

رهیافت‌های نوین هیپنوتراپی در درمان درد و بایستگی‌های راهبردی آن در کشور

دکتر مهوش آگاه*

چکیده

پیچیدگی وجود انسان و خلقت شگفت‌انگیز او، مؤدی به این حقیقت شده تا هر روز چشم‌انتظار اکتشاف قابلیت‌های نوینی نسبت به وجود او باشیم. هیپنوز، یکی از این اکتشاف‌هاست که در دهه‌های اخیر رشد قابل ملاحظه‌ای پیدا کرده و در عرصه‌های گوناگون پزشکی، حضور فعال یافته است. یکی از کاربردهای این پدیده، درمان درد بیماران است. در جهان امروز، از این پدیده در سطح گسترده برای کاهش مصرف داروهای شیمیایی و مخدرها و همچنین پایین آوردن هزینه درمان و کاستن از فشار هزینه بر سازمان‌های بیمه‌گر استفاده می‌گردد. مقاله حاضر، این پدیده را معرفی نموده، جایگاه برجسته امروزین آن را در پزشکی مدرن (در مقایسه با گذشته‌ها) تشریح کرده و مبتنی بر پژوهش‌های بومی در داخل کشور بر این فرضیه مهر تأیید گذارده است که هیپنوتراپی می‌تواند به عنوان یک رهیافت مؤثر در درمان درد، مورد توجه نظام تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری قرار گیرد. مقاله در پایان پیشنهادهایی را در راستای تحقق بهینه امر مذکور، مطرح می‌نماید.

واژگان کلیدی

درد، هیپنوز، هیپنوتراپی، تاریخچه هیپنوز، اندیکاسیون‌های هیپنوز، آسم و رژیونال آنستزیای چشم.

* عضو هیات مؤسس مرکز تحقیقات بیهوشی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، رئیس بخش و کلینیک چندتخصصی درد دکتر لبافی‌نژاد، عضو هیات مؤسس، نائب رئیس و مسئول کمیته پژوهشی آموزش انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران، عضو انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا ACCH و انجمن بین‌المللی مطالعه درد IASP، عضو هیأت بود تخصصی بیهوشی و مراقبت‌های ویژه ایران، عضو کمیته راهبردی درد وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی.

Email: dragahm@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۸۸/۰۹/۱۸

تاریخ ارسال: ۸۸/۰۷/۲۲

فصلنامه راهبرد / سال نوزدهم / شماره ۵۵ / تابستان ۱۳۸۹ / صص ۲۶۱-۲۷۸

مقدمه

پژوهش‌های نوین علوم طبیعی گویای آن است که پایگاه‌های چندگانه شناخت به ویژه در مورد انسان، اجتناب‌ناپذیر بوده و مثال‌های متعددی آن را تأیید نموده است. یکی از این تفاوت پایگاه‌ها، در نگرش به انسان و درمان دردهای او مطرح می‌شود. هیپنوز، یکی از این روش‌هاست که از پایگاه نگرش به ضمیر ناخودآگاه انسان، به درمان درد او اقدام می‌کند. از سوی دیگر هیپنوز، براساس کتاب مرجع روانپزشکی (کاپلان و سادوک) یک روش روان‌درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و روندی پیچیده در مغز با استفاده از سه مؤلفه تمرکز (جذبه)، انفکاک و کاهش آگاهی محیطی و تلقین‌پذیری، مخاطب را در شرایطی قرار می‌دهد که می‌تواند فرآیند درمان هیپنوتیزی را به کار برد. درد یک تجربه حسی و عاطفی ناخوشایند همراه با ضایعه نسجی فعال و بالقوه و شایع‌ترین علت مراجعه بیمار به پزشک؛ و عامل مراجعات متعدد بیمار به متخصصین مختلف و مصرف انواع داروها و انجام آزمایشات کلینیکی، پاراکلینیکی و روش‌های مداخله‌ای بسیار برای درمان درد می‌باشد. ایجاد بیماری‌های روانی، اعتیاد، انزوا، کم‌کاری و اختلال در زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی

و اقتصادی حاصل از تداوم درد اجتناب‌ناپذیر است و سبب تحمیل هزینه بسیار به بیمار، سازمان‌های بیمه‌گر و دیگر ارگان‌های مربوطه می‌گردد. در سال‌های اخیر درد به عنوان یک پدیده مهم در جوامع بین‌المللی مطرح بوده و بودجه قابل توجهی به این مهم تخصیص یافته است. پیدایش دانش پزشکی درد^۱ این پیام را با خود به جامعه پزشکی به ارمغان آورد که درد، به عنوان هویتی مستقل، باید نگرسته شود. اولین کلینیک درد، در سال ۱۹۶۰ در دانشگاه واشنگتن تأسیس گردید و در سال ۱۹۸۹ اولین بخش مستقل درد با کارایی بسیار بالاتر تشکیل و در سال ۱۹۹۸ برنامه آموزش خدمات درد تدوین گردید. از آن پس، هر روز شاهد گام‌های بلندی در این زمینه، در غرب هستیم. با این حال در کشور ما به این مقوله بهای اندکی داده شده و بعد از تأسیس اولین کلینیک چندتخصصی درد، هنوز در ابتدای راه هستیم (به ویژه در زمینه استفاده از روش درمانی هیپنوز در درمان دردهای حاد و مزمن).

۱- پیشینه هیپنوز

سابقه هیپنوز به تاریخ بشری بر می‌گردد. انسان اولیه به شکل ارتباط با طبیعت از هیپنوز استفاده کرده است.

