

## اثربخشی هیپنوتیزمدرمانی شناختی - رفتاری بر علایم بالینی سندروم روده تحریک‌پذیر The Effectiveness of Cognitive – Behavioral Hypnotherapy on clinical symptoms of Irritable Bowel Syndrome

Dr. Esmaiel Soleimani\*

Associate Professor, Urmia University, Urmia,  
Iran.

E.soleimani@urmia.ac.ir

Aysan Esmaeli

M. A. in Psychology, Urmia Azad University,  
Urmia Branch, Urmia, Iran.

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.

### 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 ( $p \leq 0/001$ ,  $F=477/58$ ). 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.

### چکیده

سندروم روده تحریک‌پذیر اختلال عملکردی دستگاه گوارش است که با درد شکمی، بیوست، اسهال یا ترکیبی از علایم همراه است. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی هیپنوتیزمدرمانی شناختی - رفتاری بر شدت علایم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود. روش پژوهش مطالعه حاضر نیمهآزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سندروم 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 (صoluti dehkhordi و همکاران، ۱۳۹۰) در پیش آزمون 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 مداخله‌ای دریافت نکردند. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون میانگین کوواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات علایم سندروم روده تحریک‌پذیر در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش معناداری یافت ( $F=477/58$ ،  $P \geq 0/001$ ). بر اساس نتایج مطالعه حاضر می‌توان نتیجه‌گیری نمود که هیپنوتیزمدرمانی شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

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

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

## مقدمه

سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> (IBS) اختلال عملکردی دستگاه گوارش<sup>۲</sup> محسوب می‌شود که با درد شکمی، بیبوست، اسهال یا ترکیبی از عالیم همراه است (لی، چی و لمبو، ۲۰۱۵). این بیماری بوسیله ملاک‌های Rome III<sup>۳</sup> تعریف می‌شود (لانگسترت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ به نقل از اید<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۷) و به چهار زیر مجموعه طبقه‌بندی می‌شود: سندروم روده تحریک‌پذیر همراه با اسهال (IBS-D)،<sup>۶</sup> سندروم روده تحریک‌پذیر همراه با بیبوست (IBS-C)<sup>۷</sup> سندروم روده تحریک‌پذیر همراه با الگوی مختلط<sup>۸</sup> و سندروم روده تحریک‌پذیر طبقه‌بندی نشده<sup>۹</sup> (کانازاوا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از ایدا و همکاران، ۲۰۱۷) این اختلال در جمیعت عمومی شایع است (لی، شیه، سونگ و چن<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۹) و بر کیفیت زندگی و عملکرد روانی بیماران مبتلا تاثیر می‌گذارد (تریپاتی و مهروتا<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵؛ کاناوان، وست و کارد<sup>۱۳</sup>، 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 وغیره را تجربه کرده‌اند، بیشتر از سایر افراد گزارش گردیده است. ارتباطی میان شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر و سطح سواد مشاهده نشده است (صفائی و همکاران، ۱۳۹۲).

در طول سالها سندروم 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 (اریکsson، آندرن، کلبرگ و اریکsson، ۲۰۱۵<sup>۱۴</sup>). توجه به مسائل روان‌شناختی این بیماران توسط متخصصین داخلی و گوارش و همکاری آنها با متخصصین روان‌شناسی و روان‌پژوهشک جهت درمان این بیماران می‌تواند تا حد زیادی در رفع عالیم این بیماری موثر واقع شود (صلوی 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<sup>۱۵</sup>. روان‌درمانی کوتاه‌مدت بیشتر گرای هیپنوتراپی (بالو، بدل و کیفر، ۲۰۱۵<sup>۱۶</sup>).

