رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۵، شماره پیاپی ۶۲، مرداد ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(5), 2021

اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی- رفتاری بر علایم بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر

The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Hypnotherapy on clinical symptoms of Irritable Bowel Syndrome

دکتر اسماعیل سلیمانی (نویسنده مسئول)
دانشیار، دانشگاه ارومیه، آذربایجان غربی، ایران.
آیسان اسمعیلی
کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد ارومیه، واحد ارومیه، آذربایجان غربی، ایران.

Dr. Esmaiel Soleimani*
Associate Professor, Urmia University, Urmia, Iran.
E.soleimani@urmia.ac.ir
Aysan Esmaieli
M. A. in Psychology, Urmia Azad University, Urmia Branch, Urmia, Iran.

چکیده

سندرم روده تحریک‌پذیر اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با درد شکمی، یبوست، اسهال یا ترکیبی از علایم همراه است. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی- رفتاری بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. روش پژوهش مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه‌کننده به متخصصین گوارش شهر ارومیه، در بازه‌ی زمانی اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۳۹۸ بود. از بین آن‌ها ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. پرسشنامه شدت و فراوانی علایم روده (صولتی دهکردی و همکاران، ۱۳۹۰) در پیش‌آزمون و پس آزمون اجرا شد. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت هیپنوتیزم-درمانی شناختی- رفتاری قرار گرفتند، ولی گروه کنترل هیچ گونه مداخله-ای دریافت نکردند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات علایم سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری یافت (F=۴۷۷/۵۸ , P≥ ۰/۰۰۱). بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه‌گیری نمود که هیپنوتیزم‌درمانی شناختی- رفتاری می‌تواند در بهبود بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: *: سندرم روده تحریک‌پذیر، هیپنوتیزم‌درمانی شناختی رفتاری، علایم بالینی.*

Abstract

Irritable bowel syndrome (IBS) is a functional gastrointestinal disorder that is associated with abdominal pain, constipation, diarrhea, or a combination of symptoms. The purpose of this study was to assess the effectiveness of cognitive-behavioral hypnotherapy on clinical symptoms of patients with Irritable bowel syndrome. The method of this study was quasi-experimental With a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all patients with irritable bowel syndrome referred to gastroenterologists in Urmia city during May – June 2019. Among them, 30 patients were selected by convenience method and randomly divided into experimental and control groups (15 patients in each group). The Bowel symptoms severity-frequency scale (Solati Dehkordi et al, 2011) was administered in pre-test and post-test. The experimental group received cognitive-behavioral hypnotherapy for 8 weekly sessions for 60 minutes, but the control group did not receive any intervention. The collected data were analyzed by multivariate analysis of covariance. The results showed that the average scores of physical symptoms in the experimental group were significantly lower than the control group in the post-test (p≤0/001, F=477/58). Based on the results of this study, it can be concluded that cognitive-behavioral hypnotherapy can be effective in improving patients with irritable bowel syndrome.

Keywords: *irritable bowel syndrome, Cognitive - behavioral hypnotherapy, clinical symptoms.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : آذر ۹۹** **پذیرش: خرداد ۱۴۰۰** **ویرایش نهایی : مرداد ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

مقدمه

سندرم روده تحریک‌پذیر[1](IBS) اختلال عملکردی دستگاه گوارش[2] محسوب می‌شود که با درد شکمی، یبوست، اسهال یا ترکیبی از علایم همراه است (لسی، چی و لمبو،[3] ۲۰۱۵). این بیماری بوسیله ملاک‌های Rome III تعریف می‌شود (لانگسترت[4]و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از اید[5]و همکاران، ۲۰۱۷) و به چهار زیر مجموعه طبقه‌بندی می‌شود: سندرم روده تحریک‌پذیر همراه با اسهال (IBS-D)،[6] سندرم روده تحریک‌پذیر همراه با یبوست (IBS-C)،[7] سندرم روده تحریک‌پذیر همراه با الگوی مختلط[8]و سندرم روده تحریک‌پذیر طبقه‌بندی نشده[9](کانازاوا[10]و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از ایدا و همکاران، ۲۰۱۷) این اختلال در جمعیت عمومی شایع است (لی، شیه، سونگ و چن[11]، ۲۰۱۹) و بر کیفیت زندگی و عملکرد روانی بیماران مبتلا تاثیر می‌گذارد (تریپاتی و مهروتا[12]، ۲۰۱۵؛ کاناوان، وست و کارد[13]، ۲۰۱۵). شیوع این بیماری در زنان به طور معنی‌داری بیشتر از مردان است، با افزایش سن در ارتباط است و در افراد متاهل بیشتر از افراد غیر متاهل گزارش شده است. همچنین این بیماری در افرادی که وقایع سخت نظیر فوت بستگان نزدیک، ورشکستگی، بیماری‌های سخت و غیره را تجربه کرده‌اند، بیشتر از سایر افراد گزارش گردیده است. ارتباطی میان شیوع سندرم روده تحریک‌پذیر و سطح سواد مشاهده نشده است (صفائی و همکاران، ۱۳۹۲).

