REVIEW ARTICLE

Effect of Hypnosis on Pregnancy and Delivery Outcomes: A Systematic Review

Roghaye-Khatoon Arab[1],
Mehdi PourAsghar Arabi[2],
Soghra Khani[3],
Mohammad Khademloo[4],
Zahra Rahmani[5],
Zoleikha Atarod[5],
Zeinab Nazari[6]

[1] MSc Student in Consultation in Midwifery, Student Research committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[2] Associate Professor, Department of Psychiatry, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[3] Associate Professor, Sexual and Reproductive Health Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[4] Associate Professor, Department of Community Medicine, Orthopedic Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[5] Assistant Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
[6] Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received July 1, 2019 ; Accepted November 16, 2020)

Abstract

Background and purpose: There are various factors affecting mother's feelings, pain, and excitement during pregnancy which play significant roles in making decision about terminating pregnancy and reducing its outcomes. This study aimed to systematically review the effect of hypnosis on pregnancy and childbirth outcomes.

Materials and methods: In this systematic review, we thoroughly searched Google Scholar, PubMed, Web of Science, Scientific Information Database (SID), Cochrane Library, Scopus, Magiran, Registry of Clinical Trial (IRCT), and ProQuest with no time limitations. After removing unrelated studies, 21 English articles were included. The quality of these articles was determined by Jadad Scale. Finally, 13 studies entered into our meta-analysis. To assess the heterogeneity, Q and I2 tests were used and STATA 11 was used for data analysis.

Results: According to the findings, the effects of hypnosis on pregnancy and delivery outcomes were classified into six categories as the following: hypnosis decreases the consumption of pain relief medicines (OR=0.21, CI95%: 0.12- 0.38, P<0.001), it does not decrease the consumption of oxytocin (P=0.880), it does not decrease the rate of Cesarean section (P=0.082), it leads to higher rates of natural vaginal delivery (OR=3.06, CI95%:1.75-5.32, P<0.001), it does not decrease the rate of preterm labor (P=0.051), and it does not increase neonatal Apgar score (P=0.27).

Conclusion: Hypnosis interventions can reduce the consumption of pain relief medicines, and also increase the rate of normal vaginal delivery.

Keywords: Cesarean, delivery, pregnancy, hypnosis, self- hypnosis, labor pain

J Mazandaran Univ Med Sci 2020; 30 (194): 156-170 (Persian).

*** Corresponding Author: Soghra Khani -** Sexual and Reproductive Health Research Center. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (E-mail: s.khani@mazums.ac.ir)

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

مـــروری

مجلـــه دانشـــگاه عـــلـــوم پـــزشـــکـــی مـــازنـــدران
دوره سی ام شماره 194 اسفند سال 1399 (170-156)

تأثیر هیپنوتیزم بر پیامد های بارداری و زایمان: یک مطالعه مروری سیستماتیک

رقیه خاتون عرب[1]
مهدی پوراصغر عربی[2]
صغری خانی[3]
محمد خادملو[4]
زهرا رحمانی[5]
ذلیخا عطارد[5]
زینب نظری[6]

چکیده

سابقه و هدف: عوامل مختلفی بر درد، احساسات و هیجانات مادر در دوران بارداری تاثیر دارند و این عوامـل، نقـش مهمی در تصمیم گیری روش ختم بارداری و کاهش عوارض بارداری دارند. مطالعه حاضر به‌صورت نظام‌منـد و بـه منظـور مروری بر تأثیر هیپنوتیزم بر پیامدهای بارداری و زایمان انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری سیستماتیک، پس از جستجوی مقالات، بدون محدودیت زمانی در پایگاه‌ها و بانـک هـای اطلاعـاتی Google Scholar، PubMed، Web of Science، Scientific Information Database (SID)، Cochrane Library، Scopus، Magiran، Registry of Clinical Trial (IRCT)، و ProQuest، و حـذف مـوارد غیـر مرتبط، کیفیت 21 مطالعه انگلیسی توسط Jadad مورد ارزیابی قرار گرفت. در نهایت 13 مطالعه وارد متـا آنـالیز شـد. بـرای بررسی هتروژنیسیته از آزمون کوکران Q و I^2، و جهت آنالیز از نرم‌افزار STATA.11 استفاده گردید.

یافته‌ها: جمع‌بندی یافته‌های مطالعات، منجر به تشکیل شش طبقه در مورد تـأثیر هیپنـوتیزم بـر پیامـدهای بـارداری شـد. ایـن موارد شامل، هیپنوتیزم موجب کـاهش مصـرف داروهـای کاهنـده درد مـی‌شـود (P<0/001، (0/38 - 0/12: $CI_{95\%}$)، OR=0/21)، هیپنوتیزم موجب‌کاهش مصرف اکسی‌توسین نمی‌شود(P=0/880)، هیپنوتیزم موجب‌کاهش زایمان سزارین نمـی‌شـود(P=0/082)، هیپنوتیزم موجب افزایش میزان زایمان طبیعی می‌شود (P<0/001، (5/32 - 1/75 : $CI_{95\%}$)، OR=3/06)، هیپنـوتیزم موجـب کـاهش میزان زایمان زودرس نمی‌شود (P=0/051) و هیپنوتیزم موجب افزایش نمره آپگار نوزاد نمی‌شود (P =0/27)، می‌باشد.

استنتاج: انجام هیپنوتیزم می‌تواند موجب کاهش مصـرف داروهـای کاهنـده درد زایمـان و همچنـین افـزایش زایمـان طبیعی گردد.

واژه های کلیدی: سزارین، زایمان، بارداری، هیپنوتیزم، خود هیپنوتیزمی، درد زایمان

مقدمه

یکـی از فرآینـدهای اجتمـاعی و عـاطفی قابـل توجه، بارداری، تولد و والد شدن است که عوامل درون فردی و بیرونی نقش مهمی در ایجاد ترس‌های زنان ایفـا می‌کننـد(1). علی‌رغـم فیـزیولوژیـک بـودن بـارداری و

مولف مسئول: صغری خانی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دانشکده پرستاری و مامایی نسیبه مازندران E-mail: s.khani@mazums.ac.ir
1. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
2. دانشیار، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات روان پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
3. دانشیار، گروه بهداشت باروری و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
4. دانشیار، گروه پزشکی علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
5. استادیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
6. دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
تاریخ دریافت : 1398/4/10 تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : 1398/8/5 تاریخ تصویب : 1399/8/26

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

زایمان، اغلب زنان از ترس شدید زایمان رنج می‌برند که موجب افزایش اضطراب، درد و رنج در طی دوران بارداری می‌شود و ممکن است توانایی فرد را تحت تأثیر قرار داده و عوارض جبران ناپذیری در بارداری و زایمان داشته باشد(2).

از پیامدهای ترس و اضطراب دوران بارداری می‌توان به مواردی مانند احتمال زایمان زودرس، افسردگی در بارداری و پس از زایمان، تمایل به ختم بارداری به روش سزارین، افزایش مصرف داروهای بی‌حسی و کاهش درد در طی مراحل زایمان و عوارض این پیامدها اشاره کرد(8-2). سزارین عوارض زیادی برای مادر و نوزاد به همراه دارد(10،9).