هیپنوتراپی نوعی روان‌درمانی است که از هیپنوتیزم<sup>۹</sup> به عنوان بخشی از درمان بخشنده است کند (تمس، ۲۰۱۳<sup>۱۷</sup>؛ 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 متمرک می‌شود (فتحی و فیاض صابری، ۱۳۹۰). روش‌های هیپنوتیزم شناختی- رفتاری بر این فرض مبنی 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

1 .kanazawa	0
1 .Lee, Hsieh, Sung & Chen	1
1 .Tripathi & Mehrotra	2
1 .Ghavan, West & Card	3
1 .Eriksson, Andrén, Kurlberg & Eriksson	4
1 .cognitive behavioral therapy (CBT)	5
1 .Insightful short-term psychotherapy	6
1 .hypnotherapy	7
1 .Ballou, Bedell & Keefer	8
1 .hypnosis	9
2 .Temes	0

نوع خود-هیپنوتیزم مخرب ناشی می‌شود که توسط آراز<sup>۱</sup> (۱۹۸۱) خود-هیپنوتیزم منفی 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 بی ارزش هستم" خودتلقینات منفی هستند که شخص را از موفقیت و پیروزی باز می‌دارند. به عقیده آراز، هیپنوتیزمدرمانی شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> یک اصطلاح کلی برای رویکردهای رفتاری شناختی در هیپنوتیزمدرمانی است (آراز، 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 پور حمید و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد روش هیپنوتیزمدرمانی شناختی-رفتاری بسیار کارتر از روش شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب امتحان و افزایش کیفیت زندگی است. اللادین<sup>۳</sup> (۲۰۱۶) هیپنوتیزم شناختی را به عنوان شاخص مهمی در درمان اختلالات اضطرابی در نظر گرفته است. همچنین آلن و ولفلک<sup>۴</sup> (۲۰۱۰) و گلدن<sup>۵</sup> (۲۰۰۷) اثربخشی هیپنوتیزم شناختی-رفتاری در درمان اختلالات جسمانی شکل و سندروم روده تحریک‌پذیر را نشان داده‌اند. تاکنون پژوهش‌هایی اندکی مبنی بر اثربخشی هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر سندروم روده تحریک‌پذیر انجام گرفته است؛ گرچه پژوهش‌هایی در زمینه هیپنوتراپی برای سندروم روده تحریک‌پذیر وجود دارد (لیرد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۷؛ شهبازی، آقایی، رحیمیان، مبادری و صولتی دهکردی، ۱۳۹۱؛ بالو و کیفر، ۲۰۱۷؛ لی، چوی و چوی<sup>۷</sup>؛ ۲۰۱۴؛ ویلگر، منکو فرانکنکیس، ولفکامپ، ترومپ، بنینگا<sup>۸</sup>؛ ۲۰۰۷؛ گالووسکی و بلانچارد<sup>۹</sup>؛ ۲۰۰۲).

سندروم 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 سندروم 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 عالیم بیماران مبتلا به سندروم 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 عالیم بالینی سندروم 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 سندروم روده تحریک‌پذیر را جدیداً توسط متخصص گوارش و بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک تشخیصی Rome III دریافت کرده بودند و قبلًا دارویی درخصوص 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 سندروم 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 Frankenhuus, Wolfkamp, Tromp & Benninga

1 .Galovski & Blanchard

روان‌شناختی طی سه ماه گذشته، عدم سابقه جراحی شکم شامل برداشت 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 تمايل به ادامه شرکت در طرح بود.

#### ابزار سنجش

**پرسشنامه شدت و فراوانی عالیم سندروم روده تحریک پذیر<sup>1</sup> (BSS-FS):** این پرسشنامه توسط صولتی دهکردی و همکاران (۱۳۹۰) طراحی شده است که دارای ۱۰ سوال در مورد فراوانی عالیم و ۱۰ سوال در مورد شدت عالیم است. نمره گذاری بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، در خصوص فراوانی عالیم از صفر (هیچوقت) تا چهار (روزانه به دفعات زیاد) و در خصوص شدت عالیم از صفر (بی‌اهمیت) 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 ۸۱/۰ به دست آمد. همچنین، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد (صolutی و همکاران ۱۳۹۰).

**روش اجرا:** پس از تایید کمیته‌ی اخلاق پژوهش، از بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک پذیر 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 تمايل 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 محترمانه 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 سندروم روده تحریک پذیر 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 تحلیل کوواریانس چند متغیره از طریق نرم‌افزار آماری SPSS- 21 استفاده شد.