در طول سالها سندرم روده تحریک‌پذیر به وسیله رویکردهای متعددی از جمله انواع درمان‌های دارویی، زیستی، روانی و اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. نابهنجاری در سیستم اعصاب مرکزی نقش مهمی در آسیب‌شناسی روانی اجتماعی این بیماران دارد. لذا پس از تشخیص صحیح بیماری، دارودرمانی به همراه روان‌درمانی می‌تواند موثر باشد (اریکسون، آندرن، کلبرگ و اریکسون،[14]۲۰۱۵). توجه به مسائل روان‌شناختی این بیماران توسط متخصصین داخلی و گوارش و همکاری آنها با متخصصین روان‌شناسی و روان‌پزشک جهت درمان این بیماران می‌تواند تا حد زیادی در رفع علایم این بیماری موثر واقع شود (صولتی دهکردی، رحیمیان، عابدی و باقری، ۱۳۸۵). درمان‌های روانشناختی که بیشتر برای این بیماری مورد توجه واقع می‌شوند عبارتند از اشکال مختلفی از درمان شناختی رفتاری،[15] روان‌درمانی کوتاه‌مدت بینش‌گرا[16]و هیپنوتراپی[17](بالو، بدل و کیفر،[18]۲۰۱۵).

هیپنوتراپی نوعی روان‌درمانی است که از هیپنوتیزم[19]به عنوان بخشی از درمان استفاده می‌کند (تمس،[20]۲۰۱۳؛ ترجمه چگینی، ۱۳۹۲). هیپنوتیزم عبارت است از یک حالت ذهنی که در آن توجه شخص از موضوعات پیرامون کم شده و بر روی موضوع خاصی متمرکز می‌شود (فتحی و فیاض صابری، ۱۳۹۰). روش‌های هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر این فرض مبتنی است که اغلب اختلالات روانی از یک

1. irritable bowel syndrome (IBS)
2. functional gastrointestinal disorder
3. Lacy, Chey & Lembo
4. Longstreth
5. Ida
6. IBS with diarrhea (IBS-D)
7. IBS with constipation (IBS-C)
8. mixed-type IBS
9. unsubtyped IBS
10. kanazawa
11. Lee, Hsieh, Sung & Chen
12. Tripath & Mehrotra
13. Canavan, West & Card
14. Eriksson, Andrén, Kurlberg & Eriksson
15. cognitive behavioral therapy (CBT)
16. Insightful short-term psychotherapy
17. hypnotherapy
18. Ballou, Bedell & Keefer
19. hypnosis
20. Temes

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

نوع خود-هیپنوتیزم مخرب ناشی می‌شود که توسط آرااز[1](۱۹۸۱) خود-هیپنوتیزم منفی[2]نامیده شده است. هیجانات ناسازگار و رفتار متناقض از لحاظ ماهیت، هیپنوتیزمی هستند؛ از این نظر که از قبول غیرانتقادی خودتلقینات منفی شخص، نشات می‌گیرند. به عنوان مثال، خودتلقیناتی نظیر "من شکست خوردم بنابراین بی‌ارزش هستم" خودتلقینات منفی هستند که شخص را از موفقیت و پیروزی باز می‌دارند. به عقیده آرااز، هیپنوتیزم‌درمانی شناختی-رفتاری[3]یک اصطلاح کلی برای رویکردهای رفتاری شناختی در هیپنوتیزم‌درمانی است (آرااز، ۱۹۸۱). این درمان به دو بخش اساسی، شناسایی افکار متناقض (خود هیپنوتیزم منفی) و بازسازی شناختی قابل تقسیم است. در تکنیک شناسایی افکار متناقض درمانگر به درمانجو در کشف و شناسایی افکار منفی کمک می‌کند و در بازسازی شناختی تلقینات منفی و متناقض با تلقینات مثبت و سازنده جایگزین می‌شود.