شواهدی دال بر استفاده از هیپنوز در آثار تاریخی قدیمی وجود دارد. هیپنوز برای اولین بار در قرن هجدهم توسط یک پزشک اهل وین به نام مسمر^۲ مطرح و تحت تئوری مغناطیس حیوانی^۳ و فرآیند انتقال انرژی معرفی گردید که بعدها به تئوری مسمریزم^۴ معروف شد (Laeser, 2001, p.14). در ابتدای کار، بیشتر برای درمان بیماری‌هایی که پایه سایکولوژیک داشتند، مورد استفاده قرار می‌گرفت. در سال ۱۷۸۴، لویی شانزدهم، کمیسیون به ریاست فرانکلین^۵ برای بررسی تئوری مغناطیس حیوانی، تشکیل داد. آنان پس از یک سری تحقیقات به این نتیجه رسیدند که تصویرسازی بیماران سبب درمان بوده و نه مغناطیس ادعایی مسمر. بعدها از این روش درمانی در فرانسه، انگلیس و سپس در آمریکا (در اوایل قرن ۱۸) جهت انجام بیهوشی برای اعمال جراحی ماستکتومی، در آوردن غدد و تومرهای مفصلی فک، آمپوتاسیون پا و کشیدن دندان استفاده گردید (Mironov and Malhotra). در حوالی سال ۱۸۴۰ یک جراح انگلیسی بنام جیمز براید^۶ با تصور اینکه این پدیده، خواب مصنوعی است، واژه هیپنوسیس^۷ را به کار برد (هیپنوز خدای خواب یونان است) (Warfield and Kahn, 1995, pp.1090-4). با این حال یکی از چشمگیرترین موارد مصرف هیپنوز برای جراحی‌های بی‌درد، توسط جیمز اسدیل^۸ بین سال‌های ۱۸۴۵ تا ۱۸۵۱ گزارش گردید. این جراح اسکاتلندی که دوره آموزشی پزشکی خود را در هند گذرانده بود، چندین هزار جراحی به روش هیپنوتیزم را به انجام رساند که حداقل ۳۰۰ مورد آن شامل جراحی‌های بزرگ بود و مرگ و میر کمتر از ۵ درصد را گزارش نمود؛ در حالی که در مقایسه با مرگ و میر در روش‌های مرسوم جراحی در آن زمان - که به میزان ۵۰ درصد بود - بسیار متفاوت و شگفت‌انگیز بود (Cousins, 1989, pp.162-179). سابقه هیپنوتراپی در کودکان نیز به بیش از ۲۰۰ سال قبل باز می‌گردد، اما از قرن بیستم که مقوله درمان درد اهمیت یافت، هیپنوز کودکان^۹ از اهمیت ویژه‌ای برخوردار گردید و با توجه به هیپنوتیزم‌پذیری مثبت کودکان و تصویرسازی و نقش بازی کردن بهتر و مقاومت کمتر در مقابل تلقینات، نتایج قابل توجهی به دست آمد (Yeager et

2. Franz Anton Mesmer
3. Animal magnetism
4. Mesmerism
5. Benjamin Franklin
6. James braid

1987, pp. 729-736). در خصوص توجیه و تبیین این پدیده در اینجا لازم است به این نکته اشاره شود که آقای کامرون^{۱۰} در سال ۱۹۵۶ چنین نتیجه‌گیری کرد که در هیپنوز، تمایل مهاری کورتکس مغز روی سیستم عصبی اتونوم به طور مؤثری کم می‌شود، فعالیت مغز را به طرف امواج آلفا می‌برد، ضمیر ناخودآگاه باز و آماده دریافت تلقینات می‌گردد و ذهن هوشیار (ضمیر خودآگاه) نمی‌تواند تلقینات را دریافت و نقد نماید.

آقای بارلت^{۱۱} در سال ۱۹۶۶ چنین اظهار نظر می‌کند که هیپنوز می‌تواند ارتباط بین قشر مغز و لایه زیر آن به ویژه تشکیلات مشبک، هیپوتالاموس و سیستم لمبیک را تغییر دهد.^(۱)

۲- درد و هیپنوتراپی

پیشینه تسکین درد به تاریخ خلقت انسان بر می‌گردد. بشر اولیه به سرعت آموخت که از گیاهان برای تسکین آلام جسمانی استفاده کند. در سال‌های اخیر درد به عنوان یک پدیده مهم در جوامع بین‌المللی مطرح شده و بودجه قابل توجهی به این مهم، تخصیص یافته است. در سال

۱۹۶۰، بونیکا^{۱۲}، اولین کلینیک درد را در دانشگاه واشنگتن تأسیس نمود و در سال ۱۹۸۸، بین ۱۸۰۰ تا ۲۰۰۰ سرویس درد در دنیا فعال شده بود. در سال ۱۹۹۸، ۹۷ برنامه آموزش خدمات درد مورد تأیید قرار گرفت (Harstall, 2003, pp. 1-4). در حال حاضر، انجمن بین‌المللی مطالعه درد^{۱۳}، کوریکولوم اصلی آموزش حرفه‌ای این رشته را تهیه می‌نماید (Perkins and Kehlet, 2000, pp. 1123-1133).

در ایران، تحقیق چندانی در زمینه نیازسنجی درد، به انجام نرسیده است. در یک مطالعه توصیفی مقطعی، تجربه درد و شدت آن و رضایتمندی بیماران از درمان درد در بخش‌های مختلف جراحی تابع دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی طی سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۸۶، توسط نگارنده و همکاران، ارزیابی گردید. نتایج به دست آمده، نشان داد که ۱۰۰ درصد بیماران پس از جراحی، درد داشتند و بیش از ۸۰ درصد، درد متوسط تا شدید را تجربه نموده‌اند. مطالعه نشان داد که ایجاد سرویس‌های درد حاد، توسط بخش بیهوشی در مراکز درمانی ضرورت داشته و لازم است و توجه بیشتری

12. Bonica
13. International Association for the Study of Pain (IASP)

10. Cameron
11. bartlet

۲. در یک پژوهش فراتحلیل^{۱۵}، ۱۳ تحقیق معتبر بیهوشی، مورد بررسی واقع و نشان داده شد که ۵۵/۲-۱۰/۱ درصد از کل جمعیت یک جامعه، مبتلا به یکی از اشکال درد مزمن هستند (Koch weser, 1980, p.1237) می‌تواند عامل مهم و زمینه‌ساز بروز درد مزمن شود (Crowe, 1990, p.27).

یکی از علل مهم عدم انجام زایمان طبیعی و بالا بودن میزان سزارین در کشور ما، ترس از درد زایمان است و متأسفانه سرویس زایمان بدون درد (که البته دستیابی به آن بسیار ساده است) در کشور موجود نمی‌باشد و اگر هم به طور پراکنده اقداماتی می‌شود، بسیار ابتدایی و محدود است. در واقع علی‌رغم گذشت ۵۰ سال از تأسیس اولین کلینیک چندتخصصی درد در آمریکا، ما به ویژه در زمینه استفاده از روش درمانی هیپنوز، هنوز در ابتدای راه هستیم.

