφικά δεδομένα εκτιμάται ότι η εγκυμοσύνη από μόνη της δεν πρέπει να θεωρείται φτωχός προγνωστικός δείκτης για τον καρκίνο του μαστού (Stensheim et al, 2009; Halaska et al, 2009; Cardonick et al, 2010; Langer et al, 2014).

Η ακτινογραφία θώρακος θεωρείται ασφαλής κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, καθώς οι δόσεις της ακτινοβολίας που απαιτούνται για την εκτέλεσή της είναι μικρότερες από τα ανώτερα επιτρεπτά όρια, με αποτέλεσμα το έμβρυο να μην εκτίθεται σε σημαντικό κίνδυνο. Αντίθετα, η αξονική τομογραφία κατά κανόνα θα πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια της κύησης και οι πιθανές μεταστάσεις της νόσου θα πρέπει να διερευνώνται με το υπερηχογράφημα ή τη μαγνητική τομογραφία. Το γαδολίνιο ως σκιαγραφική ουσία συστήνεται να αποφεύγεται κατά την κύηση, δεδομένου ότι έχει την ικανότητα να διαπερνά τον πλακούντα και οι επιπτώσεις του στο αναπτυσσόμενο έμβρυο δεν είναι ακόμη γνωστές (Bellin et al, 2005).



Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εγκυμοσύνη για τις περιπτώσεις εκείνες που οι άλλες απεικονιστικές μη ιονίζουσες διαγνωστικές μέθοδοι δεν είναι ακριβείς, με σκοπό να αποφευχθεί η έκθεση του εμβρύου σε ιονίζουσα ακτινοβολία (Safety Committee of the Society guidelines for MRI) (Shellock and Kanal, 1991). Σε κάθε περίπτωση, η εκτέλεση μαγνητικής τομογραφίας θα πρέπει να αποφασίζεται με ιδιαίτερη προσοχή κυρίως στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, καθώς η επίδραση της εφαρμογής υψηλών μαγνητικών πεδίων στο έμβρυο δεν έχει ακόμα διευκρινισθεί πλήρως (Oto et al, 2007; Kalogerakos et al, 2013).

4. Συζήτηση

Ο καρκίνος του μαστού κατά τη διάρκεια της κύησης αποτελεί μια σπάνια, αλλά ταυτόχρονα υπαρκτή νοσολογική οντότητα την οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο σύγχρονος μαιευτήρας – γυναικολόγος σε συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων και μαιές – μαιευτές, σε ειδικά οργανωμένα κέντρα. Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στον μαζικό αδένα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης δυσχεραίνουν τη διάγνωση του καρκινώματος του μαστού. Τα κλινικά ευρήματα και ο απεικονιστικός έλεγχος συμβάλλουν καθοριστικά στη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου, ωστόσο η κλινική υποψία κακοήθειας επιβεβαιώνεται μόνο με την ιστολογική εξέταση της βλάβης.

Αναφορές

Abenhaim HA, Azoulay L, Holcroft CA, Bure LA, Assayag J, Benjamin A (2012). Incidence, risk factors, and obstetrical outcomes of women with breast cancer in pregnancy. *Breast J*; 18(6): 564 – 568.

Ahn BY, Kim HH, Moon WK, Pisano ED, Kim HS, Cha ES, et al (2003). Pregnancy and lactation – associated breast cancer: mammographic and sonographic findings. *J Ultrasound Med*; 22(5): 491 – 497.

Amant F, Deckers S, Van Calsteren K, Loibl S, Halaska M, Brepoels L, et al (2010). Breast cancer in pregnancy: recommendations of an international consensus meeting. *Eur J Cancer*.; 46(18): 3158 – 3168.

Ayyappan AP, Kulkarni S, Crystal P (2010). Pregnancy – associated breast cancer: spectrum of imaging appearances. *Br J Radiol*; 83(990): 529 – 534.

Aziz S, Pervez S, Khan S, Siddiqui T, Kayani N, Israr M, et al (2003). Case control study of novel prognostic markers and disease outcome in pregnancy/lactation – associated breast carcinoma. *Pathol Res Pract*; 199(1): 15 – 21.