پژوهش پورحمید و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد روش هیپنوتیزم‌درمانی شناختی-رفتاری بسیار کاراتر از روش شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و افزایش کیفیت زندگی است. اللادین[4](۲۰۱۶) هیپنوتیزم شناختی را به عنوان شاخص مهمی در درمان اختلالات اضطرابی در نظر گرفته است. همچنین آلن و ولفلک[5](۲۰۱۰) و گلدن[6](۲۰۰۷) اثربخشی هیپنوتیزم شناختی-رفتاری در درمان اختلالات جسمانی‌شکل و سندرم روده تحریک‌پذیر را نشان داده‌اند. تاکنون پژوهش‌های اندکی مبنی بر اثربخشی هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر سندرم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است؛ گرچه پژوهش‌هایی در زمینه هیپنوتراپی برای سندرم روده تحریک‌پذیر وجود دارد (لیرد[7]و همکاران، ۲۰۱۷؛ شهبازی، آقایی، رحیمیان، مباشری و صولتی دهکردی، ۱۳۹۱؛ بالو و کیفر، ۲۰۱۷؛ لی، چوی و چوی،[8] ۲۰۱۴؛ ویلگر، منکو فرانکنیس، ولفکامپ، ترومپ، بنینگا؛[9] ۲۰۰۷؛ گالووسکی و بلانچارد؛[10] ۲۰۰۲).

سندرم روده تحریک‌پذیر در دهه‌ی گذشته به عنوان یک مشکل جهانی توجه پژوهشگران را به خود معطوف داشته است، به نحوی که در اولویت‌های تحقیقاتی کشورها قرار گرفته است. با توجه به اهمیت سندرم روده تحریک‌پذیر و رابطه آن با اختلالات روان‌شناختی و محدود بودن تحقیقات انجام گرفته در زمینه درمان‌های روانشناختی اثربخش در این زمینه، مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی- رفتاری بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر صورت گرفته است.

روش

روش پژوهش مطالعه حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش درمان هیپنوتیزم شناختی-رفتاری به عنوان متغیر مستقل و علایم بالینی سندرم روده تحریک‌پذیر به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه بیماران گوارشی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی گوارش شهر ارومیه در بازه زمانی اردیبهشت تا خرداد ماه ۱۳۹۸ بودند، که تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر را جدیداً توسط متخصص گوارش و بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک تشخیصی Rome IIIدریافت کرده بودند و قبلاً دارویی در خصوص درمان خود مصرف نکرده بودند. نمونه آماری پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از جامعه آماری بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه (آزمایش و کنترل) تقسیم شدند. لازم به ذکر است که حجم نمونه در پژوهش‌های آزمایشی و نیمه‌آزمایشی برای هر زیر گروه دست کم ۱۵ نفر کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۳). ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای Rome III، عدم درمان‌های دارویی و

1 .Araoz
2. Negative self - hypnosis
3. Cognitive - behavioral hypnosis
4. Alladin
5 .Allen & Woolfolk
6 .Golden
7 .Laird
8 .Lee, Choi & cho
8 .Bowel symptoms severity-frequency scale (BSS-FS)
9 .Vlieger, Menko Frankenhuis, Wolfkamp, Tromp & Benninga
1 .Galovski & Blanchard 0

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، عدم سابقه جراحی شکم شامل برداشتن دستگاه گوارش، عدم بارداری و یا قصد باردار شدن در طول مطالعه، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایت از شرکت در طرح. ملاک خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه شرکت در طرح بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه شدت و فراوانی علایم سندرم روده تحریک‌پذیر[1](BSS-FS): این پرسشنامه توسط صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۹۰) طراحی شده است که دارای ۱۰ سوال در مورد فراوانی علایم و ۱۰ سوال در مورد شدت علایم است. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، در خصوص فراوانی علایم از صفر (هیچوقت) تا چهار (روزانه به دفعات زیاد) و در خصوص شدت علایم از صفر (بی اهمیت) تا چهار (وحشتناک) صورت می‌گیرد. اعتبار صوری از طریق اجرای فرم اولیه روی ۴۰ بیمار IBS-D و اعتبار محتوایی توسط چند متخصص گوارش مورد تایید قرار گرفت. پایایی بازآزمایی در فاصله بین دو هفته برابر ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (صولتی و همکاران (۱۳۹۰).