شمار زیادی از افراد عامی در کشورمان، هیپنوز را هنوز به موارد نمایشی یا سوژه‌های تلویزیونی نسبت می‌دهند، ولی جامعه پزشکی با رویکرد متفاوتی به این مقوله نظر کرده و به عنوان یک ابزار کارآمد و یک روش رایج در طب کلاسیک از آن استفاده

به درمان درد حاد، معمول گردد تا از افزایش موربیدیتی، مرگ و میر، ایجاد درد مزمن و هزینه‌های مربوطه، پیشگیری و جلوگیری شود و افزایش رضایتمندی بیماران حاصل گردد. در اینجا به طور مختصر به پاره‌ای از اهمّ نتایج مقالات معتبر در زمینه درد اشاره می‌شود:

۱. در ۵۷ درصد موارد، بدترین تجربه بعد از عمل را درد ذکر کرده‌اند (Kaplan, 2005, pp.2180-2195). زایل نشدن صحیح یا ناکافی درد حاد، منجر به برانگیخته شدن^{۱۴} گردیده که با تحریک سیستم آندوکراین، منجر به هیپرگلیسمی، لیپولیز، بالانس منفی نیتروژن (Olin, 1991, p.2512)، افزایش طول زمان بستری در بخش ICU بیمارستان، افزایش مورتالیتی و موربیدیتی قلب و عروق، افزایش عفونت تغذیه‌ای و طولانی شدن زمان نیاز به تنفس مصنوعی (Couzin, 2004, p.384)، افزایش عوارض عفونت ریوی و در نهایت تضعیف سیستم ایمنی به دنبال جراحی می‌شود (MC Cormack and Brune, 1991, p.333).

می‌نماید. هیپنوز تحت آزمون‌های متعددی قرار گرفته و با توجه به مطالعات انجام شده بر پایه کلینیکال تریال و بیشتر بدون اثر درمان به اثر دارونما^{۱۶} از سال ۱۹۹۶ طبق کتاب مرجع سیناپس روان‌پزشکی کاپلان، هیپنوز از طب جایگزین، خارج شده، به عنوان یکی از روش‌های درمانی روان‌پزشکی طبقه‌بندی گردیده و در جریان اصلی طب کلاسیک قرار گرفته است. هیپنوز براساس کتاب مرجع روان‌پزشکی (کاپلان و سادوک) یک روش روان‌درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و روندی پیچیده در مغز با استفاده از سه مؤلفه تمرکز (جذب)، انفکاک و کاهش آگاهی محیطی و تلقین‌پذیری، مخاطب را در شرایطی قرار می‌دهد که می‌تواند فرآیند درمان هیپنوتیزی را به کار برد. این پدیدار، حالت متمرکزی از توجه است که به ما این امکان را می‌دهد تا از توانایی و قدرت ذهن خود بهره بیشتر و بهتری بگیریم (توضیح آنکه انسان به نحو معمول تنها از ۱۰-۵ درصد توان ذهنی خود استفاده می‌نماید) و همانند نوعی عدسی روان‌شناختی، قادر است نیروهای پراکنده ذهن را بر موضوع مورد نظر، تمرکز داده و نیروی عظیمی را تولید

نماید. اکنون تغییرات نوروسایکو فیزیولوژی هیپنوز تا حد زیادی مشخص شده و دیگر اسرارآمیز نیست و بر خلاف غلط مشهور و طبق تحقیقات مستند علمی، هیپنوز، خواب نبوده، بلکه نوعی هوشیاری تغییر یافته است و شخص به محدوده‌ای که هیپنوتراپیست مشخص کرده، متمرکز گردیده و ذهن هوشیار شخص آرام و غیرفعال و تلقینات درمانی به ضمیر ناخودآگاه فرد القا می‌گردد. هیپنوز یک استعداد بالقوه ثابت و قابل اندازه‌گیری است که در بشر به ودیعت نهاده شده و در سیکل حیات در اواخر سن کودکی (۹-۱۲ سالگی) به اوج خود می‌رسد. در جوانی کاهش، در بزرگسالی ثابت و بالاتر از سن ۶۵ سالگی، کاهش می‌یابد. اینک با روش تصویربرداری عملکردی^{۱۷} به اثبات رسیده که متابولیسم در نواحی مختلف مغز افراد دارای هیپنوتیزم‌پذیری مختلف، متفاوت است. طبق بررسی‌های انجام شده، ۷۵ درصد افراد یک جامعه قابلیت هیپنوتیزم‌پذیری دارند که هیپنوتیزم‌پذیری ۷ درصد افراد زیاد، ۴۸ درصد متوسط و ۲۰ درصد کم می‌باشد (Schuna and Vejraska, p.881).

17. Imaging functional

16. Placebo effect

۳- هیپنوتراپی و درمان

امروزه قائل‌اند که هیپنوز یک روش کارآمد و مؤثر کمکی در طیف وسیعی از بیماری‌ها قابل استفاده بوده و به عنوان یک روش همراه و تکمیل‌کننده طب سنتی^{۱۸}، درمان‌های دارویی و غیردارویی مورد استفاده قرار می‌گیرد. با این حال مانند هر روش دیگر درمانی باید به اندیکاسیون‌های آن توجه شود. در ادامه به پاره‌ای از موارد استفاده از این روش درمانی اشاره می‌گردد:

الف) از اثرات مثبت هیپنوز می‌توان جهت کنترل نشانه‌های جسمی و روان‌شناختی انواع بیماری‌ها، کاهش اضطراب ناشی از آنها و مداخلات پزشکی (پونکسیون مغز استخوان و نخاع، MRI، نمونه‌گیری از بافت‌های بدن، آندوسکوپي و...) و رفع احساس ناامیدی و اختلالات خلقی بیماران طی بستری در بیمارستان یا پس از آن، استفاده نمود (Saadat et al, 2006, pp.1394-6).

ب) هیپنوز به عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت زندگی جهت ارتقاء سطح کارایی و عملکرد ورزشی، کاهش اضطراب پیش از مسابقه و همچنین تسهیل و تسریع بازتوانی پس از آسیب‌های ورزشی، ارتقاء سطح

یادگیری، افزایش میزان تمرکز و کاهش اضطراب قبل از امتحان، کاهش اضطراب عملکردی و افزایش کارایی در کارهای تجاری و مدیریت استرس و کاهش تنش‌های روزمره، افزایش اعتماد به نفس و پشتکار به کار گرفته می‌شود.