روش‌های مختلفی در درمان اضطراب وجود دارد که می‌توان به روش‌های تن آرامی، معنا درمانی، دارو درمانی، فیلم درمانی، مشاوره، روان درمانی، ذهن‌آگاهی اشاره کرد(12،11). یکی از روش‌های کاهش اضطراب، هیپنوتیزم می‌باشد(13). در هیپنوتیزم فرد هدایت می‌شود تا به پیشنهادات برای تغییر در تجربه ذهنی، تغییر در ادراک، احساسات، فکر یا رفتار پاسخ دهد. اگر فرد به پیشنهادات هیپنوتیزم پاسخ دهد، می‌توان نتیجه گرفت که هیپنوتیزم القا شده است(14). مطالعات حاضر در خصوص تاثیر هیپنوتیزم بر اضطراب، درد و نوع روش ختم بارداری متفاوت بوده است به گونه ای که در مطالعه‌ای در سال 2017، عدم تفاوت در نوع زایمان و احساس درد در مادران ذکر گردید و این در حالی است که در مطالعه‌ای دیگر، کاهش نیاز به بی‌حسی و کاهش اضطراب ذکر شده است(13،15-17). طبق جستجو در منابع در دسترس، مطالعه مرور سیستماتیک و متا آنالیز درباره این موضوع یافت نشد. با توجه به تناقضات در جستجوی اولیه به نظر می‌رسد جهت رفع ابهامات، نگارش مقاله مروری سیستماتیک کمک‌کننده باشد و با توجه به خلاء اطلاعاتی موجود در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف مروری سیستماتیک تاثیر هیپنوتیزم بر بارداری و پیامدهای زایمان انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مروری سیستماتیک، مصوب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاق (IR.MAZUMS.REC1398.5884)، کلیه اصول اخلاقی مرتبط با این مطالعه توسط نویسندگان مقاله اجرا شده است و جهت اجرای این مطالعه، مراحل ششگانه نظیر شناسایی سوال پژوهش، شیوه جستجو، استخراج و طبقه بندی داده ها، ارزیابی کیفیت مقالات، گزارش نتایج و در نهایت متاآنالیز، انجام شد.

شناسایی سوال پژوهش

جهت شناسایی سؤال پژوهش، PICO مطالعه مشخص و براساس آن سوال پژوهش به شرح ذیل طراحی شد.

Population: زنان باردار

Intervention: هیپنوتیزم

Comparison: عدم دریافت هیپنوتیزم

Outcome: پیامدهای بارداری (مانند: زایمان زودرس، روش ختم بارداری (واژینال یا سزارین)، مصرف داروهای بی‌حسی، مصرف اکسی‌توسین و پیامدهای نوزادی (آپگار)

سوال پژوهش: تاثیر هیپنوتیزم بر پیامدهای بارداری و زایمان چگونه است؟

شیوه جستجو

استخراج کلمات کلیدی

استراتژی جستجو به شرح ذیل بوده است و متناسب با هر پایگاه اطلاعاتی از کلمات کلیدی و به روش مخصوص آن پایگاه جستجو انجام شد.

(Hypnotism OR Hypnoses OR Hypnotherap* OR Mesmerism) AND ((pregnan* OR Gestation) OR (Deliver* OR Birth* OR Parturition* OR Childbirth* OR labor*) OR (Cesarean Section* OR C-Section* OR C Section* OR Postcesarean Section) OR (Anesthetic Drugs* OR Anesthetic Agents* OR Agents, Anesthetic* OR Effect, Anesthetic* OR Anesthetic Effects* OR Effects, Anesthetic) OR (Oxytocin* OR Syntocinon*

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

OR Pitocin) OR (Preterm delivery* OR Birth, Premature OR* Premature Births* OR Birth, Preterm* OR Births, Premature* OR Preterm Birth* OR Births, Preterm* OR Preterm Births* OR Labor, Premature Obstetric OR * Premature Labor OR * Preterm Labor* OR Labor, Preterm) OR (Score, Apgar*OR Apgar*)

جستجو در پایگاه های داده و ناشران موجود

جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی Google Scholar، PubMed، Web of Science، Scientific Information Database(SID)، Cochrane Library، Scopus، Magiran، Registry of Clinical Trial (IRCT)، و ProQuest، بـدون محـدودیت زمـانی و آخـرین بـه روز رسـانی در February 2020 انجـام شـد. بررسـی فهرسـت منـابع مقالات وارد شده نیز انجام گرفت.

استخراج و طبقه بندی داده ها

تمامی مطالعات مرتبط در طی جستجو سیستماتیک استخراج شد. پس از حذف مقـالات تکـراری، مقـالات غیر مرتبط از نظر عنوان و چکیده و متن کامل بررسی و حذف گردید. بررسی مقـالات توسـط دو پژوهشـگر بـه طور مستقل انجام شد. در صـورت اخـتلاف در انتخـاب مقالات، نفر سوم مقالات را مورد بررسی قرار داد.

معیارهای ورود و خروج

معیارهای ورود، شامل مقالاتی بودنـد کـه کارآزمـایی بالینی و نیمه تجربـی بـوده و اثـر هیپنـوتیزم در بـارداری ارزیابی شده باشد. مقالاتی که حجم نمونه ذکر و نتـایج مداخله بیان شده بود و همچنین متن کامـل انگلیسـی در دسـترس بـوده و دارای کیفیـت مطلـوبی (کسـب امتیـاز بالای 3 از مقیاس جداد) بودند، از دیگـر معیـار ورود بـه مطالعه بوده است.

معیارهای خروج، مقالاتی بودند که تاثیر هیپنـوتیزم بر پیامدهای غیر از بـارداری و زایمـان انجـام شـده بـود، کیفیت مقالات مطلوب نبود، مـتن کامـل موجـود نبـود، مطالعات موردی و یا بـه زبـان غیـر از انگلیسـی نگـارش شده بودند.

طبقه بندی داده ها

جهت طبقه‌بندی یافته‌های مطالعات وارد شده، ابتدا لیستی از تمامی یافته‌های مرتبط در مطالعات وارد شده که پاسخگوی سوال پژوهش بودند، تهیه شد. سـپس لیسـت مذکور بارها مطالعه شد و یافتـه‌هـا براسـاس مشـابهت بـا یکدیگر در یک طبقه و براساس تفـاوت از همـدیگر در طبقات متفاوت قرار گرفتنـد. در نهایـت عنـوان مناسـب برای هر طبقه انتخاب شد. پس از خوانـدن خلاصـه‌هـا و متن کامل مقاله‌هـای واجـد شـرایط، داده‌هـا از مقـالات استخراج شدند. داده‌های لازم برای هر مطالعه شامل نـام نویسـنده، سـال، مکـان، نـوع مطالعـه، نمـره ابـزار تعیـین کیفیت جداد، تعـداد نمونـه، روش نمونـه‌گیـری، تعـداد جلسات و زمان هر جلسه، دوره پیگیری و نتـایج آمـاری هر مطالعه طبقه بندی شدند و در متن مطالعه ذکر شد.

ارزیابی کیفیت مقالات

کیفیت مقالات با استفاده ازمقیاس جـداد (Jadad Score) مورد ارزیابی قرار گرفت. چک لیست مـورد اسـتفاده از یک مطالعه مروری سیستماتیک اتخاذ شـده اسـت. ایـن چک لیست از دو دسته عبارات مستقیم و غیرمستقیم تشـکیل شده است. مقیاس جداد شامل سه عبارت کلی مستقیم و هشت عبارت غیرمستقیم در ارتباط با کنترل تـورش (Bias) می‌باشد(18). مجموع امتیازها محاسبه شده و نمـرات سـه یا بیش‌تر، نشان‌دهنده کیفیت خوب مطالعـه بـود. تعـداد هفت مقاله براساس عبارت مستقیم و تعداد چهارده مقاله براساس عبارت غیرمستقیم از کیفیـت خـوبی برخـوردار بودند. نمرات جداد در جدول شماره 1 ثبت گردید.

گزارش نتایج

جهت گزارش یافته‌ها از متاآنالیز و جهـت طبقـه‌بنـدی داده‌هـا از روش آنـالیز محتـوا اسـتفاده شـد. مـرور و طبقه‌بندی مطالعات منجر به تشـکیل 6 طبقـه شـد. نتـایج

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

تست Egger نشان داد که تورش انتشار وجود نداشته است (P=0/188).