روش اجرا: پس از تایید کمیته‌ی اخلاق پژوهش، از بین بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر ارجاع شده از مطب متخصصین گوارش شهر ارومیه، آزمودنی‌ها بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب و وارد مطالعه شدند و با نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شدند. برای آزمودنی‌ها، اهداف پژوهش توضیح داده شد و جهت رعایت حقوق آزمودنی‌ها و رعایت اخلاق پژوهشی به آنها گفته شد که هر زمان تمایل به ادامه و حضور در جلسات را ندارند می‌توانند انصراف دهند. سپس رضایت‌نامه آگاهانه کتبی را تکمیل نمودند، همچنین این اطمینان به آن‌ها داده شد که کلیه اطلاعات دریافتی از آنان محرمانه باقی خواهد ماند. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به یکی از گروه‌ها (آزمایش و کنترل) تخصیص داده شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون از هر دو گروه، هیپنوتیزم شناختی -رفتاری به صورت جلسات درمانی فردی (هفته‌ای یکبار، به مدت ۸ جلسه، هر جلسه ۶۰ دقیقه) بر روی گروه آزمایش اجرا شد. پروتکل درمانی هیپنوتیزم شناختی-رفتاری برای سندرم روده تحریک‌پذیر در جدول یک ارایه شده است (گلدن، ۲۰۰۷). بعد از اتمام مداخلات درمانی، از آزمودنی‌ها پس‌آزمون به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از از تحلیل کوواریانس چند متغیره از طریق نرم‌افزار آماری SPSS- 21 استفاده شد.

جدول ۱: پروتکل درمانی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی-رفتاری برای سندرم روده تحریک‌پذیر

جلسه	هدف درمان	تکلیف
۱	معارفه و آشنایی با یکدیگر، آشنا کردن افراد با ماهیت بیماریشان و نقش عوامل روانشناختی در بروز تشدید علایم، معرفی کلی مدل درمانی (اینکه درمان چند جلسه، زمان هر جلسه و...چقدر خواهد بود)، توضیح در مورد هیپنوتیزم، باورهای غلط و سو برداشت ها در مورد هیپنوتیزم، تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان	مطالعه جزوه هیپنوتیزم شناختی – رفتاری و سندرم روده تحریک‌پذیر
۲	بررسی تکالیف (پرسش در مورد نظرات بیمار نسبت به جزوه ها)،آموزش الگوی شناختی به بیمار (آموزش خود بازبینی و بازسازی شناختی)، شناسایی افکار بر انگیزنده علائم بیماری و احساسات نا خوشایند روده ای، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان و کمک به حل آن، آموزش مهارتهای هیپنوتیزم به منظور اینکه کدام روش تلقینی را انتخاب کنیم، القاء ریلکسیشن به منظور آشنا کردن ضمیر ناخودآگاه با شرایط تصویر سازی ذهنی هیپنوتیزم	انجام خود بازبینی و بازسازی شناختی
۳	بررسی تکالیف بازبینی و بازسازی شناختی، انجام هیپنوتیزم (تلقینات مثبت را در خلسه میدهیم، تن آرامی، ایجاد کنترل درونی تحت هیپنوز مثل ریلکسیشن و تمرکز روی تنفس)، آموزش خود هیپنوتیزم	انجام خو بازبینی و بازسازی شناختی، و انجام روزی ۱۵ دقیقه خود هیپنوتیزم (دادن تلقینات مثبت به خود)

1 .Bowel symptoms severity-frequency scale (BSS-FS)

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

۴	بررسی تکالیف خودبازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند (با استفاده از روش هایی مثل فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی)، انجام هیپنوتیزم در جلسات، دادن تلقینات مثبت بر اساس افکاری که از بیمار بیرون کشیده ایم، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	انجام تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، انجام تکنیک مزایا و معایب، و انجام خود هیپنوتیزم روزی ۱۵ دقیقه
۵	بررسی تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند (با استفاده از روش هایی مثل فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی)، انجام هیپنوتیزم در جلسات، دادن تلقینات مثبت بر اساس افکاری که از بیمار بیرون کشیده ایم، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	انجام تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، انجام تکنیک مزایا و معایب، و انجام خود هیپنوتیزم روزی ۱۵ دقیقه
۶	بررسی تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند(با استفاده از روش هایی مثل فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی)، انجام هیپنوتیزم در جلسات، دادن تلقینات مثبت بر اساس افکاری که از بیمار بیرون کشیده ایم، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	انجام تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، انجام تکنیک مزایا و معایب، و انجام خود هیپنوتیزم روزی ۱۵ دقیقه
۷	بررسی تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند(با استفاده از روش هایی مثل فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی)، انجام هیپنوتیزم در جلسات، دادن تلقینات مثبت بر اساس افکاری که از بیمار بیرون کشیده ایم، افکار مثبت را جایگزین افکار منفی می کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	انجام تکالیف خود بازبینی و بازسازی شناختی، انجام تکنیک مزایا و معایب، و انجام خود هیپنوتیزم روزی ۱۵ دقیقه
۸	خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته، آموزش هیپنوتیزم به بیمار برای اینکه هر زمانی افکار منفی به سراغش آمد خود هیپنوتیزم را انجام دهد و به خود تلقینات مثبت دهد، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی	