ج) از هیپنوز می‌توان در شاخه‌های مختلف طب بالینی بهره گرفت. تأثیر هیپنوز در بیماری‌های مغز و اعصاب جهت توانبخشی جسمی و روانی پس از سوانح و سکته‌های مغزی، درمان وزوز گوش، تور تیکولی، انواع تیک‌ها، بلفار و اسپاسم و کاهش علائم بیماری اسکروز مولتیپل به کار می‌رود.

د) هیپنوز برای درمان درد قبل، حین و بعد از رویه‌های دردناک و اعمال جراحی مؤثر بوده و باعث بهبود سریع‌تر پس از جراحی، اقامت کوتاه‌تر در بیمارستان، مصرف کمتر مخدرها و درد و اضطراب کمتر پس از جراحی، کنترل خونریزی و درمان تهوع و استفراغ بعد از عمل می‌شود (Benigni et al, 1989, p.357).

ه) اعمال جراحی ارتوپدی از مواردی است که اغلب با درد شدید همراه است؛ هیپنوز با کاهش درد، ریکاوری را سریع‌تر و بر نتیجه عمل تأثیرگذار است و در یک

تحقیق شبه‌آزمایشی^{۱۹}، عوارض بعد از عمل، با روش هیپنوز و ۸ روش معمول دیگر مقایسه گردیده و نتایج رضایت‌بخشی از تأثیر هیپنوز و فقدان عوارض با این روش درمانی ارائه گردیده است (Brunton et al, 2006, p.644).

و) از دیگر موارد استفاده هیپنوز جهت ایجاد بی‌حسی موضعی بدون استفاده از داروهای شیمیایی می‌باشد. القاء بیهوشی به روش هیپنوز برای بیمارانی است که به علل مختلف منع استفاده از بیهوشی عمومی دارویی را دارند (حساسیت شدید دارویی، ترس و وحشت بسیار از بیهوشی، بیماری‌های پیشرفته سیستمیک و ریسک بالای بیهوشی عمومی و اعمال جراحی که نیاز به همکاری بیمار در حین عمل می‌باشد. . .). آقای بوت^{۲۰} از روش خودهیپنوتیزم در جراحی لیپوساکشن به جای بیهوشی استفاده نموده است (Botta, 1999, pp.299-301).

ز) مدیریت درد حاد: براساس کارآزمایی‌های کنترل‌شده، هیپنوز در مقایسه با سایر روش‌های مداخله‌ای کاهش درد حاد، برتر بوده است (Stoelting and Hillier, 2006). هیپنوز پدیده اضطراب را که یکی از عوامل مؤثر در پروسیجرهای دردناک است، برطرف می‌نماید، مانند پروسیجرهای دندان‌پزشکی و تشخیصی مثل آسپیراسیون مغز استخوان به ویژه در اطفال (Hunink et al, 1997; Estes and Kaplan, 1980, p.1303) و همچنین هیپنوز مزایای اضافی بر روش‌های بی‌حس‌کننده‌های موضعی دارد (Lioosi et al, 2006, pp.307-315).

ح) مدیریت دردهای سرطانی: از هیپنوز برای درمان درد، نگرانی، اضطراب، ناامیدی و احساس درماندگی بیماران سرطانی استفاده می‌شود و اغلب زمانی که درمان مخدري و سایر درمان‌های پزشکی به تنهایی کافی نیستند، از هیپنوز استفاده می‌گردد. کنترل عوارض شیمی‌درمانی نظیر تهوع و استفراغ با این روش قابل‌پیشگیری و درمان است (Waldman, 1990). محتمل‌ترین تئوری در مورد بی‌دردی هیپنوتیزی تغییر تفسیر عاطفی، هیجانی درد در لوب فرونتال می‌باشد و شخص با وجود فشار و تغییرات در بافت مورد جراحی، احساس تألم^{۲۱} ندارد و از طرفی هیپنوز آستانه درد را بالا می‌برد (Portenoy and Waldman, 1991, p.10; Jensen and Petterson, 2006, pp.95-124).

21. Suffering

19. Quasiexperimental
20. Botta

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اولین دوره آموزش زایمان بدون درد به روش هیپنوتیزم برای اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های مختلف کشور (متخصصین بیهوشی و زنان) به مدت چهار هفته با همکاری انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران در دانشگاه شهید بهشتی در مرکز لبافی‌نژاد برگزار شد و نتایج رضایت‌بخشی در کاربرد این روش حاصل گردید و در چندین شهر از آمار سزارین و مرگ و میر دوران حاملگی و زایمان کاسته شد. طبق دستورالعمل شماره ۱۶ مراقبت‌های مدیریت شده که از طرف معاونت محترم سلامت ابلاغ گردید، روش هیپنوتراپی جزء روش‌های مورد استفاده برای زایمان بی‌درد در جهت منطقی‌سازی میزان سزارین کشور و ترویج زایمان طبیعی معرفی شده است. از دیگر موارد استفاده از روش هیپنوز در حیطه فوق، ارتقاء سلامت و رشد جنین، کاهش موارد سقط جنین ناشی از انقباضات شدید رحمی، سندرم پیش از قاعدگی، درد و خونریزی شدید زمان قاعدگی، کنترل علائم آزاردهنده یائسگی و اختلالات خلقی همراه این مشکلات می‌باشد.

ی) درمان فوری سوختگی: سوابق مداخلات هیپنوتیک برای مصدومین

ط) مامایی و زنان: در طول حاملگی از روش هیپنوتراپی برای مدیریت تهوع و استفراغ و پیشگیری از زایمان زودرس و به عنوان درمان کمکی در افزایش فشار خون ناشی از بارداری و به عنوان یک مداخله برای درمان درد و ناراحتی‌های حین حاملگی و زایمان استفاده می‌گردد (Ziegler, 1995, p.582). از مهم‌ترین موارد استفاده از هیپنوتیزم، انجام زایمان بدون درد به روش هیپنوتیزم می‌باشد. تخمین زده می‌شود که حدود ۳۵-۲۰ درصد زنان می‌توانند از روش هیپنوز به عنوان تنها روش بی‌دردی حین زایمان و وضع حمل استفاده نمایند (Chiasson, 1990, pp.271-273). در یک کار تحقیقاتی که توسط آگوست^{۲۲} و همکارانش در سال ۲۰۰۹ به چاپ رسید، ۲۹۵ مورد زایمان بدون درد با روش‌های مختلف هیپنوز اداره گردید. ۹۴ درصد زایمان‌ها فقط با روش هیپنوز، بدون درد و موفقیت‌آمیز به انجام رسید (August, 2009, pp.391-394).