آنالیز

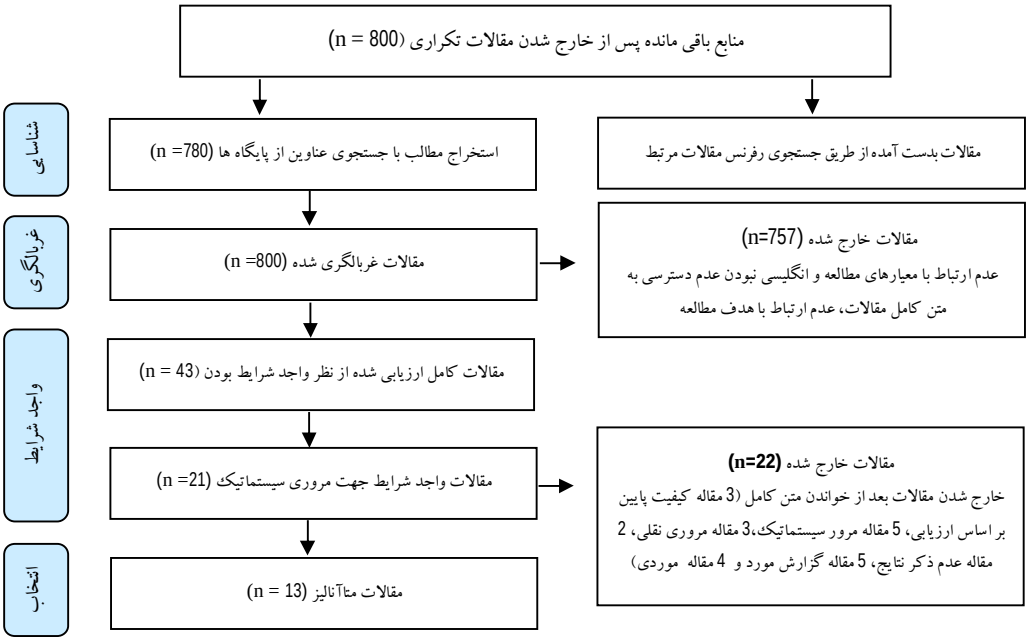
برای انجام آنالیز، داده‌های استخراج شده وارد نرم‌افزار STATA11 شدند. جهت هر یک از مطالعات یک جدول احتمالی 2 در 2 لحاظ شد. داده‌ها با استفاده از روش معکوس واریانس، وزن‌دهی و ترکیب شدند. برای مشخص شدن هتروژنیتی بین مطالعات اولیه از آزمون کوکران Q و I^2 استفاده شد. برآورد نسبت شانس هیپنوز و پیامدهای بارداری و داروها استفاده گردید. این برآورد نقطه‌ای با فاصله اطمینان 95 درصد در نمودار انباشت (FORSET PLOTS) محاسبه شد. وزن هر مطالعه ارزیابی و ثبت شد و در نهایت با استفاده از روش متارگرسیون اثرات متغیرهایی که به عنوان منابع احتمالی مظنون به ایجاد هتروژنیتی در مطالعه تعیین شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. آنالیز در زیرگروه نوع مطالعه انجام گرفت. همچنین تورش انتشار به منظور ارزیابی سوگیری انتشار انجام شد.

یافته ها

نتایج جستجو و توصیف مقالات

در انتهای جستجو 1080 مقاله به دست آمد که پس از حذف مقالات تکراری 280 مقاله و عدم تطابق با معیارهای مطالعه 500 مقاله و بعد از غربالگری عنوان و چکیده 257 مقاله از مطالعه خارج شدند. سپس متن کامل 43 مطالعه مورد بررسی قرارگرفت و پس از ارزیابی کیفیت مطالعات، تعداد 21 مقاله باقی ماند که وارد مطالعه شدند. در نهایت 13 مقاله وارد متاانالیز شد. در فلوچارت شماره 1 خلاصه ی از فرایند انتخاب مقالات ذکر شده است. از 21 مقاله، فقط در یک مطالعه هیچ یک از پیامدهای بارداری و زایمان معنی‌دار نبود(11).

مابقی مطالعات نتایج مثبتی را در پیامدهای بارداری و زایمان گزارش کردند (جدول شماره 1). زنان باردار از 16 هفته به بعد تحت هیپنوتیزم قرار گرفتند و تعداد جلسات متغیر بوده به طوری که از دو الی هشت جلسه گزارش گردید.



فلوچارت شماره 1: دیاگرام انتخاب مقالات

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول شماره 1: مشخصات مطالعات وارد شده به مطالعه ساختار یافته

نویسنده/ سال/ رفرنس	نوع مطالعه	مکان	نمره جداد	1- جمعیت هدف 2- تعداد نمونه در گروه مداخله 3- تعداد نمونه در گروه کنترل 4- روش نمونه گیری	1- تعداد جلسات 2- مدت زمان هر جلسه 3- دوره پیگیری 4- self Hypnosel	نتایج	سطح معنی داری OR ($CI_{95\%}$)
Werner/ 2013/ ((19))	*	دانمارک	10/5	1- در طی دوران بارداری 2- مداخله: 497 (مقایسه فعال: 495 نفر) 3- کنترل:230 4-تصادفی	1- سه جلسه 2- یک ساعته 3- ختم بارداری 4- بلی	-عدم تفاوت در بی حسی اپیدورال -عدم تفاوت در انجام کمتر سزارین درخواستی و اورژانسی -عدم تفاوت در کاهش درد زایمان -عدم تفاوت در کاهش مصرف	1/05 (0/75-1/50) P>0/05 P=0/07 P=0/25
Werner/ 2013/ (20)	*	دانمارک	10/5	1- زنان باردار 27 الی 30هفته 2- مداخله(1): نفر 497 - مداخله(2) 495نفر 3- کنترل: 230نفر 4-تصادفی سازی شده	1- سه جلسه هفتگی 2- یک ساعته آموزش خود هیپنوتیزمی و یک گروه سه جلسه یک ساعته اموزش مخلف آرامش و یک گروه کنترل 3- ختم بارداری و شش هفته پس از زایمان و شش ماه پس از زایمان 4- بلی	-انجام سزارین درخواستی و اورژانسی -استفاده از مهارت های آموزش دیده شده -عدم تفاوت در القاءزایمان -عدم تفاوت در مرحله دوم زایمان -عدم تفاوت در زایمان خود به خودی -عدم تفاوت در اپیزیوتومی -عدم تفاوت در مشکلات در شیردهی -عدم تفاوت در آپگار دقیقه 5	P=0/02 P<0/01 P=0/25 P>0/05 P=0/98 P=0/61 P=0/35 P=0/86
Beevi / 2017/ (16)	**	مالزی	7	1- زنان باردار در هفته های 16، 20، 28، 36 2- مداخله: 23 نفر 3- کنترل: 22 نفر 4- عدم تصادفی سازی	1- چهار جلسه 2-ذکر نشد 3- ختم بارداری و 24 ساعت پس از آن 4- بلی	-عدم تفاوت در احساس کاهش درد -کاهش مصرف پتدین -عدم تفاوت در مرحله دوم و سوم زایمان -عدم تفاوت در وزن واپگار نوزاد -عدم تفاوت در استفاده از زایمان ابزاری -عدم تفاوت در نوع زایمان	P=0/56 P=0/049 P=0/0611 و P=0/219 P=0/611 P=0/164 P=0/150
VandeVusse / 2007/ (21)	**	ایرلند	8/5	1- زنان باردار در ماهه سوم 2- مداخله: 50 نفر 3- کنترل: 51نفر 4- تصادفی سازی	1- پنج جلسه 2-ذکر نشد 3- زمان ختم بارداری 4- بلی	-استفاده کمتر از دارو های ارام بخش - درخواست کمتر بی حسی اپی دورال -افزایش اپگار نوزاد در دقیقه اول گروه هیپنوتیزم -عدم تفاوت در اپی زیوتومی و عدم تفاوت در پارگی خودبه‌خودی پرده ها -کاهش هزینه بیحسی و مقرون به صرفه بودن -عدم تفاوت در وزن نوزاد	P<0/001 P<0/001 P=0/15 P>0/05 P<0/05 P>0/05
Finlayson / 2015/ (22)	*	انگلستان	7	1- 32 هفته تا زایمان 2- مداخله: 343نفر 3- کنترل: 335نفر 4- تصادفی سازی شده	1- دو جلسه 2- 1/5 ساعته و cd 3- پس از زایمان و دو و شش هفته پس از زایمان (12ماه) 4- بلی	-افزایش اعتماد به نفس —افزایش آرامش -افزایش توانمندی پس از زایمان	P<0/05 P<0/05 P<0/05
Cyna / 2006/ (23)	**	استرالیا	6	1- بعد از 35 هفته 2- مداخله: 77 نفر 3- کنترل: 3249نفر 4- عدم تصادفی سازی	1- چهار جلسه 2- 40-60 دقیقه 3- ختم بارداری 4- بلی	-کاهش درخواست اپی دورال -کاهش تقویت درد های زایمانی	P<0/05 P<0/05
Groos / 1963/ (24)	**	آلمان	6/5	1 -زنان باردار از ماه 8 بارداری 2- مداخله: 200نفر 3- کنترل: 200نفر 4- عدم تصادفی سازی	1- هشت جلسه 2- هر جلسه 30الی 40دقیقه 3- زمان ختم بارداری و پست پارتوم 4-خیر	-کاهش طول زایمان -کاهش نیازبه داروی ارام‌بخش در طی لیبر و پس از زایمان -کاهش ناراحتی پستان	P<0/05
Cyna / 2013/ (25)	*	استرالیا	10	1- زنان باردار 34-39 هفته 2- مداخله(1): 154 نفر -مداخله(2): 143نفر 3- کنترل: 151نفر 4- تصادفی سازی شده	1- سه جلسه 2- در سه گروه گروه اول: هیپنوتیزم، گروه دوم: هیپنوتیزم و cd، گروه سوم: بدون مداخله 3- ختم بارداری (شش هفته و شش ماه پس از زایمان) 4- بلی	-عدم تفاوت در یحسی اپیدورال -تغلیه انحصاری شیرمادر درشش هفته اول در گروه کنترل -کاهش مصرف بی دردی در گروه یوگا و هیپنوتیزم -عدم تفاوت در آپگار دقیقه 5 -عدم تفاوت در تقویت درد های زایمانی -عدم تفاوت در سزارین -اثر پذیری بهتر در استفاده از پروستاگلندین در القای زایمان در گروه هیپنوتیزم	P=0/611 P<0/05 P=0/005 P=0/555 P=0/87 P=0/87 P=0/018
Beevi/ 2016/ (13)	**	مالزی	5	1- زنان باردار 36-16 هفته 2- مداخله: 28 نفر 3- کنترل: 28نفر 4- - عدم تصادفی سازی	1- چهار جلسه 2-ذکر نشد 3- هفته 36 بارداری 4- خیر	-کاهش استرس -کاهش اضطراب -عدم تاثیر بر افسردگی -عدم تفاوت در کاهش	P=0/037 P=0/002 P=0/371 P=0/052
Reinhard / 2009/ (26)	**	آلمان	7	1- زنان باردار پره ترم لیبر بین هفته 26 الی 34 2- مداخله: 64 نفر 3- کنترل: 2135نفر 4- - عدم تصادفی سازی	1- جلسه اول آموزش خود هیپنوتیزم 2- مدت 1/5ساعت و سپس در جلسه دوم CD خود هیپنوتیزمی 3- ختم بارداری 4- بلی	-کاهش زایمان پره ترم	P=0/01
Shah MC / 2011/ (27)	**	هند	8/5	1- زنان باردار پره ترم مبتلا به IUGR و اولیگو هیدرامنیوس 2- مداخله: 20 نفر 3- کنترل: 20نفر 4- تخصیص تصادفی	1- دو بار در هفته ماه اول و سپس هفتگی تا پایان زمان زایمان 2- هر جلسه 40 دقیقه 3- ختم بارداری 4-خیر	-افزایش وزن جنین -افزایش سن حاملگی -کاهش مصرف اکسی توسین -کاهش سزارین -زایمان خود به خودی	P=0/009 P=0/004 P=0/008 P=0/008 P=0/008
Pourasghar / 2019/ (15)	*	ایران	9	1- زنان باردار 27 الی 33هفته 2- مداخله: نفر 30 3- کنترل: 15نفر 4- تصادفی سازی شده	1- هشت جلسه 2- هر جلسه 50دقیقه 3- ختم بارداری 4-بلی	-کاهش احساس درد -کاهش اضطراب	P<0/00 P<0/00