یافته‌ها

میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه آزمایش برابر با ۳۹/۱۳ (۱۰/۱۸) و گروه کنترل ۴۱/۷۲ (۹/۵۶) و میانگین و انحراف استاندارد طول مدت بیماری در گروه آزمایش برابر با ۵/۸۱ (۲/۶۶) و در گروه کنترل ۵/۱۵ (۱/۸۹) بوده است. در جدول شماره ۲ شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه ارایه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه آزمایش و کنترل در علایم بالینی IBS

متغیرها		گروه کنترل		گروه آزمایش	
		M	SD	M	SD
فراوانی IBS با اسهال غالب	پیش‌آزمون	۹/۵۳	۶/۶۵	۱۱/۶۰	۶/۵۵
	پس‌آزمون	۹/۳۵	۶/۷۱	۵/۸۰	۱/۵۲
فراوانی IBS با یبوست غالب	پیش‌آزمون	۱۵/۹۳	۶/۹۸	۱۲/۰۶	۷/۸۳
	پس‌آزمون	۱۶/۰۶	۶/۵۹	۴/۴۰	۱/۳۵
شدت IBS با اسهال غالب	پیش‌آزمون	۸/۸۰	۷/۰۲	۱۱/۱۳	۶/۸۰
	پس‌آزمون	۸/۶۶	۷/۱۹	۵/۱۳	۱/۵۱
شدت IBS با یبوست غالب	پیش‌آزمون	۱۵/۵۳	۷/۵۹	۱۱/۲۰	۷/۷۸
	پس‌آزمون	۱۴/۹۳	۷/۸۸	۴/۴۶	۱/۳۵
نمره علایم بالینی	پیش‌آزمون	۴۹/۸۰	۲/۲۱	۴۶/۰۰	۸/۰۳
	پس‌آزمون	۴۹/۲۰	۵/۹۳	۱۷/۸۰	۳/۳۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌گردد در گروه آزمایش، میانگین علایم بالینی IBS و مولفه‌های آن در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، جهت رعایت پیش‌فرض‌های این آزمون از آزمون کولموگروف- اسمیرنف، آزمون لوین و آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج آماره z کولموگروف- اسمیرنف نشان داد سطح آماره برای فراوانی IBS با اسهال غالب (۰/۱۱۱ =P، ۱/۵۱=F)، فراوانی IBS با یبوست غالب (۰/۳۰۳=P ، ۰/۶۷۲=F)، شدت IBS با اسهال غالب (۰/۲۱۹=P ، ۱/۱۹=F)، شدت IBS با یبوست غالب (۰/۲۸۵=P ، ۰/۸۶۷=F) و نمره علایم بالینی IBS (۰/۰۰۹=P ، ۱/۹۱ =F) است؛ بنابراین برای تمام متغیرهای وابسته مورد مطالعه در سطح (P≥۰/۰۵) معنی‌دار نیست و شرط نرمال بودن توزیع متغیرها رعایت شده است. همچنین از آزمون لوین استفاده شد که نتایج برای فراوانی IBS با اسهال غالب (۰/۸۵۶=P ، ۰/۰۳۳=F)، فراوانی IBS با یبوست غالب (۰/۰۷۸=P ، ۳/۳۴=F)، شدت IBS با اسهال غالب (۰/۴۹۰=P ، ۰/۴۸۹=F)، شدت IBS با یبوست غالب (۰/۶۸۶=P ، ۰/۱۸۶=F) و نمره علایم بالینی IBS (۰/۰۸۵=P ، ۳/۱۸=F) بود، بنابراین سطح آماره F برای علایم بالینی IBS و ابعاد آن معنی‌دار نیست (P≥ ۰/۰۵) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها (گروه آزمایش و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابرند. همچنین برای بررسی فرض همگنی کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست (۰/۲۹۷=P و ۳/۸۶=F و ۱۶/۳۵ =BOX) و در نتیجه پیش‌فرض تفاوت بین کوواریانس‌ها برقرار است. با رعایت این پیش‌فرض‌ها نتایج شاخص‌های اعتباری آزمون معنی-داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول شماره ۳ ارایه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های اعتباری آزمون معنی‌داری تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی متغیر علایم بالینی بیماران

منبع	نام آزمون	مقدار	F	فرضیهdf	خطا df	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۶۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹
	لامبدا ویلکز	۰/۰۳۱	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹
	اثر هتلینگ	۳۰/۸۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹
	بزرگترین ریشه خطا	۳۰/۸۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد که در بین دو گروه (آزمایش و کنترل) حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. به منظور بررسی اینکه دو گروه مورد مطالعه در کدامیک از مولفه‌های متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت آماری معناداری دارند، در جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس چندمتغیری ارایه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) بر روی علایم بالینی بیماران