با توجه به امتیازات زایمان طبیعی نسبت به سزارین برای مادر و نوزاد، برای کاهش درصد سزارین در سطح کشور طبق درخواست دفتر سلامت خانواده و جمعیت

سوختگی نتایج چشمگیری را در مورد کاهش پاسخ التهابی به آسیب سوختگی در صورت اجرای هیپنوز ظرف دو ساعت اول پس از آسیب گزارش کرده است (Ewin, 1983, pp.5-8). در ایران جناب آقای دکتر منافی تعداد زیادی از بیماران را با روش هیپنوتیزم مورد مداوا قرار داده و نتایج رضایت‌بخشی حاصل شده است.

ک) هیپنوتیزم در بیماری‌های دستگاه گوارش برای زخم معده و اثنی‌عشر، سندرم روده تحریک‌پذیر، بیماری کرون، ریفلاکس، نفخ، تهوع و استفراغ و دل‌دردهای عصبی مؤثر است (Wilson, 1991, p.55) و همچنین در اختلالات خوردن جهت رعایت رژیم غذایی در بیماری‌های مختلف، کنترل وزن و درمان بی‌اشتهایی عصبی و پرخوری عصبی تأثیرگذار است.

ل) بیماری‌های ریوی و آسم: هیپنوز در سندرم هایپرونتیلیاسیون، سکسکه، سرفه‌های عادت‌ی مقاوم به درمان و ریتم‌های نامنظم تنفس و تخفیف علائم حملات آسم، مؤثر است. در یک طرح تحقیقاتی (مصوب مرکز تحقیقات سل و بیماری‌های ریوی) که توسط اینجانب و همکاران ارجمنند، در دست اجراست، در یک کارآزمایی بالینی اثر خودهیپنوتیزم بر تعداد و شدت حملات

آسم، در دست بررسی است. آسم، شایع‌ترین بیماری سایکوسوماتیک تنفسی است که درمان آن دارای هزینه بسیار بوده و تأثیر منفی بر کیفیت زندگی دارد، اغلب بیماران علیرغم استفاده از داروهای متعدد حملات آسم را با شدت‌های مختلف تجربه می‌کنند. این بیماری نوعی التهاب مجاری تنفسی است که ۵-۳ درصد جمعیت را مبتلا می‌سازد. علت حمله، تحریکات خارجی یا علل ناشناخته داخلی از جمله هیجان‌ات مختلف می‌باشد. در حملات آسم تنگی نفس، خس خس، سرفه ایجاد و بیمار قادر به انجام فعالیت نبوده و نیاز به درمان فوری و حتی بستری در بیمارستان دارد. هیپنوتراپی در این بیماران جهت تغییر افکار، احساسات، انتظارات و درک افکار، مؤثر بوده و با توجه به تأثیر آن بر اضطراب، ناآرامی، بیماری‌های سایکوسوماتیک، حملات پانیک، فوبیای بیمار و حملات آسم را کنترل می‌نماید.

م) در بیماری‌های قلبی و عروقی هیپنوز جهت کنترل فشار خون، تنظیم ریتم قلب، کاهش استرس و درمان بیماری رینو به کار می‌رود و در بیماری‌های پوستی جهت درمان اگزما، انواع آلرژی، کهیر، تب‌خال، التهاب پوستی، خارش‌های شدید، پسوریازیس،

می‌شود، بر طرف نمودن هراس بیمار از دندانپزشکی، جلب همکاری و پذیرش بیمار برای به کارگیری تجهیزات ضروری درون دهان نظیر انواع پروتز و سیم‌های ارتودونسی، جلب همکاری و حفظ آرامش بیمار در عملیات دندانپزشکی درازمدت از طریق بی‌حرکت ماندن، کاهش ترشح بزاق، باز ماندن دهان، کنترل ریفلاکس، تهوع و همچنین اصلاح عادات ناپسند نظیر دندان قروچه به کار گرفته می‌شود (Roberts, 2006, pp.312-314).

ع) هیپنوز و کودکان: هیپنوتیزم بالینی یکی از روش‌های روان‌درمانی است که براساس شواهد تجربی متعدد تأثیر آن در حیطه اختلالات روانپزشکی کودک و نوجوان به اثبات رسیده است. هیپنوز در کاهش ترس و افزایش همکاری کودک در درمان‌های دندانپزشکی و درمان دندان قروچه، در حوزه بهداشت روانی کودک، برای درمان اختلالات اضطرابی نظیر اضطراب جدایی و اضطراب مفرد، رفع ترس‌های کودکانه مثل ترس از تاریکی و موجودات خیالی، درمان انواع هراس‌های اجتماعی، اختصاصی و مدرسه و اجتناب از رفتن به مدرسه، افزایش عزت نفس و تقویت نیروی درونی، ارتقاء کارایی تحصیلی، کنترل پرخاشگری، استرس پس از

زگیل، جوش صورت و سوختگی‌ها مؤثر است.

ن) کاربرد هیپنوز در حیطه روانپزشکی و روانشناسی در موارد اختلالات جنسی، اختلالات رفتاری نظیر ناخن جویدن، شست مکیدن و وسواس کندن مو، اختلالات ارتباطی مانند لکنت زبان، اختلالات تجزیه‌ای و تبدیلی، کنترل اختلالات روان‌تنی، اختلالات اضطرابی، وحشت‌زدگی، هراس اختصاصی و اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال استرس فراگیر و در روانشناسی سلامت و سوء مصرف مواد و اعتیاد به سیگار تأثیرگذار است. از دیگر موارد استفاده از روش درمانی هیپنوز، در اختلالات خواب می‌باشد که نیمی از مردم به نوعی دچار آن بوده و با عوارض آن نظیر اختلال در کار و فعالیت فردی، خواب‌آلودگی افراطی در طول روز، افزایش احتمال خطا و کارایی شخص، تمرکز پائین‌تر، عدم توانایی یادگیری و با توجه به این نکته که بخش قابل توجهی از سوانح رانندگی و حوادث ناگوار به دلیل خواب‌آلودگی ناشی از اختلالات خواب به وقوع می‌پیوندد، رو به رو می‌باشند.