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

Jenkins / 1993 / (28)	**	انگلیس	6	1-زنان باردار در طی لیبر 2-126 گروه مداخله و 300نفر گرویدیک 3-136نفر مداخله و 300نفر کنترل در گروه دوم زنان مولتی پارا 4-بدون تخصیص تصادفی	1-شش جلسه 2-هر جلسه نیم ساعت 3-ختم بارداری 4-خیر	-کاهش مرحله اول زایمان در زنان گرید 1 -درخواست کمتر بیحسی -مصرف کمتر پتدین	P<0/001 P<0/001 P<0/001
Werner / 2013 / (29)	*	دانمارک	10/5	1-زنان باردار 27 الی 30 هفته 2-مداخله(1):نفر 497،مداخله(2): 495نفر 3-کنترل: 230نفر 4-تصادفی سازی شده	1-سه جلسه هفتگی 2-یک ساعته اموزش خود هیپنوتیزمی و یک گروه سه جلسه یک ساعته اموزش مختلف ارامش ویک گروه کنترل 3-ختم بارداری و شش هفته پس از زامیان و شش ماه پس از زایمان 4-بلی	-عدم تفاوت درانجام سزارین درخواستی -عدم تفاوت درانجام سزارین اورژانسی -احساس بهتر از تجربه زایمانی -عدم تفاوت در ترس	P=0/06 P=0/08 P=0/01 P=0/12
Rock / 1969 / (30)	**	امریکا	8	1-زنان باردار بستری در بیمارستان جهت زایمان 2-مداخله: 18نفر 3-کنترل: 22نفر 4-تصادفی سازی شده	1-یک جلسه 2-سه الی یازده ساعت 3--ختم بارداری 4-خیر	-استفاده کمتر از بی‌حسی اپی دورال استفاده کمتر از بی‌حسی اپی دورال -احساس راحتی بیشتر در طی لیبر -احساس کمتر درد	P<0/05 P<0/05 P<0/01
Davidson / 1962 / (31)	**	انگلستان	6	1-زنان باردار 34هفته 2-مداخله(1): 70نفر هیپنوتیزم مداخله(2) :ریلکسیشن 3-کنترل: 70نفر 4-تخصیص غیر تصادفی	1-شش جلسه آموزش 2-ذکر نشد 3-ختم بارداری 4-بلی	-کاهش مرحله اول لیبر -کاهش درخواست بی حسی -کاهش اپی زیوتومی	P<0/01 P<0/01 P=0/10
Freeman/ 1986 / (32)	*	انگلستان	7	1-زنان باردار 32هفته 2-مداخله: 40 3-کنترل: 42نفر 4-تصادفی سازی شده	1-شش جلسه آموزش 2-ذکر نشد 3-ختم بارداری 4-بلی	-کاهش زایمان طبیعی با بی حسی اپی دورال -کاهش انجام بی حسی اپی‌دورال با هیپنوتیزم پذیری بالا ومتوسط -عدم تفاوت در احساس کاهش درد	P<0/01 P<0/01 P=0/08
Letts / 1993 / (33)	**	کانادا	6	1-زنان باردار 32-36 هفته 2-مداخله: 87 3-کنترل: 56نفر 4-تخصیص غیر تصادفی	1- دو جلسه 2- 90دقیقه 3- ختم بارداری 4-بلی	-کاهش اپی زیوتومی -کاهش بی حسی اپی دورال	P<0/01 P<0/05
Mehl-Madrona / 2004 / (17)	*	امریکا	9/5	1-سه ماهه اول و دوم بارداری 2-مداخله: 520 3-کنترل: 520نفر 4-تصادفی سازی شده	1-سه جلسه 2-یک ساعت 3-ختم بارداری 4-خیر	-کاهش بی حسی اپیدورال -کاهش اضطراب -کاهش افسردگی	P<0/05 P=0/05 P=0/05
Brann/ 1987 / (34)	**	کانادا	5	1-28 هفته به بعد 2-مداخله: 45 3-کنترل: 51نفر 4-تخصیص غیر تصادفی	1-چهار جلسه 2-ذکر نشد 3-ختم بارداری و پس از زایمان 4-خیر	-کاهش درخواست بی حسی -کاهش طول مرحله اول زایمان -افزایش شیردهی -رضایت از زایمان	P<0/05 P<0/05 P<0/05 P<0/05
Downe/ 2015 / (35)	*	انگلیس	10	1-32-28هفته بارداری 2-مداخله: 337 3-کنترل: 335 نفر 4--تصادفی سازی شده	1-دو جلسه 2-90دقیقه 3-2 الی 6هفته پس از تولد 4-بلی	-عدم تفاوت در استفاده از بی حسی اپی دورال	P>0/05

*: کارآزمایی بالینی تصادفی سازی شده ، **: مطالعه نیمه تجربی

نتایج متاآنالیز در هر طبقه به شرح ذیل می‌باشد:

طبقه اول: تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف داروهای آرام بخش

جهت تحقق هدف مطالعه، 13 مطالعه وارد متاآنالیز شدند که از بین آن‌ها در شش مطالعه مشخص شد که هیپنوتیزم بر مصرف داروهای آرام بخش تاثیر ندارد و در 10 مطالعه هیپنوتیزم سبب کاهش میزان مصرف داروهای آرام بخش شده بود (OR=0/21، $CI_{95\%}$: 0/21-0/38). به‌طور کلی مشخص شد هیپنوتیزم 79 درصد سبب کاهش میزان مصرف داروهای آرام بخش می‌شود (تصویر شماره 1).

