

## Efficacy of Hypnotherapy on Symptoms Severity and Rumination of Patients with Irritable Bowel Syndrome

Negar Fouladi<sup>1</sup>, Shahram Mohammadkhani<sup>2,\*</sup>, Enayatollah Shahidi<sup>3</sup>, Nasser Ebrahimi Daryani<sup>4</sup>

<sup>1</sup> PHD Student, Department of Psychology, College of Human Science, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran

<sup>2</sup> Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> MD, Cognitive-Behavioral Psychotherapist, Faculty of Specialization in Cognitive-Behavioral Psychotherapy, Tolman Institute, Palermo, Italy.

<sup>4</sup> Professor of Medicine, Head of Imam Khomeini Gastroenterology Ward School of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### ABSTRACT

#### Background:

The aim of this study was to develop a therapeutic plan based on hypnotherapy for patients with irritable bowel syndrome (IBS) and determine the effectiveness of this treatment on the intensity of IBS symptoms and rumination of patients with IBS.

#### Materials and Methods:

The research design was a quasi-experimental with a pre-test, a post-test, and 3 months of follow-up. Of the patients who were referred to gastroenterology clinics in Tehran, 32 patients with IBS were randomly divided into two groups; hypnotherapy group and control group. Medical treatment along with hypnotherapy was individually conducted for eight sessions in the intervention group and the control group received only medical treatment. IBS Symptom Severity Scale (IBS-SSS) and rumination were completed in pretest, post-test, and follow-up stages by the patients and data were analyzed with repeated measures analysis of variance.

#### Results:

The variable scores of symptoms severity and rumination in experimental group was significantly lower than the control group ( $p < 0.05$ ) and the effect of the therapeutic plan persisted until the follow-up stage.

#### Conclusion:

The results showed that hypnotherapy can be an effective treatment for patients with irritable bowel syndrome. Therefore, psychological treatment is essential for the management of these patients.

**Keywords:** Irritable Bowel Syndrome, Hypnotherapy, Symptoms, Rumination.

*please cite this paper as:*

Fouladi N, Mohammadkhani S, Shahidi E, Ebrahimi Daryani N. Efficacy of Hypnotherapy on Symptoms Severity and Rumination for Physical-Psychological Health Promotion in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2019;24:163-169.

#### \*Corresponding author:

Shahram Mohammadkhani, MD  
No.43.South Mofatteh Ave, Kharazmi University,  
Tehran, Iran  
Tel: +98 21 88356736  
fax: +98 21 88356322  
E-mail: sh.mohammadkhani@gmail.com

Received: 10 Apr 2019

Edited: 20 Jul. 2019

Accepted: 21 Jul. 2019

## اثربخشی هیپنوتراپی در شدت علائم و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر

نگار فولادی<sup>۱</sup>، شهرام محمدخانی<sup>۲\*</sup>، عنایت آله شهیدی<sup>۲</sup>، ناصر ابراهیمی دریانی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران  
<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.  
<sup>۳</sup> پزشک، دکترای تخصصی روان‌درمانی شناختی رفتاری، دانشکده تربیت متخصص روان‌درمانی شناختی رفتاری، انستیتو تولمن، پالمو، ایتالیا  
<sup>۴</sup> استاد، بخش گوارش بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه تهران، تهران، ایران

### چکیده

#### زمینه و هدف:

هدف از این مطالعه، تهیه و تدوین یک طرح درمانگری مبتنی بر هیپنوتراپی برای سندروم روده تحریک‌پذیر<sup>۱</sup> و تعیین اثربخشی این درمان در شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر بود.

#### روش بررسی:

طرح پژوهش از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق تخصصی گوارش شهر تهران، ۳۲ بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به‌صورت تصادفی در دو گروه درمان هیپنوتیزمی و کنترل جای گرفتند. گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی، به‌صورت انفرادی طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان هیپنوتیزمی قرار گرفتند و گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت کردند. پرسشنامه‌های شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-SSS) و نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری توسط بیماران تکمیل شدند و داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

#### یافته‌ها:

نتایج نشان داد در متغیرهای شدت علائم بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت ( $p < 0/05$ ) و تأثیر این طرح درمان تا مرحله پیگیری ادامه داشت.

#### نتیجه‌گیری:

نتایج نشان داد که هیپنوتراپی می‌تواند درمان مؤثری در بهبود بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر باشد. از این رو توجه به درمان روان‌شناختی برای مدیریت این بیماران ضروری است.

**کلید واژه:** سندرم روده تحریک‌پذیر، هیپنوتراپی، شدت علائم بیماری IBS، نشخوار فکری.

گوارش/ دوره ۲۴، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۸-۱۶۹-۱۶۳

1. Irritable Bowel Syndrome

#### زمینه و هدف:

سندروم روده تحریک‌پذیر (IBS) شایع‌ترین اختلال عملکردی دستگاه گوارش است. (۱) برای نخستین بار اوسلر در سال ۱۸۹۲ میلادی این بیماری را کولیت موکوسی نامید. مشخصاتی که وی از این بیماری بیان نمود؛ موکوره و کولیک شکمی بود که اکثراً در بیماران دچار علائم آسیب‌شناسی روانی مشاهده شده بود. در زنان شیوع بیشتری دارد و علائم بیماری در ۵۰٪ از بیماران تا قبل از ۳۵ سالگی شروع می‌شود. (۲و۳) در بین کشورها، میزان شیوع بیماری تفاوت‌های گسترده‌ای دارد. (۴) مطالعات متعددی در ایران شیوع سندروم روده تحریک‌پذیر را در جمعیت‌های گوناگون از حدود ۱/۱ تا ۲۵ درصد گزارش کرده‌اند. (۵و۶) در