س) هیپنوز در حیطه دندانپزشکی برای ایجاد تن‌آرامی و ریلکسیشن که موجب آرامش بیشتر و تسهیل کار دندانپزشک

سانحه، افسردگی‌های خفیف و مدیریت فشارهای عصبی (استرس) در حوزه پزشکی، کاهش درد و اضطراب ناشی از بیماری‌ها و مداخلات پزشکی و تشخیصی، کنترل خونریزی، درمان سر درد، تسهیل ترمیم بافتی پس از سوختگی، شبادراری، بی اختیاری مدفوع، کنترل عادات نامطلوب، اختلالات روان‌تنی، تشنج‌های روان‌زاد، دل‌دردهای عصبی، اختلالات خواب و سندرم روده تحریک‌پذیر، تأثیرگذار است (Richardson et al, 2006, pp.70-84).

(ف) هیپنوز و درد مزمن: (مشمول بر سر درد، فیبرومیالژی، بیماری‌های دستگاه گوارش و بیماری سلول داسی) نتایج حاصل از کارآزمایی‌های کنترل شده برای درد مزمن، هیپنوز را برتر از عدم درمان نشان داده است (Patterson and Jenson, 2003, pp.60-67).

۴- دستاوردهای یک پژوهش در ایران

یکی از مطالعات انجام شده در کشور، مقایسه کارایی هیپنوز و سدیشن وریدی در رژیونال آنستزی چشم می‌باشد. نگارنده، این طرح را که مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی بود، طی یک کارآزمایی بالینی تصادفی در مرکز پزشکی، آموزشی - درمانی دکتر لبافی‌نژاد در سال‌های ۸۳-۱۳۸۲، با

همکاری سرکار خانم دکتر بهناز به انجام رساند. ۲۹ بیمار به روش دارویی متداول اداره گردید و گروه دوم به طریق آرامش پیش‌رونده^{۲۳} هیپنوز ایجاد و تلقینات لازم قبل، حین و بعد از عمل جهت آرامش و بی‌دردی داده شد و در هر دو گروه عدد درد (۱۰-۰)، فشار خون سیستولیک، دیاستولیک تعداد ضربان نبض (PR)، رضایتمندی بیمار و جراح در زمان‌های قبل و بعد از بلوک چشم و هر ۱۵ دقیقه حین عمل جراحی و هر ۲۰ دقیقه در ریکاوری اندازه‌گیری گردید. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که میزان عدد درد، فشار سیستولیک، دیاستولیک و PR به طور معنی‌داری در گروه هیپنوز پائین‌تر از گروه کنترل بود ($p < 0.05$) و مضافاً رضایتمندی جراح و بیمار در گروه هیپنوز بیشتر بود. چنین نتیجه‌گیری شد که هیپنوز به عنوان یک روش جایگزین جهت کنترل درد و استرس حوالی عمل^{۲۴} توصیه‌شدنی است. مشابیه تحقیق ما توسط آقای منتگومری^{۲۵} به صورت فرا تحلیل انجام شد. او در یک فرا تحلیل، کارایی هیپنوز را به عنوان یک روش غیروابسته به داروشناسی^{۲۶} جهت کنترل عوارض جانبی ناخواسته ناشی

23. Progressive relaxation

24. Preoperative

25. Montgomery

26. Non pharmacologic

به کار برده شود. هیپنوتراپی در طیف وسیعی از بیماری‌های جسمی و روانی در شاخه‌های مختلف طب بالینی (داخلی، روانپزشکی، کودکان، جراحی‌های مختلف به ویژه زنان و زایمان، ارتوپدی، دهان و دندان)، ورزش در کنار سایر درمان‌ها، مفید و مؤثر بوده و برای ارتقاء کیفیت زندگی تأثیر بسزایی دارد و نتایج آن از نظر کلینیکی در درمان دردهای حاد و مزمن بسیار موفقیت‌آمیز می‌باشد (Sharma et al, 2006, pp.129-131; Cuellar, 2005, pp.105-111; Lane, 1997, p.20) تحقیقات کلینیکال تراپال بیشتری در زمینه هیپنوتراپی می‌باشد. امید است جایگاه واقعی این روش درمانی و بستر مناسب آن در کشور فراهم گردد.

فرجام

۱. هیپنوز به عنوان ابزاری برای بهبود کیفیت زندگی (ارتقاء سطح یادگیری، کاهش تنش‌های روزمره، افزایش اعتماد به نفس و پشتکار)، ارتقاء سطح کارایی و عملکرد ورزشی به کار می‌رود. یک روش درمانی رایج طب کلاسیک روانپزشکی و به عنوان یک روش کارآمد و مؤثر کمکی در طیف وسیعی از بیماری‌ها و در شاخه‌های مختلف طب بالینی (داخلی، جراحی عمومی، زنان و

از عمل جراحی در بیماران مورد بررسی قرار داد. در مطالعه او ۲۰ مقاله منتشر شده در مورد کارایی هیپنوز با اهداف: آیا به طور کلی روش هیپنوز به طور معناداری مؤثر است؟، کدامین روش از القاء هیپنوز کارایی بیشتری دارد؟ و کدام یک از روش‌های حضوری و یا نوارشنیداری^{۲۷} مؤثرتر است؟ مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که عمل‌شدگان که تحت درمان با هیپنوز بودند، نتیجه بهتری از ۸۹ درصد بیماران گروه کنترل داشتند، ضمن اینکه تفاوت معنی‌دار قابل توجهی بین نتایج کلینیکی روش‌های مختلف القاء هیپنوز دیده نشد و روش‌های مختلف هیپنوز، موفقیت بسیار خوبی نشان داد. این نتایج گواه است که هیپنوز یک روش کارآمد و مؤثر کمکی در طیف وسیعی از بیماران جراحی است (Guy et al, 2002, pp.1639-1645). تحقیقات متعددی در زمینه هیپنوز و تأثیر آن بر درد از سوی نگارنده در دست اجرا می‌باشد که به زودی نتایج آن منتشر می‌گردد. بنابراین مشاهده می‌گردد که امروزه هیپنوز می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل در کنار درمان‌های طبی و دارویی مرسوم و یا به عنوان یک درمان جایگزین غیردارویی

27. Audiotape

زایمان، بیماری‌های مغز و اعصاب، گوارش، ریوی به ویژه آسم، قلبی و عروقی، پوستی، کودکان، دهان و دندان) و مدیریت دردهای حاد (درد قبل، حین و بعد از پروسیجرهای دردناک و اعمال جراحی، زایمان بی‌درد، سوختگی، پروسیجرهای دندانپزشکی و تشخیصی و درمانی به ویژه در اطفال)، دردهای مزمن (سر درد، فیبرومیالژی، بیماری سلول داسی) و دردهای سرطانی مفید و مؤثر است.