طبقه دوم: تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف اکسی توسین

تعداد 6 مطالعه جهت دستیابی به این هدف، که تعیین تاثیر هیپنوتیزم بر میزان مصرف اکسی‌توسین بوده است، وارد متاآنالیز گردید. از بین آن‌ها 5 مطالعه نشان داد که هیپنوتیزم تاثیری بر میزان مصرف اکسی توسین نداشته است و تنها در یک مطالعه هیپنوتیزم سبب کاهش مصرف اکسی‌توسین شده بود. به‌طور کلی هیپنوتیزم بر میزان مصرف اکسی‌توسین در زایمان تاثیر نداشت (OR=0/86، $CI_{95\%}$: 0/62-1/20، P=0/880) (تصویر شماره 2).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

طبقه سوم: تاثیر هیپنوتیزم بر زایمان سزارین

جهت تحقق ایـن هـدف، 11 مطالعـه وارد متاآنـالیز گردید. ازمیان این مطالعات، تعداد 8 مطالعه نشان دادنـد کـه هیپنوتیزم بر میزان زایمان سزارین تـاثیر نـدارد، در 2 مطالعـه نشان داده شد که هیپنوتیزم سبب افزایش سزارین می گـردد و تنها یک مطالعه نشان داد که هیپنـوتیزم سـبب کـاهش میزان زایمان سزارین می‌شود. به‌طـورکلی متآنـالیز نشـان داد که هیپنوتیزم بر میـزان زایمـان سـزارین تـاثیر نـدارد (P=0/082، $CI_{95\%}$:0/58-1/46، OR=0/92) (تصویرشماره3).

طبقه چهارم: تاثیر هیپنوتیزم بر زایمان طبیعی

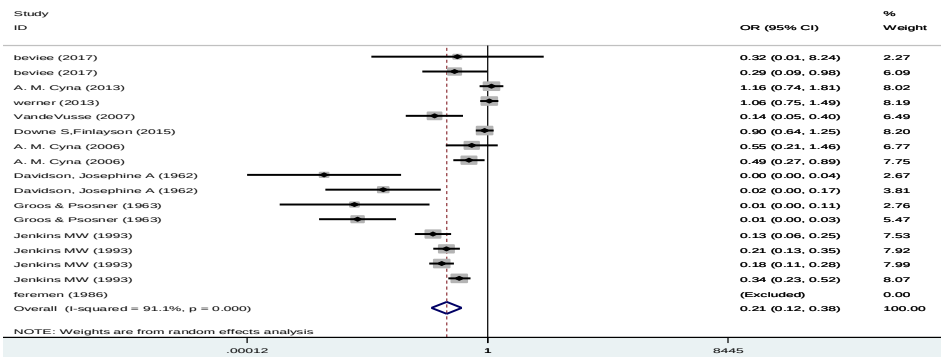
جهت تحقـق ایـن هـدف 10 مطالعـه وارد متاآنـالیز شدند که از بین آن‌ها، در شش مطالعه نشان داده شد کـه هیپنوتیزم بر میزان زایمـان طبیعـی تـاثیری نـدارد و در 4 مطالعه نشان داده شد که هیپنوتیزم سبب افزایش زایمـان طبیعـــی مـــی‌شـــود (P<0/001، (1/75-5/32: $CI_{95\%}$، OR=3/06). به‌طور کلی متاآنالیز نشان داد که هیپنوتیزم سبب افزایش زایمان طبیعی می شود (تصویر شماره 4).

طبقه پنجم: تاثیر هیپنوتیزم بر زایمان زودرس

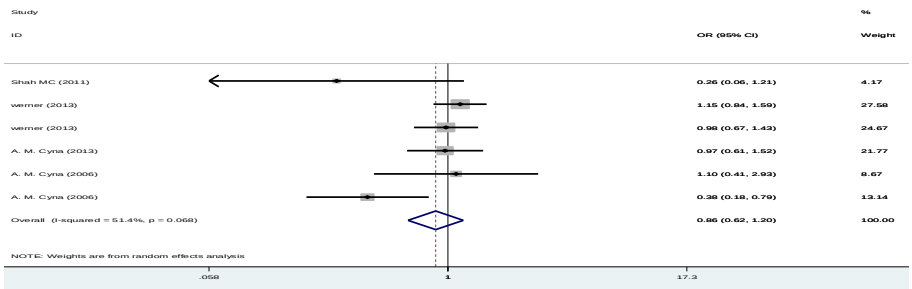
جهـت تحقـق ایـن هـدف 3 مطالعـه وارد متاآنـالیز گردید. از میـان ایـن مطالعـات، 2 مطالعـه نشـان داد کـه هیپنوتیزم بر زایمان زودرس تاثیر ندارد و در یک مطالعه نشان داده شد که هیپنوتیزم بـر کـاهش زایمـان زودرس تـاثیر دارد. بـه طـور کلـی نتـایج متاآنـالیز نشـان داد کـه هیپنوتیزم سبب کاهش میزان زایمـان زودرس نمـی‌شـود (P=0/051، (0/15-1/31 : $CI_{95\%}$، OR=0/44 (تصـــویر شماره 5).

طبقه ششم: تاثیر هیپنوتیزم بر نمره آپگار نوزاد

جهـت تحقـق ایـن هـدف 3 مطالعـه وارد متاآنـالیز گردید که از این میان در دو مطالعـه نشـان داده شـد کـه هیپنوتیزم بر آپگار نـوزاد تـاثیری نـدارد و یـک مطالعـه نشان داد که هیپنوتیزم سـبب کـاهش آپگـار نـوزاد مـی شود. به طور کلـی متاآنـالیز نشـان داد کـه هیپنـوتیزم بـر آپگـار نـوزاد تـاثیری نـدارد (P =0/27، (0/10-1/42 : $CI_{95\%}$، OR=0/37) (تصویر شماره 6).

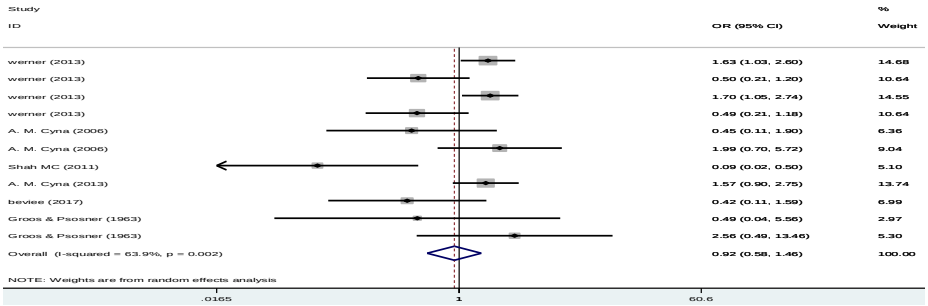


تصویر شماره 1: تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف دارو های آرام بخش با فاصله اطمینان 95 درصد