منبع	متغیر وابسته	SS	df	MS	F	p	Eta
گروه	فراوانی IBS با اسهال غالب	۴۱۴/۰۴	۱	۴۱۴/۰۴	۲۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
	فراوانی IBS با یبوست غالب	۱۲۰۹/۶۶	۱	۱۲۰۹/۶۶	۷۶/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱
	شدت IBS با اسهال غالب	۴۴۵/۶۷	۱	۴۴۵/۶۷	۳۴/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷
	شدت IBS با یبوست غالب	۸۹۶/۲۹	۱	۸۹۶/۲۹	۶۶/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	نمره کل علایم بالینی	۱۱۲۷۳/۶۶	۱	۱۱۲۷۳/۶۶	۴۷۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۵۲

همان‌طور که در جدول شماره ۴ ملاحظه می‌گردد بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل در همه ابعاد علایم بالینی IBS و همچنین نمره کل علایم بالینی IBS تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین ابعاد و نمره کل علایم بالینی IBS در گروه آزمایش بعد از ارایه متغیر مستقل به طور معناداری کاهش پیدا کرده است..

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی- رفتاری بر علایم بالینی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج نشان داد که هیپنوتیزم‌درمانی شناختی-رفتاری موجب بهبود علایم بالینی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های آلن و ولفلک (۲۰۱۰) و گلدن (۲۰۰۷) مبنی بر اثربخشی هیپنوتیزم شناختی رفتاری در درمان اختلالات جسمانی‌شکل و سندرم روده تحریک‌پذیر و پورحمید و همکاران (۱۳۹۸) و اللادین (۲۰۱۶) مبنی بر اثربخشی این درمان در کاهش اضطراب همسو است.

تغییر باورها در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر باعث کاهش علایم روان‌شناختی این افراد می‌شود و از آن جایی که این بیماری با علایم روان‌شناختی همپوشانی دارد، تلقین و تغییر باورها باعث کاهش علایم سندرم روده تحریک‌پذیر می‌شود. علاوه بر این، در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر علاوه بر بعد جسمی، تغییر در نوع پردازش مغز نیز موجب تجربه برخی علایم جسمانی می‌شود (بیلهارتز و کرافت[1] ۲۰۰۰؛ به نقل از زمردی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲). پس می‌توان گفت عوامل سبب‌شناسی این سندرم می‌تواند به مسائل روانشناختی و نیز سیستم عصبی خودمختار مربوط باشد (پلیسیر، دانتزر، کانینی، متیو و بوناز[2] ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد مشکلات روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و نابهنجاری‌های شخصیتی در این بیماری شیوع بالای ۵۴ درصدی دارند (توسیک گولوبویک، میلجکویک، نگورنی، لازارویک و نیکولیک[3] ۲۰۱۰). با توجه به اینکه یکی از مشکلات اختلالات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس نبودن تفکر واگرا و یک جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود،و با توجه به این که یکی از علت‌های ایجاد علائم سندرم روده تحریک‌پذیر افسردگی، اضطراب و استرس است، این گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم شناختی رفتاری فرایند بازسازی شناختی را بوسیله تلقین در درمان سندرم روده تحریک‌پذیر تسهیل می‌کند و با تاثیر بر مؤلفه باز بودن ذهن و گسترش آگاهی، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند. ضمن اینکه با تفکر واگرایی که در حالت هیپنوز به دست می‌آورند، بهتر می‌توانند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند، همچنین بینش و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود و در نتیجه موجب بهبود علایم روانشاختی و در نهایت موجب بهبودی علایم سندرم روده تحریک‌پذیر می‌گردد.

رویکرد هیپنوتیزم شناختی رفتاری این مزیت را دارد که به درمانجویان و متخصصین بالینی خط مشی‌هایی را ارائه می‌کند و از لحاظ عملی خود هیپنوتیزمی را بر حسب تعدادی مراحل، طوری تعریف می‌کند که جنبه اسرارآمیز آن برطرف شده و برای درمانجو آسانتر می شود تا این پدیده را که قبلاً فکر می‌کردند هرگز نمی‌توانند در اختیار داشته باشند، مجدداً به کار گیرند. تحت این شرایط، اسنادهای درونی نیز برای ایجاد تغییر، با احتمال بیشتر به نتیجه می‌رسند. چنین اسنادهای درونی برخلاف اسنادهای بیرونی یک درمانگر، یک دارو و یا قدرت هیپنوتیزم، احتمال ایجاد نتایج درمانی پایدار را دارند (گلدن و همکاران، ۲۰۰۰؛ ترجمه نریمانی و همکاران، ۱۳۸۱).