۲. بیشتر اطلاعات و آگاهی عمومی در زمینه هیپنوز در کشور براساس فیلم‌نامه‌ها، تصاویر و گفته‌های است که اغلب توسط افراد غیرپزشک و ناآشنا به علم هیپنوتیزم تدوین می‌گردد و ابهامات و سوء تفاهمات بسیاری در مورد هیپنوتیزم در ذهن افراد جای گرفته و مانع رویکرد صحیح به این روش درمانی می‌شود و حتی پزشکان کشور از تأثیر این روش درمانی، آگاهی لازم و کافی را ندارند. لذا برای فرهنگ‌سازی در اقشار مختلف، رسانه‌های ملی به ویژه مسئولین محترم صدا و سیما نقش بسیار پر رنگ و مؤثر در رفع این نقیصه و آشنایی عمومی با این روش درمانی را دارند.

۳. پیشنهاد می‌گردد با توجه به کارایی هیپنوز، این روش درمانی هم چون سایر

روش‌های مرسوم به دانشجویان پزشکی آموزش داده شود.

۴. اگرچه نگارنده افتخار این را داشته که پژوهش‌های متعددی در این خصوص به انجام برساند و به لطف خداوند و همیاری مسئولین محترم، اولین کلینیک هیپنوتراپی را در یک مرکز آموزشی درمانی (مرکز درد شهید دکتر لبافی‌نژاد) تأسیس و تا به حال بیماران زیادی به طور رایگان به روش هیپنوتیزم تحت درمان قرار گرفته و دستیاران رشته بیهوشی و فلوشیپ‌های درد آموزش دیده و تعدادی از پزشکان و دندان‌پزشکان، پس از گذراندن دوره‌های تئوری آموزش هیپنوز، در این کلینیک، دوره آموزش عملی خویش را گذرانده‌اند، با این حال معترف است که در زمینه درمان درد در ابتدای راه هستیم. هنوز ساختار و برنامه سازمان‌یافته‌ای در زمینه درد در کشور وجود نداشته و ضرورت تسریع تدوین آن وجود دارد.

۵. درمان به موقع درد از تبدیل آن به درد مزمن و از بسیاری از اختلالات فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و زیان‌های ناشی از ایجاد بیماری‌های روانی و هزینه‌های درمانی پیشگیری می‌نماید، هنوز در ایران بر خلاف سایر کشورها، درمان درد در تعهد

پانوشتها

مقاله حاضر در نخستین کارگاه «پژوهش‌های کیفی: مبانی، رویکردها و یافتارها» که در تاریخ ۱۳۸۸/۱۰/۱۶ در مرکز تحقیقات استراتژیک برگزار شد، ارائه گردید.

۱. انجمن هیپنوتیزم بالینی ایران در سال ۱۳۷۴ توسط جناب آقای دکتر هادی منافی تأسیس و این انجمن در سال ۱۳۸۱ در کمیسیون انجمن‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب رسید و در حال حاضر انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران براساس سرفصل‌های آموزشی انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا توسط یک هیأت آموزشی که تعدادی از آنها از اعضاء هئیت علمی دانشگاه‌های معتبر کشور می‌باشند، به صورت دوره‌های مقدماتی، تکمیلی و پیشرفته تدریس می‌گردد.

سازمان‌های بیمه‌گر قرار ندارد. امید است که با نظر مساعد مسئولین و درمان به موقع درد، از نیاز به بسیاری از جراحی‌ها، ایجاد بیماری‌های روانی، اعتیاد و عواقب اجتماعی و فرهنگی ناشی از آن، صرف هزینه‌های بسیار زیاد پیشگیری گردد.

۶. ضرورت تأسیس پژوهشگاه هیپنوز و هیپنوتراپی در کشور کاملاً وجود دارد. همچنین ضرورت تخصیص بودجه کافی برای تأسیس بخش‌های درد شامل سرویس‌های درد حاد برای پیشگیری از درد مزمن و کلینیک‌های چندتخصصی درد مزمن و نیاز به فرهنگ‌سازی صحیح و عمومی جهت آموزش عدم نیاز به تحمل درد و درمان به موقع آن (به ویژه در زمینه زایمان بدون درد) وجود دارد.

قدردانی

نگارنده بر خود لازم می‌داند از آقای دکتر هادی منافی ریاست و بنیانگذار انجمن هیپنوتیزم بالینی ایران و همچنین دیگر اساتید این انجمن که با نگارنده در پژوهش‌های هیپنوتراپی مساعدت نموده‌اند، سپاسگزاری نماید.

منابع

1. August R.V., (2009), The Obstetrician and Hypnosis, *American Journal of Clinical Hypnosis*, Vol. 51, No. 4, April.
2. Ballantyne, J. Carr O. de Ferranti S. et al, (1998), The Comparative effects of post-operative analgesic therapies on pulmonary outcomes: cumulative meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*, 86.