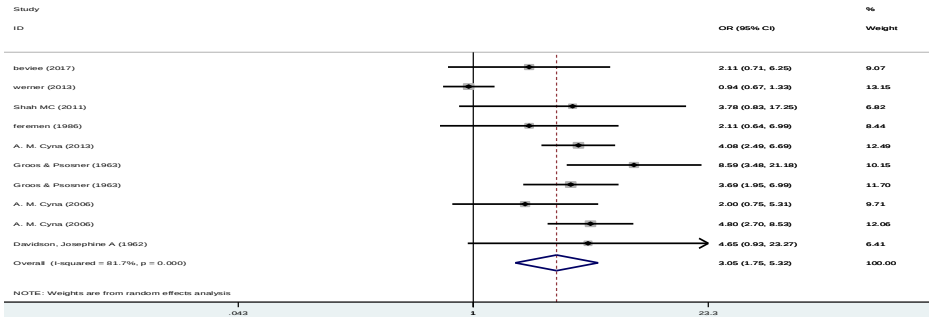


تصویر شماره 2: تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف اکسی توسین با فاصله اطمینان 95 درصد

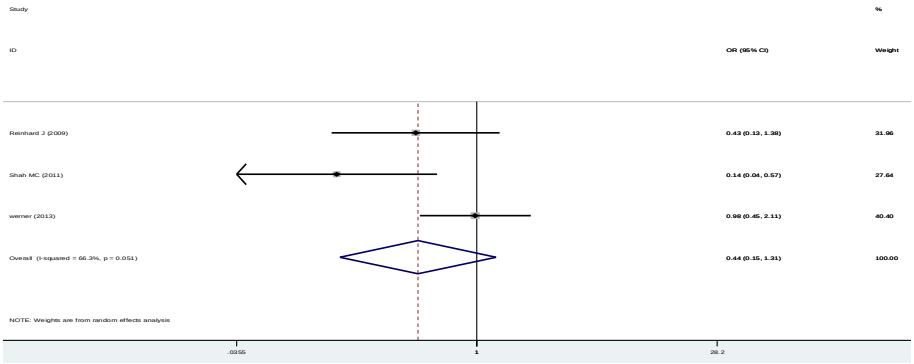
[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]



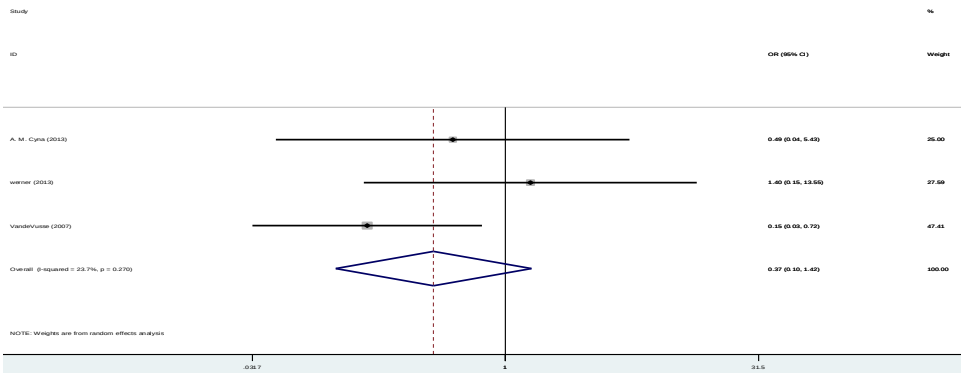
تصویر شماره 3: تاثیر هیپنوتیزم بر سزارین با فاصله اطمینان 95 درصد



تصویر شماره 4: تاثیر هیپنوتیزم بر زایمان طبیعی با فاصله اطمینان 95 درصد



تصویر شماره 5: تاثیر هیپنوتیزم بر زایمان زودرس با فاصله اطمینان 95 درصد



تصویر شماره 6: تاثیر هیپنوتیزم بر آپگار نوزاد با فاصله اطمینان 95 درصد

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

بحث

این مطالعه با هـدف تـأثیر هیپنـوتیزم بـر پیامـدهای بارداری و زایمان انجام شد و تجزیه و تحلیل‌ها نشان داد که هیپنوتیزم سبب کاهش میزان مصرف داروهـای آرام بخش و سبب افزایش زایمان طبیعی شده است.

جامعه پزشکی بریتانیـا در سـال 1995 توصـیه نمـود هیپنوتیزم در دانشکده‌های پزشکی آموزش داده شـود و انجمن روانپزشکان آمریکا در سال 1958 به‌طـور رسـمی بی‌خطر بودن و کـارآیی هیپنـوتیزم را تاییـد نمودنـد. در سـال 1368 انجمـن علمـی هیپنـوتیزم بـا اخـذ مجـوز از وزارت کشـور تاسـیس گردیـد و در سـال 1380 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه بـه اساسـنامه انجمن علمی، هیپنوتیزم بالینی را در حیطه امور پزشـکی تایید و پروانه فعالیت آن را صادر نمود(36). هدف انجـام هیپنوتیزم، کاهش درد بیمـار، افـزایش احسـاس راحتـی بیمار، افزایش توانـایی در نادیـده گـرفتن درد، منحـرف کردن ذهن بیمار از یک موضـوع بـه موضـوع دیگـر بـه طور مثال انتقال حس درد به بی‌حسی می‌باشد(37). تمـام انواع هیپنوتیزم در واقع خود هیپنوتیزم هستند و می‌تـوان آن را به‌صورتی آموزش داد که فرد بر ظرفیت هیپنوتیزمی خویش مسلط شود و این امر کمک می‌کند تا برخـی از استراتژی های درمـانی را در خـویش تقویـت کنـد(38). خود هیپنوتیزمی موجب افزایش اعتمـاد بـه نفـس مـادر، توانمندسازی و آرامش مادر و در نهایت موجب کـاهش درد های زایمان می‌شود(22،23).

در دو گزارش مورد منتشر شده از عارضه هیپنوتیزم در ارتباط با زایمان، یک مورد فرد قبل از زایمـان دچـار مشکلات روان پریشی بوده و در طی تمرینات معتقد بود که مورد حمله قرار گرفته است و دیگری نیز مربـوط بـه اضطراب قابل درمـان پـس از زایمـان بـود و فـرد دچـار رفتار وسواسی شده و بعد از یک جلسه تمرین هیپنوتیزم بهبود یافت(39،40). در صورت وجود افسـردگی شـدید، افکار خودکشی و یا آسیب رساندن، وجود تشنج کنترل نشـده، وجـود شخصـیت پارانوییـد و ضـد اجتمـاعی و سایکوز، انجام هیپنوتیزم ممنوع است(41). مطالعه حاضر با هدف تاثیر هیپنوتیزم بر پیامـدهای بـارداری و زایمـان انجام گرفت که پس از بررسی‌های انجـام شـده در ایـن مطالعه، مرور یافته‌های مطالعات، منجر بـه تشـکیل شـش طبقه شد و این طبقات به طـور جداگانـه در ذیـل بحـث شده است.

طبقه اول -تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف دارو های آرام بخش

یافته‌هـای مطالعـه نشـان داد کـه هیپنـوتیزم موجـب کـاهش مصـرف داروهـای آرام بخـش مـی‌شـود. اکثـر مادران در حین زایمان استفاده از دارو هـای ضـد درد و روش های بی دردی را درخواست می کننـد کـه منجـر به عوارض دارویی، بیهوشی و اثرات نامطلوب بر مادر و نوزاد مـی‌گـردد(16). انجـام هیپنـوتیزم موجـب افـزایش آرام‌سازی می‌شود که این امر موجب افزایش امواج تتـا و پذیرش بهتر تلقینـات و تقویـت اثـر هیپنـوتیزم و آزاد شدن اندورفین می‌شود و بدین‌ترتیب هیپنـوتیزم بـر روی شدت، مدت و فرکانس درد تاثیر می‌گـذارد و احسـاس درد کاهش می‌یابد(9). هیپنوتیزم روی قشـر قـدامی مغـز تاثیر دارد و این قسمت درگیر پردازش پاسخ‌هـای عـاطفی منفی درک شده است(42). همچنین هیپنوتیزم با سرکوب فعالیت‌های عصـبی بـین قشـر حسـی و سیسـتم لیمبیـک آمیگدال حس‌هایی مانند درد را مهار می‌کنـد و موجـب کاهش درد احساس شده در طی زایمان می‌شود(23،30). زنان باردار تمایل کم‌تری به مصرف پتـدین در صـورت انجام هیپنوز دارنـد(16،28). در مطالعـات Gross در سـال 1963 و VandeVusse در سـال 2007 کـاهش نیـاز بـه داروهای آرام بخش در طی لیبر و پس از زایمان در اثـر هیپنوز گزارش شد(21،24). در مطالعات متعددی کـاهش نیاز به بی حسی اپیدورال در موارد اسـتفاده از هیپنـوتیزم ذکر شده اسـت(17،21،23،25،28،34-30). در مطالعـه werner و Finlayson، عدم معنی‌داری کاهش بی‌حسی اپی‌دورال مشـاهده شـد(19،22). در مطالعـه Cyna (2013)، عـدم تفاوت در بی‌حسی اپیدورال و کاهش مصرف بی‌حسـی