Bae SY, Jung SP, Jung ES, Park SM, Lee SK, Yu JH, Lee JE, Kim SW, Nam SJ (2018). Clinical Characteristics and Prognosis of Pregnancy – Associated Breast Cancer: Poor Survival of Luminal B Subtype. *Oncology*. 2018 Jun 18: 1-7. doi: 10.1159/000488944. [Epub ahead of print]



Bellin MF, Webb JA, Van Der Molen AJ, Thomsen HS, Morcos SK; Members of Contrast Media Safety Committee of European Society of Urogenital Radiology (ESUR) (2005). Safety of MR liver specific contrast media. *Eur Radiol*; 15(8): 1607 – 1614.

Cardonick E, Dougherty R, Grana G, Gilmandyar D, Ghaffar S, Usmani A (2010). Breast cancer during pregnancy: maternal and fetal outcomes. *Cancer J*; 16(1): 76 – 82.

Dabrosin C (2015). An overview of pregnancy and fertility issues in breast cancer patients. *Ann Med.*; 47(8): 673 – 678.

Eedarapalli P, Jain S (2006). Breast cancer in pregnancy. *J Obstet Gynaecol*; 26(1): 1 – 4.

Eisenbrand MC, Wight E, Guth U, Zanetti – Dallenbach R (2008). Pregnancy – associated breast cancer. *Ther Umsch*; 65(4): 223 – 229.

Elledge RM, Ciocca DR, Langone G, McGuire WL (1993). Estrogen receptor, progesterone receptor and HER – 2/neu protein in breast cancer from pregnant patients. *Cancer*; 71(8): 2499 – 2506.

Halaska MJ, Pentheroudakis G, Strand P, Stankusova H, Chod J, Robova H, et al (2009). Presentation, management and outcome of 32 patients with pregnancy associated breast cancer: a matched controlled study. *Breast J*; 15(5): 461 – 467.

Halmesmäki E, Puistola U (2012). [Cancer diagnosed during pregnancy]. *Duodecim.*; 128(8): 875 – 881.

Hoellen F, Reibke R, Hornemann K, Thill M, Luedders DW, Kelling K, et al (2012). Cancer in pregnancy. Part I: basic diagnostic and therapeutic principles and treatment of gynecological malignancies. *Arch Gynecol Obstet*; 285(1): 195 – 205.

Johansson AL, Andersson TM, Hsieh CC, Cnattingius S, Dickman PW, Lambe M (2015). Family history and risk of pregnancy – associated breast cancer (PABC). *Breast Cancer Res Treat.*; 151(1): 209 – 217.

Kalogerakos K, Sofoudis C, Tzonis P, Koutsouradis P, Katsoulis G (2013). Breast cancer and pregnancy; overview of international bibliography. *J BUON.*; 18(2): 308 – 313.

Keinan – Boker L, Lerner – Geva L, Kaufman B, Meirow D (2008). Pregnancy – associated breast cancer. *Isr Med Assoc J*; 10(10): 722 – 727.

Langer A, Mohallem M, Stevens D, Rouzier R, Lerebours F, Chérel P (2014). A single – institution study of 117 pregnancy – associated breast cancers (PABC): Presentation, imaging, clinicopathological data and outcome. *Diagn Interv Imaging.*; 95(4):435 – 441.



Lee YY, Roberts CL, Dobbins T, Stavrou E, Black K, Morris J, et al (2012). Incidence and outcomes of pregnancy – associated breast cancer in Australia, 1994 – 2008: a population – based linkage study. *BJOG*; 119(13): 1572 – 1582.

Loibl S, von Minckwitz G, Gwyn K, Ellis P, Blohmer JU, Schlegelberger B, et al (2006). Breast carcinoma during pregnancy. International recommendations from an expert meeting. *Cancer*; 106(2): 237 – 246.

Loman N, Johannsson O, Kristoffersson U, Olsson H, Borg A (2001). Family history of breast and ovarian cancers and BRCA1 and BRCA2 mutations in a population-based series of early-onset breast cancer. *J Natl Cancer Inst*; 93(16): 1215 – 1223.

Matalon ST, Shochet GE, Drucker L, Lishner M (2015). [THE EFFECT OF PREGNANCY ON BREAST CANCER]. *Harefuah*.; 154(8): 530 – 4, 539.