با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی یک نمونه در دسترس انتخاب شده است و این پژوهش فاقد دوره پیگیری بود، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از نمونه گیری تصادفی استفاده گردد و دوره پیگیری در نظر گرفته شود. همچنین از لحاظ کاربردی با توجه به نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که روان‌شناسان و مشاوران یافته‌های این پژوهش را در امر مداخله به کار گیرند و متخصصین گوارش برای نتیجه‌گیری هر چه بهتر در کنار درمان دارویی از هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بهره گیرند.

تشکر و قدردانی: نویسندگان بر خود وظیفه می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان محترم در این پژوهش و خانواده‌های آنها و کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

1. Bilhartz & Croft
2 .Pellissier, Dantzer, Canini, Mathieu & Bonaz
3.Tosic-Golubovic, Miljkovic, Nagorni, Lazarevic & Nikolic

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

منابع

پورحمید، سروقد؛ رضایی، آذرمیدخت؛ بقولی، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علایم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان. *روشها و مدلهای روانشناختی*، ۱۰(۳۵)، ۱۷ – ۳۹.

تمس، روبرتا (۲۰۱۳). *راهنمای جامع هیپنوتیزم*. ترجمه سیاوش چگینی (۱۳۹۲). چاپ سوم. تهران: نشر روان.

دلاور، علی (۱۳۹۳). *روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی*. چاپ چهل و یکم. تهران: نشر ویرایش.

زمردی، سعیده و رسول زاده طباطبایی، سیدکااظم (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۴(۱۳)، ۶۳-۸۸.

حسینی اصل، سید محمد کاظم و امراء، بابک (۱۳۸۱). بررسی علائم سندرم روده تحریک پذیر و رابطه آن با برخی عوامل خطر ساز احتمالی در زنان بالای بیست سال شهرکرد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۵(۱)، ۶۲ – ۵۲.

شهبازی، کوروش؛ آقایی، اصغر؛ رحیمیان، قربانعلی؛ مباشری، محمود؛ صولتی دهکردی، کمال (۱۳۹۱). اثر بخشی هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و دارو درمانی تنها روی فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱۴(۶)، ۹ – ۱.

صفائی، آزاده؛ خشک رود منصوری، بابک؛ پور حسینقلی، محمدامین؛ مقیمی دهکردی، بیژن؛ پورحسینقلی، اسما؛ حبیبی، منیژه؛ زالی، محمدرضا (۱۳۹۲). بررسی شیوع سندرم روده تحریک پذیر: مطالعه‌ای مبتنی بر جمعیت. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۴(۱)، ۲۳ – ۱۷.

صولتی دهکردی، کمال؛ ادیبی، پیمان؛ قمرانی، امیر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی بر کیفیت زندگی، فراوانی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر. *مجله ی دانشگاه علوم پزشکی کرمان*، ۱۹(۱)، ۱۰۳ – ۹۴.

صولتی دهکردی، سیدکمال؛ رحیمیان، قربانعلی؛ عابدی، احمد.، باقری، ناصر (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین اختلالهای روانی با سندرم روده تحریک پذیر(IBS). *دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۸(۲)، ۳۱ – ۳۷.

فتحی، مهدی و فیاض صابری، محمدحسین (۱۳۹۰). *هیپنوتیزم بالینی*. مشهد: انتشارات هورمهر.

گلدن، ویلیام ال؛ داود، ای.توماس؛ فریدبرگ، فرد (۲۰۰۰). *هیپنوتیزم درمانی*. ترجمه محمد نریمانی و جواد شافعی مقدم(۱۳۸۱). چاپ چهارم. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی، شرکت به نشر.

Alladin, A. (2016). Cognitive hypnotherapy for accessing and healing emotional injuries for anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *59*(1), 24-46.

Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics*, *33*(3), 579-593.

Araoz, D. L. (1981). Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *12*(1), 45-52.

Ballou, S., Bedell, A., & Keefer, L. (2015). Psychosocial impact of irritable bowel syndrome: A brief review. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*, *6*(4), 120.

Ballou, S., & Keefer, L. (2017). Psychological interventions for irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases. *Clinical and translational gastroenterology*, *8*(1), e214.

Bilhartz, L., Croft, C. (2000). *Gastrointestinal disease in primary care*. Philadelphia: Coloplon.

Bothwell, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for psychosomatic disorders. *Continuing Medical Education*, *21*(3), 124-131.