جدول ۱: پروتکل درمانی هیپنوتیزم درمانی شناختی - رفتاری برای سندروم روده تحریک پذیر

جلسه	هدف درمان	تکلیف
۱	معارفه و آشنایی با یکدیگر، آشنا کردن افراد با ماهیت بیماری‌شان و نقش عوامل روان‌شناختی در بروز تشدید عالیم، معرفی کلی مدل درمانی (اینکه درمان چند جلسه، زمان هر جلسه و...قدر خواهد بود)، توضیح در مورد هیپنوتیزم، باورهای غلط و سو برداشت‌ها در مورد هیپنوتیزم، تعیین اهداف و انتظارات بیمار از درمان	مطالعه جزو هیپنوتیزم شناختی - رفتاری و سندروم روده تحریک پذیر
۲	بررسی تکالیف (پرسش در مورد نظرات بیمار نسبت به جزو ها)، آموزش الگوی شناختی به بیمار (آموزش خود بازبینی و بازسازی شناختی)، شناسایی افکار بر انگزش‌نده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند روده ای، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان و کمک به حل آن، آموزش مهارت‌های هیپنوتیزم به منظور اینکه کدام روش تلقی‌یی 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 آرامی، ایجاد کنترل درونی تحت هیپنوز مثل ریلکسیشن و تمرکز روی تنفس، آموزش خود هیپنوتیزم	انجام خو بازبینی و بازسازی شناختی، انجام هیپنوتیزم (تلقینات مثبت را در خلسه میدهیم، تن مشیت به خود)

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

بررسی تکالیف خودبازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند (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 می‌کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	۴
بررسی تکالیف خودبازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند (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 می‌کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	۵
بررسی تکالیف خودبازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند (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 می‌کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	۶
بررسی تکالیف خودبازبینی و بازسازی شناختی، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند (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 می‌کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	۷
خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته، آموزش نحوه ارزیابی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می‌آورند (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 می‌کنیم، بیمار باید در منزل خود هیپنوتیزم را انجام دهد.	۸

## یافته‌ها

میانگین (و انحراف استاندارد) سنی گروه آزمایش برابر با ۳۹/۱۳ (۴۱/۱۸) 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 شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مورد مطالعه ارایه شده است.

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

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

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

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  $P=0.111$ ،  $F=1/19$ ،  $P=0.0219$ ،  $F=1/51$ ،  $P=0.051$ ، فراوانی IBS با بیوست غالب  $F=0.672$ ،  $P=0.303$ ، شدت IBS با اسهال غالب  $F=0.219$ ،  $P=0.219$ ، شدت IBS با بیوست غالب  $F=0.285$ ،  $P=0.009$ ،  $F=0.285$  و نمره علایم بالینی IBS  $F=0.191$  است؛ بنابراین برای تمام متغیرهای وابسته مورد مطالعه در سطح  $\geq 0.05$  معنی‌دار نیست و شرط نرمال بودن توزیع متغیرها را رعایت شده است. همچنین از آزمون لوین استفاده شد که نتایج برای فراوانی IBS با اسهال غالب  $F=0.033$ ،  $P=0.856$ ، فراوانی IBS با بیوست غالب  $F=0.078$ ،  $P=0.78$ ، شدت IBS با اسهال غالب  $F=0.049$ ،  $P=0.490$ ، شدت IBS با بیوست غالب  $F=0.086$ ،  $P=0.686$  و نمره علایم بالینی IBS  $F=0.186$ ،  $P=0.049$ ،  $F=0.186$  بود، بنابراین سطح آماره F برای علایم بالینی IBS و ابعاد آن معنی‌دار نیست ( $P \geq 0.05$ ) 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 کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار باکس معنی‌دار نیست ( $P=0.297$  و  $F=0.297$  و  $F=0.0297$ ) 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	فرضیه	df	خطا	P	Eta
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۶۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹	۰/۹۶۹
	لامبدا ویلکز	۰/۰۳۱	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹	۰/۹۶۹
	اثر هتینگ	۳۰/۸۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹	۰/۹۶۹
	بزرگترین ریشه خطأ	۳۰/۸۹	۱۶۲/۱۸	۴/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۹	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	فراآنی IBS با اسهال غالب	۴۱۴/۰۴	۱	۴۱۴/۰۴	۲۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
	فراآنی IBS با بیوست 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 بیوست 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..