Middleton LP, Amin M, Gwyn K, Theriault R, Sahin A (2003). Breast carcinoma in pregnant woman: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. *Cancer*; 98(5): 1055 – 1060.

Navrozoglou I, Vrekoussis T, Kontostolis E, Dousias V, Zervoudis S, Stathopoulos EN, et al (2008). Breast cancer during pregnancy: a mini – review. *Eur J Surg Oncol*; 34(8): 837 – 843.

Oto A, Ernst R, Jesse MK, Chaljub G, Saade G (2007). Magnetic resonance imaging of the chest, abdomen, and pelvis in the evaluation of pregnant patients with neoplasms. *Am J Perinatol*; 24(4): 243 – 250.

Oyama T, Koibuchi Y, McKee G (2004). Core needle biopsy (CNB) as a diagnostic method for breast lesions: comparison with fine needle aspiration cytology (FNA). *Breast Cancer*; 11(4): 339 – 342.

Pariyar J, Shrestha B, Rauniyar BP, Regmi SC, Shrestha J, Jha AK, et al (2012). Cancer with pregnancy in a cancer hospital. *J Nepal Health Res Council*; 10(22): 224 – 228.

Pavlidis NA (2002). Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist*; 7(4): 279 – 287.

Pereg D, Koren G, Lishner M (2008). Cancer in pregnancy: gaps, challenges and solutions. *Cancer Treat Rev*; 34(4): 302 – 312.

Rovera F, Chiappa C, Coglitore A, Baratelli GM, Fachinetti A, Marelli M, Frattini F, Lavazza M, Basciella L, Rausei S, Boni L, Corben AD, Dionigi G, Dionigi R (2013). Management of breast cancer during pregnancy. *Int J Surg*.;11 Suppl 1: S64 – 68.

Ruiz R, Herrero C, Strasser – Weippl K, Touya D, St Louis J, Bukowski A, Goss PE (2017). Epidemiology and pathophysiology of pregnancy – associated breast cancer: A review. *Breast*.; 35: 136 – 141.



Τόμος 01, Τεύχος 01, 4^η Περίοδος

DOI:

Samphao S, Wheeler AJ, Rafferty E, Michaelson JS, Specht MC, Gadd MA, et al (2009). Hughes KS, Smith BL. Diagnosis of breast cancer in women age 40 and younger: delays in diagnosis result from underuse of genetic testing and breast imaging. *Am J Surg*; 198(4): 538 – 543.

Shellock FG, Kanal E (1991). Policies, guidelines, and recommendations for MR imaging management. SMRI Safety Committee. *J Magn Reson Imaging safety and patient*; 1(1): 97 – 101.

Simoes E, Graf J, Sokolov AN, Grischke EM, Hartkopf AD, Hahn M, Weiss M, Abele H, Seeger H, Brucker SY (2018). Pregnancy – associated breast cancer: maternal breast cancer survival over 10 years and obstetrical outcome at a university centre of women's health. *Arch Gynecol Obstet*. 2018 Jun 21. doi: 10.1007/s00404-018-4822-5. [Epub ahead of print]

Stensheim H, Møller B, van Dijk T, Fosså SD (2009). Cause – specific survival for women diagnosed with cancer during pregnancy or lactation: a registry – based cohort study. *J Clin Oncol*; 27(1): 45 – 51.

Vashi R, Hooley R, Butler R, Geisel J, Philpotts L (2013). Breast imaging of the pregnant and lactating patient: imaging modalities and pregnancy-associated breast cancer. *AJR Am J Roentgenol.*; 200(2): 321 – 328.

Woo JC, Yu T, Hurd TC (2003). Breast cancer in pregnancy: a literature review. *Arch Surg*; 138(1): 91 – 98.

4η ΠΕΡΙΟΔΟΣ- ΤΟΜΟΣ 1 – ΤΕΥΧΟΣ

1 Ιανουάριος- Απρίλιος 2018

<http://ejournals.teiath.gr/index.php/eleutho>

Επιστημονικό και Επαγγελματικό Περιοδικό
Επίσημο Όργανο των Μαιών - Μαιευτών Ελλάδος