13. Cuellar NG., (2005), Hypnosis for pain management in the older adult, *Pain Management Nurs*, Sep. 6(3).
14. Estes D. Kaplan K., (1980), Lack of platelet effect with salsalate, *Arthritis Rheum*, 23.
15. Ewin DM., (1983), Emergency room hypnosis for the burned patient, *Am J Clin Hypn*, 26.
16. Fries JF. Bruce B., (2003), Rates of serious GI events from low-dose use of ASA, acetaminophen, and ibuprofen in patients with OA and RA, *Rheumatology*, 30.
17. Graziano FM. Bell CL., (1985), The normal immune response and what can go wrong, *Med Clin North Am*, 69.
18. Guy H. Montgomery, etal, (2002), The effectiveness of Adjunctive Hypnosis with Surgical Patients: Meta-Analsis, *Anesth Analg*, 94.
19. Harstall C., Ospina M., (2003), How prevalent is chronic pain?, *IASP pain clinical updates*, XI.
20. Hawkey CJ., (1999),: Cox-2 inhibitors, *Lancet*, 353.
21. Hunink MG. Goldman L. Tosteson AN. Etal, (1997), The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980-1990, The effect of secular trends in risk factors and treatment, *JAMA*, 277.
22. Jensen M. Pettreson DR., (2006), Hypnosis treatment of chronic pain, *J Behav Med*, Feb., 29(1).
23. Juni P. Rutjes AW. and Dieppe PA., (2002), Are selective COX 2 inhibitors superior to
3. Benigni A. Gregorini G. Frusca T., et al, (1989), Effect of low-dose aspirin on fetal and maternal generation of thromboxane by platelets in women at risk for pregnancy-induced hypertension, *N Engl J Med*, 321.
4. Brunton L. Law JS. Parker KL. (eds), (2006), *Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 11th ed. NewYork, McGraw-Hill.
5. Botta SA., (1999), Self-hypnosis as anesthesia for liposuction surgery, *Am J Clin Hypn*, Apr, 41(4).
6. Boh LE., (1989), Osteoarthritis Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach, NewYork, Elsevier.
7. Cousins MJ. (1989), Acute pain and the injury response: immediate and prolonged effects. *Reg Anesth*, 14.
8. Cousin M, Mather L. (1984), Intrathecal & Epidural administration of opioids, *Anesthesiology*, 61.
9. Couzin J., (2004), Withdrawal of Vioxx casts a shadow over COX-2 inhibitors, *Science*, 306.
10. Crowe J. Sister JP., (1990), Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *Am Drug*, 202.
11. Chiasson SW., (1990), Group hypnosis training in obstetrics. In Hammond DC (ed), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, NewYork, WW Norton & Co.
12. Clive DM., (1984), Medical progress: Renal syndromes associated with nonsteroidal-nti-inflammatory drugs, *N Engl J Med*, 310.

33. Olin BR. (ed), (1991), *Drug Facts and Comparisons*, Philadelphia. JB Lippincott.
34. Perkins FM., Kehlet H., (2000), chronic pain as an outcome of surgery. A review of predictive factors, *Anesthesiology*, 93.
35. Portenoy RK. Waldman SD., (1991), Recent advances in the management of cancer pain, part I, *Pain Management*, 4.
36. Patterson DR. Wiechman SA., etal, (2006), Hypnosis delivered through immersive virtual reality for burn pain: A clinical case series, *Int J Clin Exp Hypn*, April, 54(2).
37. Patterson DR. Jenson M., (2003), Hypnosis and clinical pain, *Psychol Bull*, 65.
38. Rainsford KD., (1999), Profile and mechanisms of gastrointestinal and other side effects of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), *Am J Med*, 107(6A).
39. Roberts K., (2006), *Hypnosis in dentistry: Dent Update*, Jun, 33(5).
40. Richardson J., etal, (2006), Hypnosis for procedure-related pain and distress in pediatric cancer patients: a systematic review of effectiveness and methodology related to hypnosis interventions, *J Pain Symptom Manage*, Jan, 31(1).
41. Schuna AA.,Vejraska BD., Rheumatoid arthritis and the seronegative spondyloarthropathies, In DiPiro JT., Talbert RL., Hayes PE., etal (eds), *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, Amsterdam, Elsevier.
42. Saadat Haleh MD., (2006), Jacqueline Drummond-Lewis, etal: Hypnosis Reduces traditional nonsteroidal anti-inflammatory drugs?, *BMJ*, 324.
24. Kaplan & Sadock S., (2005), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*.
25. Koch-Weser J. Simon LS. Mills JA., (1980), Drug therapy. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *N Engl J Med*, 302.
26. Laeser, John D. Butter S.H, Chapman CR, Turk DC; (2001), *Bonica's Management of Pain*, 3rd Ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
27. Lioffi C. Hatira P. White P., (2006), Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain, *Health Psychol*, 25.
28. Lane NE., (1997), Pain management in osteoarthritis: The role of Cox-2 inhibitors, *J Rheumatol*, 49.
29. Mironov D. Malhotra T., *Structure of Chronic Pain Management Service in the USA*, www.prinstway.ru
30. Mehnert JH., Dupont T., Rose D., (1983), Intermittent Epidural morphine instillation for control of postoperative pain, *Am J Surg*, 146.
31. McCormack K. Brune K., (1991), Dissociation between the antinociceptive and anti-inflammatory effects of the nonsteroidal anti-inflammatory drugs. A survey of their analgesic efficacy, *Drugs*, 41.
32. Marsh CC., (1986), A review of selected investigational nonsteroidal anti-inflammatory drugs of the 1980s, *Pharmacotherapy*, 6.

- Preoperative Anxiety in adult patients, *Anesth Analg*, 102.
43. Stoelting RK. Hillier SC., (2006), *Physiology and Pharmacology in Anesthetic Practice*, 4th ed. Philadelphia, Lippincott.
44. Simon LS. Mills JA., (1179), Drug therapy: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *N Engl J Med*, 302.
45. Sandier DP. Smith JC. Weinberg CR., etal, (1980), Analgesic use and chronic renal disease, *N Engl J Med*, 320.
46. Sharma SK. Etal, (2006), Hypnosis and pain management, *Nurs J India*, Jun. 97(6).
47. Verbeeck RK., (1983), Clinical pharmacokinetics of nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *Clin Phannacokinet*, 8.
48. Warfield C. Kahn C., (1995), acute pain management. Programs in U.S. hospitals & Experiences & attitudes among US adults. *Anesthesiology*, 83.
49. Waldman SD., (1990), Management of acute pain. Refresher course in Anesthesiology, *Am Soc Anesthesiol*, 205.
50. Wilson DE. Galati JS., (1991), NSAID gastropathy: Prevention and treatment, *Musculoskeletal Med*, 21.
51. Yeager M. Glass D, Neff R etal, (1987), Epidural Anesthesia & Analgesia in high risk surgical patients, *Anesthesiology*, 66.
52. Ziegler DK. Ellis DJ., (1995), Naproxen in prophylaxis of migraine, *Arch Neurol*, 42.