Boyce, P., Gilchrist, J., Talley, N. J., & Rose, D. (2000). Cognitive-behaviour therapy as a treatment for irritable bowel syndrome: a pilot study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *34*(2), 300-309.

Canavan, C., West, J., & Card, T. (2015). Change in quality of life for patients with irritable bowel syndrome following referral to a gastroenterologist: a cohort study. *PloS one*, 10(10), 139-146.

Drossman, D. A., & Dumitrascu, D. L. (2006). Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *Journal of gastrointestinal and liver diseases*, *15*(3), 237.

Eriksson, E. M., Andrén, K. I., Kurlberg, G. K., & Eriksson, H. T. (2015). Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21(40), 11439.

Ford, A. C., Marwaha, A., Lim, A., & Moayyedi, P. (2010). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of irritable bowel syndrome in individuals with dyspepsia. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), 401-409.

Galovski, T. E., & Blanchard, E. B. (2002). Hypnotherapy and refractory irritable bowel syndrome: A single case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(1), 31–37.

Golden, W. L. (2007). Cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of irritable-bowel-syndrome-induced agoraphobia. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, *55*(2), 131-146.

Golden, W. L. (1994). Cognitive-behavioral hypnotherapy for anxiety disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *8*(4), 265-274.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

Gros, D. F., Antony, M. M., McCabe, R. E., & Swinson, R. P.(2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of anxiety disorders*, *23*(2), 290-296.

Ida, M., Nishida, A., Akiho, H., Nakashima, Y., Matsueda, K., & Fukudo, S. (2017). Evaluation of the irritable bowel syndrome severity index in Japanese male patients with irritable bowel syndrome with diarrhea. *BioPsychoSocial medicine*, 11(1), 7.

Kanazawa, M., Palsson, O. S., Thiwan, S. I., Turner, M. J., Van Tilburg, M. A., Gangarosa, L. M.,... & Whitehead, W. E. (2008). Contributions of pain sensitivity and colonic motility to IBS symptom severity and predominant bowel habits. *The American journal of gastroenterology*, 103(10), 2550.

Kellner, R.(1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. Psychotherapy and psychosomatics, 61(1-2), 4-24.

Lacy, B. E., Chey, W. D., & Lembo, A. J. (2015). New and emerging treatment options for irritable bowel syndrome. *Gastroenterology & hepatology*, *11*(4 Suppl 2), 1.

Laird, K. T., Tanner- Smith, E. E., Russell, A.C., Hollon, S. D., & Walk- er, L. S. (2017). Comparative efficacy of psychological therapies for improving mental health and daily functioning in irritable bowel syndrome: A systematic review and meta- analysis. *Clin Psychol Rev*, 51, 142-52.

Lee, H. H., Choi, Y. Y., & Choi, M. G. (2014). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 20(2), 152.

Lee, M. C., & Tracey, I. (2013). Imaging pain: A potent means for investigating pain mechanisms in patients. *British Journal of Anaesthesia*, 111(1), 64–72.

Lee, T. Y., Hsieh, T. C., Sung, H. C., & Chen, W. L. (2019). Internet-Delivered cognitive behavior therapy for young taiwanese female nursing students with irritable bowel syndrome—a cluster randomized controlled Trial. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 708.

Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, *130*(5), 1480-1491.

Manning, A. P., Thompson, W. G., Heaton, K. W., & Morris, A. F. (1978). Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J*, *2*(6138), 653-654.

Owyang, C. H. (2012). Irritable bowel syndrome. In: Longo D. L, Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Jameson, J. L., Loscalzo, J., editors. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18th ed. USA: Mc Graw- Hill Companies Inc perss, P, 2496-501.

Pellissier, S., Dantzer, C., Canini, F., Mathieu, N., & Bonaz, B. (2010). Psychological adjustment and autonomic disturbances in inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 35(5), 653-662.

Spiller, R., Aziz, Q., Creed, F., Emmanuel, A., Houghton, L., Hungin, P., & Whorwell, P. (2007). Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, *56*(12), 1770-1798.

Tosic-Golubovic, S., Miljkovic, S., Nagorni, A., Lazarevic, D., & Nikolic, G.(2010). Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatria Danubina*, *22*(3), 418-424.

Tripathi, R., & Mehrotra, S. (2015). Irritable bowel syndrome and its psychological management. *Industrial psychiatry journal*, 24(1), 91.

Vlieger, A. M., Menko–Frankenhuis, C., Wolfkamp, S. C. S., Tromp, E., & Benninga, M. A. (2007). Hypnotherapy for children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *Gastroenterology*, 133(5), 1430–1436.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-09]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.5.3.1]