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

در گروه یوگا و اثرپذیری بهتر افرادی که پروستاگلندین استفاده می کردند و هیپنوتیزم شدند مشاهده شد(25). در مطالعه werner عدم تفاوت در تقویت دردهای زایمانی ذکر شد(14). براساس مطالعات ذکر شده نتایج متناقضی به‌دست آمده است و مشخص گردیدکه دربرخی مطالعات، هیپنوتیزم اثرات مثبتی در کاهش نیاز به داروهای بی حسی داشته است در حالی که برخی تاثیر مثبتی را نشان نداده‌اند که می‌توان این تفاوت را به تفاوت در طول مدت مداخله، تفاوت در میزان توانایی فرد انجام دهنده مداخله یا هیپنوتیز و تفاوت در میزان علاقه‌مندی و مشارکت زنان باردار در مداخله نسبت داد.

طبقه دوم: تاثیر هیپنوتیزم بر مصرف اکس توسین

نتایج مطالعه متاآنالیز حاصل نشان می‌دهد که هیپنوتیزم موجب کاهش مصرف اکسی‌توسین نشده است. در مطالعه Shah، کاهش مصرف اکسی توسین گزارش شد(27). در مطالعات Cyna و Werner، هیپنوز منجر به کاهش مصرف اکسی‌توسین نشد(25،19). در مطالعه Cyna (2006)، کاهش مصرف اکسی‌توسین در زنان نولی پار و عدم تفاوت در مصرف اکسی‌توسین در زنان مولتی‌پار ذکر شد(23). نتایج نشان داد که در اکثر مطالعات انجام شده در این زمینه، هیپنوتیزم منجر به کاهش نیاز به مصرف اکسی‌توسین نشده است، با این حال تفاوت در نتایج مطالعات را می‌توان به پیشرفت ناکارآمد لیبر در برخی زنان تحت هیپنوتیزم نسبت داد که منجر به ضرورت استفاده از اکسی توسین گردید. همچنین طولانی شدن روند لیبر در برخی زنان تحت درمان با هیپنوز را نیز می‌توان عاملی برای نیاز به مصرف اکسی‌توسین دانست.

طبقه سوم: تاثیر هیپنوز بر سزارین

نتایج مطالعه متاآنالیز حاضر نشان می دهد که هیپنوتیزم موجب کاهش میزان زایمان سزارین نشده است. مطالعات مختلف عواملی از قبیل ترس از درد زایمان، ترس از زایمان، نگرش نسبت به زایمان، تجربیات زایمانی، فاجعه سازی درد، سابقه سزارین قبلی را از جمله عوامل تاثیرگذار بر انتخاب این نوع روش زایمانی عنوان کرده‌اند(43). ارتباط مثبت بین استرس عاطفی و افزایش انقباضات رحمی (فرکانس و/یا شدت) در زنان باردار وجود دارد که این استرس عاطفی باعث افزایش هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین (CRH) شده و در نتیجه باعث آزاد شدن پروستاگلاندین‌ها می‌شود که در نهایت باعث انقباض رحم می‌گردد. در طی انجام هیپنوتیزم با حفظ تلقینات مثبت در جهت کاهش استرس و اضطراب فرد و از بین رفتن این چرخه موجب کاهش شدت انقباضات رحمی می‌شود(44). در مطالعه Werner، عدم تفاوت در سزارین درخواستی و سزارین اورژانسی مشاهده شد و در مطالعات دیگر، کاهش انجام سزارین درخواستی و اورژانسی ذکر شد(19،20،27). در مطالعه Cyna (2013)، عدم تفاوت در میزان سزارین مشاهده شد(25). با توجه به بیش‌تر بودن عوارض سزارین نسبت به زایمان واژینال و نیز خوشایندسازی زایمان توسط کاهش طول مدت این مراحل و بهتر بودن کیفیت زندگی زنان پس از زایمان واژینال نسبت به سزارین اهمیت اندیکاسیون هیپنوتیزم در این موارد آشکار می‌شود(45-48). ولی با توجه به چند عاملی بودن سزارین، به نظر می رسد توقع کاهش میزان آن با ترویج هیپنوتیزم برای کاهش نوع زایمان، بیش از حد انتظار است(46).

طبقه چهارم: تاثیر هیپنوز بر زایمان طبیعی

نتایج مطالعه متاآنالیز حاضر نشان می دهد که هیپنوتیزم موجب افزایش زایمان طبیعی شده است. در مطالعه Beevi (2017) و Cyna (2013)، عدم تفاوت در نوع زایمان ذکر شده است در حالی که در مطالعه Shah (2011)، افزایش زایمان طبیعی به دنبال هیپنوز گزارش شده است(16،25،27). این یافته را می‌توان این گونه توضیح داد که هیپنوتیزم منجر به افزایش سطوح آرام‌سازی در

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

زنان باردار، توانمندسازی آن‌ها در مدیریت درد و در نتیجه افزایش زایمان طبیعی می‌شود.

طبقه پنجم: تاثیر هیپنوز بر زایمان زودرس

مطالعه متا انالیز حاضر نشان می‌دهد که هیپنوتیزم موجب کاهش زایمان زودرس نشده است. در مطالعه Reinhard (2009)، هیپنوز منجر به افزایش طول بارداری شده است(26). در مطالعه Shah (2011)، افزایش حرکت جنین و کاهش آسفکسی، افزایش سن حاملگی بیان شده است، در حالی که در مطالعه Werner (2013)، هیپنوتیزم منجر به کاهش زایمان زودرس نشده است(20،27). تفاوت در نتایج را می‌توان به تاثیر عوامل مداخله گر دیگر که در ایجاد زایمان زودرس دخیل و غیر قابل پیش‌بینی و غیرقابل پیشگیری هستند، نظیر عوامل ایاتروژنیک نسبت داد.

طبقه ششم: تاثیر هیپنور بر آپگار نوزاد

مطالعه متاآنالیز حاضر نشان می‌دهد که هیپنوتیزم موجب افزایش آپگار نوزاد نشده است. مطالعه‌ای در سال 2007 توسط VandeVusse و همکاران نشان داد که کلاس‌های آمادگی قبل زایمان با هیپنوتیزم در مقایسه با گروه کنترل، هیپنوتیزم منجر به افزایش نمره آپگار در دقیقه اول گردید(21).در مطالعه Cyna (2013)، عدم تاثیر هیپنوز بر آپگار و عوارض جنینی ذکر شد(25). در مطالعه Beevi (2017) و Werner (2013)، عدم تاثیر هیپنوز بر افزایش آپگار دقیقه 5 و وزن گزارش شد(20،16). عدم تاثیر هیپنوز بر آپگار دقیقه 5 نوزاد را می‌توان به حوادث پیش‌بینی نشده حین لیبر، زایمان و پیامدهای نوزادی نسبت داد.

هیپنوتیزم سبب کاهش مصرف داروهای آرام بخش و همچنین موجب افزایش زایمان طبیعی می‌شود. درخصوص تاثیر هیپنوز بر سزارین انتخابی، زایمان زودرس وآپگار نوزاد نیاز به مطالعات مداخله‌ای بیشتری می‌باشد.

سپاسگزاری

از معاونت محترم تحقیقات و فناوری و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، به منظور حمایت مالی از این مطالعه تقدیر و تشکر به عمل می‌آید.