## بحث و نتیجه‌گیری

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

تفصیل باورها در افراد مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر باعث کاهش عالیم روان شناختی این افراد می‌شود و از آن جایی که این بیماری با عالیم روان شناختی همپوشانی دارد، تلقین و تغییر باورها باعث کاهش عالیم سندروم روده تحریک‌پذیر می‌شود. علاوه بر این، در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر علاوه بر بعد جسمی، تغییر در نوع پردازش مغز نیز موجب تجربه برخی عالیم جسمانی می‌شود (Bilhartz & Croft, ۲۰۰۰؛ به نقل از زمردی و رسول‌زاده طباطبایی، ۱۳۹۲). پس می‌توان گفت عوامل سبب شناسی این سندروم می‌تواند به سائل روان‌شناختی و نیز سیستم عصبی خودمختار مربوط باشد (Pellissier, Dantzer, Canini, Mathieu & Bonaz, ۲۰۱۰). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و نابهنجاری‌های شخصیتی در این بیماری شیوع بالای ۵۴ درصدی دارند (Tosic & Golubovic, Miljkovic, Nagorni, Lazarevic & Nikolic, ۲۰۱۰). با توجه به اینکه یکی از مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب و استرس نبودن تفکر واگرا و یک جانبه‌نگری بیمار است که به خطاها شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود و با توجه به این که یکی از علتهای ایجاد عالم سندروم روده تحریک‌پذیر افسردگی، اضطراب و استرس است، این گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم شناختی رفتاری فرایند بازسازی شناختی را بوسیله تلقین در درمان سندروم 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 بینایین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود و در نتیجه موجب بهبود عالیم روان‌شناختی و در نهایت موجب بهبودی عالیم سندروم 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 هیپنوتیزم را بر حسب تعدادی مراحل، طوری تعریف می‌کند که جنبه اسرارآمیز آن برطرف شده و برای درمان‌جو آسانتر می‌شود تا این پدیده را که قبل‌اً فکر می‌کردن هرگز نمی‌توانند در اختیار داشته باشند، مجددًا 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 (Gilden & Hmkaaran, 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 نمونه‌گیری 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:** نویسنده‌گان بر خود وظیفه می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان محترم در این پژوهش و خانواده‌های آنها و کلیه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

## 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 (۱۳۹۰). راهنمای جامع هیپنوتیزم. ترجمه سیاوش چگینی (۱۳۹۲). چاپ سوم. تهران: نشر روان.
- دلاور، علی (۱۳۹۳). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. چاپ چهل و یکم. تهران: نشر ویرایش.
- زمردی، سعیده و رسول زاده طباطبایی، سید‌کاظم (۱۳۹۲). مقایسه اثر بخشی درمانگری شناختی- رفتاری و درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. مطالعات روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۴)، ۶۳-۸۸.
- حسینی اصل، سید محمد کاظم و امراء، بابک (۱۳۸۱). بررسی علائم سندروم روده تحریک‌پذیر 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 توان با دارو درمانی و دارو درمانی تنها روی فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، ۱۴(۶)، ۹-۱.
- صفائی، آزاده؛ خشک رود منصوری، بابک؛ پور حسینقلی، محمدامین؛ مقیمی دهکردی، بیژن؛ پور حسینقلی، اسماعیل؛ حبیبی، منیژه؛ زالی، محمدرضا (۱۳۹۲). بررسی شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر: مطالعه‌ای مبتنی بر جمعیت. مجله پزشکی ارومیه، ۱(۲۴)، ۲۳-۱۷.
- صولتی دهکردی، کمال؛ ادبی، پیمان؛ قمرانی، امیر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری تأثیر با دارو درمانی بر کیفیت زندگی، فراوانی و شدت علائم در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۱(۱۹)، ۱۰۳-۹۴.
- صولتی دهکردی، سید‌کمال؛ رحیمیان، قربانعلی؛ عابدی، احمد؛ باقری، ناصر (۱۳۸۵). بررسی رابطه بین اختلالهای روانی با سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS). دانشگاه علوم پزشکی ارستان، ۸(۲)، ۳۱-۳۷.
- فتحی، مهدی و فیاض صابری، محمدمحسن (۱۳۹۰). هیپنوتیزم بالینی. مشهد: انتشارات هورمه.
- 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., & Dumitrescu, 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.

- 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.
- Totic-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.