References

1. Salmela-Aro K, Read S, Rouhe H, Halmesmäki E, Toivanen RM, Tokola MI, et al. Promoting positive motherhood among nulliparous pregnant women with an intense fear of childbirth: RCT intervention. Journal of Health Psychology 2012; 17(4): 520-534.
2. Sjögren B. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 1997; 18(4): 266-272.
3. Ryding EL. Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. Acta Obstet Gynecol Scand 1993; 72(4): 280-285.
4. Dadipoor S, Madani A, Alavi A, Roozbeh N, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. Journal of Obstetrin Gynecology and Infertility 2016; 19(27): 8-17 (Persian).
5. Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. Gynecol Obstet Invest 1982; 13(2): 98-107.
6. Howarth AM, Swain N, Treharne GJ. Taking personal responsibility for well-being increases birth satisfaction of first time mothers. J Health Psychol 2011; 16(8): 1221-1230.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

7. Adams J, Frawley J, Steel A, Broom A, Sibbritt D. Use of pharmacological and non-pharmacological labour pain management techniques and their relationship to maternal and infant birth outcomes: examination of a nationally representative sample of 1835 pregnant women. Midwifery 2015; 31(4): 458-463.
8. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine 2007; 4(4): 409-417.
9. Janbabaee G, Agah R, Khani S, Nezammahalleh A, Fallah M. terend of cesaran section and natural child brith in gavernmental and private hospital during 2007-2014 and its 2021 forecast in mazandaran provinice, Iran. J Mazand Univ Med Sci 2016; 25(134): 1-11 (Persian).
10. Moghadami N, Aminikhah B, Tanha, Davari F. The effect of maternal body mass index on spontaneous versus induced preterm birth: a prospective study. Journal of Tehran University Medical 2009; 67(3): 221-225.
11. Karamoozian M, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxietyquestionnaire. J Clin Nurs Midwifery 2016; 5(4): 22-34 (Persian).
12. Sharifi- Shaki Sh AM, Alipor A, Fahimi-Far A, Taghadosi M, Karimi R, Nadjafi M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anxiety and meta-worry in women with recurrent miscarriages. Kashan University of Medical Sciences 2015; 19(4): 334-340 (Persian).
13. Beevi Z, Low WY, Hassan J. Impact of Hypnosis Intervention in Alleviating Psychological and Physical Symptoms During Pregnancy. The American Journal of Clinical Hypnosis 2016; 58(4): 368-382.
14. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Nohr EA. Effect of self□hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. Acta obstet Gynecol Scand 2013; 92(7): 816-823.
15. Sahour A, Fakhri MK, Pourasghar M. Investigating the Effect of Hypnotherapy on Reducing Anxiety and Pain during Labor. Journal of BRAIN Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience 2019; 10(3): 25-33.
16. Beevi Z, Low WY, Hassan J. The Effectiveness of Hypnosis Intervention for Labor: An Experimental Study. American Journal of Clinical Hypnosis 2017; 60(2): 172-191.
17. Mehl-Madrona LE. Hypnosis to facilitate uncomplicated birth. American Journal of Clinical Hypnosis 2004; 46(4): 299-312.
18. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJM, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? Controlled Clinical Trials 1996; 17(1): 1-12.
19. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Rosen G, Nohr E. Self□hypnosis for coping with labour pain: a randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2013; 120(3): 346-453.
20. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Nohr EA. Effect of self□hypnosis on duration of labor and maternal and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 2013; 92(7): 816-823.
21. VandeVusse L, Irland J, Berner MA, Fuller S, Adams D. Hypnosis for childbirth: A

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. American Journal of Clinical Hypnosis 2007; 50(2): 109-119.

22. Finlayson K, Downe S, Hinder S, Carr H, Spiby H, Whorwell P. Unexpected consequences: women's experiences of a self-hypnosis intervention to help with pain relief during labour. BMC Pregnancy and Childbirth 2015; 15(1): 229.
23. Cyna A, Andrew M, McAuliffe G. Antenatal self-hypnosis for labour and childbirth: a pilot study. Anaesthesia and Intensive Care 2006; 34(4): 464-470.
24. Gross HN, Posner NA. An evaluation of hypnosis for obstetric delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology 1963; 87(7): 912-920.
25. Cyna A, Crowther C, Robinson J, Andrew M, Antoniou G, Baghurst P. Hypnosis antenatal training for childbirth: a randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 2013; 120(10): 1248-1259.
26. Reinhard J, Huesken□Janßen H, Hatzmann H, Schiermeier S. Preterm labour and clinical hypnosis. Contemporary Hypnosis 2009; 26(4): 187-193.
27. Shah MC, Thakkar SH, Vyas RB. Hypnosis in pregnancy with intrauterine growth restriction and oligohydramnios: An innovative approach. American Journal of Clinical Hypnosis 2011; 54(2): 116-123.
28. Jenkins MW, Pritchard M. Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 1993; 100(3): 221-226.
29. Werner A, Uldbjerg N, Zachariae R, Wu CS, Nohr EA. Antenatal hypnosis training and childbirth experience: a randomized controlled trial. Birth 2013; 40(4): 272-280.
30. Rock NL, Shipley TE, Campbell C. Hypnosis with untrained, nonvolunteer patients in labor. Int J Clin Exp Hypn 1969; 17(1): 25-36.
31. Davidson JA. An assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labour. British Medical Journal 1962; 2(5310): 951-953.
32. Freeman R, Macaulay A, Eve L, Chamberlain G, Bhat A. Randomised trial of self hypnosis for analgesia in labour. British Medical Journal 1986; 292(6521): 657-258.
33. Letts, Pamela J, Baker PR, Ruderman J, Kennedy K. The use of hypnosis in labor and delivery: a preliminary study. Journal of Women's Health 1993; 2(4): 335-341.
34. Brann LR, Guzvica SA. Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use: a feasibility study in general practice. JR Coll Gen Pract 1987; 37(303): 437-440.
35. Downe S, Finlayson K, Melvin C, Spiby H, Ali S, Diggle P, et al. Self-hypnosis for intrapartum pain management in pregnant nulliparous women: a randomised controlled trial of clinical effectiveness. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2015; 122(9): 1226-1234.
36. Hypnosis Issoc. History of Hypnosis Iran 2015 Available from: http://issch.ir/index.php/2016-01-18-09-02-54/2016-01-18-09-41-31 Accessed may19, 2019.
37. Erickson MH, Rossi EL. Two level communication and the microdynamics of trance and suggestion. American Journal of Clinical Hypnosis 1976; 18(3): 153-171.
38. Hammod CD. Hypnotic Inductions Suggestion. 1th ed. Tarava; 2009, 1-100.
39. Werner WE, Schauble PG, Knudson MS. An argument for the revival of hypnosis in

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]

obstetrics. Am J Clin Hypn 1982; 24(3): 149-171.

40. Cyna AM. A post-partum complication of hypnosis for analgesia during labour. Aus J Clin Exp Hypn 2003; 31(2): 185-190.
41. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: By Benjamin J. Sadock HIK, Virginia A. Sadoc. Behavioral Sciences/clinical.11ed. argmand; 2015, 701-707.
42. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C, DelFiore G, Luxen A, Franck G, et al. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology 2000; 92(5): 1257-1267
43. Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmaki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2009; 116(1): 67-73.
44. Legrand F, Grevin-Laroche C, Josse E, Polidori G, Quinart H, Taiar R. Effects of hypnosis during pregnancy: A psychophysiological study on maternal stress. Medical Hypotheses 2017; 102: 123-127.
45. Safari Moradabadi A, Hassani L, Ghanbarnejad A, Madani A, Rajaei IM, Dadipoor S. The effect of education on knowledge and preferred method of delivery in nulliparous women. J Health Care 2014; 16(1): 74-83 (Persian).
46. Khani S,Shabankhani B .Can the cesarean rate be reduced in Mazandaran. J Mazand Univ Med Sci 2004; 14(45): 43-51 (Persian).
47. Baigi M, Rahimi E. The effect of Caesarean section on bringing about secondry infertility. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2005; 2(2): 40-44 (Persian).
48. Abedian Z, Nikpour M, Mokhber N, Ebrahimi S, Khani S. Evaluation OF Relationship Between Delivery Mode and Postpartum Quality of Life. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility 2010; 13(3): 47-53 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-16]