#### \*نویسنده مسئول: شهرام، محمدخانی

تهران خیابان مفتاح جنوبی، دانشگاه خوارزمی، طبقه ۸، گروه روانشناسی بالینی

تلفن: ۰۲۱-۸۸۳۵۶۷۳۵

نمابر: ۰۲۱-۸۸۳۵۷۳۲۲

پست الکترونیک: sh.mohammadkhani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۸/۱/۲۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۸/۴/۲۹

تاریخ پذیرش: ۹۸/۴/۳۰

نولمن - هوکسما<sup>۱</sup> است. (۲۵) این نوع تفکر در برخی اختلالات هیجانی همانند افسردگی، وسواس فکری- عملی، اضطراب فراگیر و اختلال استرس پس از حادثه مشاهده می‌شود. (۲۶) یکی دیگر از گزینه‌های درمانی در سندروم روده تحریک پذیر، هیپنوتراپی معطوف به روده است (۲۷) هیپنوتراپی متمرکز بر دستگاه گوارش نخستین بار توسط پروفیسور وورول در سال ۱۹۸۴ در بیمارستان جنوب منچستر انگلیس ابداع گردید. (۲۸) مکانیسم‌های زیر بنایی تأثیر هیپنوتیزم بر مشکلات دستگاه گوارش هنوز مشخص نیست، ولی شماری از مطالعات نشان می‌دهند که تلفیقی از تأثیر بر عملکرد روده و تغییرات در سیگنال‌های حسی مغز را شامل می‌شود. (۲۹) با توجه به شیوع و هزینه بالای بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و همراهی این بیماری با اختلال‌های روان‌شناختی همچون اضطراب و افسردگی، لزوم توجه به رویکردهای مؤثرتر روان‌شناختی ضروری به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به کمبود پژوهش‌های روان‌شناختی مداخله‌ای در مورد بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر در داخل کشور و لزوم وجود پروتکل درمان هیپنوتیزمی انفرادی مشخص برای بیماران ایرانی و نیز با توجه به تجربه نشخوار فکری در این بیماران و عدم بررسی متغیر مذکور در پژوهش‌های داخل و بیرون از کشور، مطالعه حاضر با هدف ارائه و استفاده از یک بسته درمانی هیپنوتیزمی در درمان بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر و نیز با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی بر شدت علائم بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر، انجام گرفت. با توجه به آنچه بیان شد، مسئله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا هیپنوتراپی در کاهش علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر است؟

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه تجربی و با مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد و در مرکز کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT۲۰۱۹۰۱۲۱۰۴۲۴۳۷N۱ ثبت رسیده است. در این مطالعه که سال ۱۳۹۶ انجام شد، بیماران مراجعه‌کننده به مطب آقای دکتر دریانی که تشخیص بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر را دریافت کرده‌اند، به‌عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند. ۳۲ نفر از بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر به صورت نمونه‌گیری در دسترس، با توجه به معیارهای ورودی همچون سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، تمایل و رضایت از شرکت در طرح، عدم وجود سابقه بیماری روانی به‌طور مشخص، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی طی ۶ ماه گذشته، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی خاص، با رعایت اصول اخلاق پژوهش و تأکید بر محرمانه بودن اطلاعات آنان و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، در پژوهش شرکت داده شدند و به صورت تصادفی در دو گروه درمان هیپنوتیزمی (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) جایگزین شدند. گروه مداخله علاوه بر درمان دارویی، به صورت انفرادی طی هشت جلسه هفتگی تحت درمان هیپنوتیزمی قرار گرفتند و گروه کنترل تنها درمان دارویی را دریافت کردند.

الگوی درمانگری استفاده شده در درمان هیپنوتیزمی برای نخستین بار در ایران ساخته شده که بر اساس الگوگیری کلی از مجموع منابع در دسترس و بسته‌های درمانی گونسال کورال (۳۰) و پالسون (۳۱) به همراه تجربه درمانگری دکتر شهیدی تهیه شد. جلسات درمان شامل ۸

ایران هزینه سالانه سندروم روده تحریک‌پذیر را ۲/۸ میلیون دلار برای جمعیت بالغ شهری گزارش کرده‌اند که بار سنگینی بر اقتصاد کشور می‌گذارد. (۷) علت بیماری به درستی مشخص نشده است ولی نقش احتمالی فعالیت غیرطبیعی اعصاب حسی و حرکتی روده، اختلالات کارایی اعصاب مرکزی، اختلالات روانی، استرس و عوامل داخلی مجرای را گزارش کرده‌اند. (۸)

سندرم روده تحریک‌پذیر با کار در شیفت شب و شیفت‌های چرخشی، نارضایتی از زندگی، دید و بازدید خانوادگی محدود، استرس اخراج از کار و تغییر شغل، مرگ یکی از بستگان به ویژه در دوران کودکی، مهاجرت جنگ برای ۲ تا ۴ سال، آزار جسمی و جنسی در دوران کودکی و دیگر شرایط خانوادگی و اجتماعی و اقتصادی و پزشکی مرتبط است. (۹) علائم روان‌شناختی گرچه به خودی خود بخشی از سندرم روده تحریک‌پذیر نیستند ولی در سیر بیماری و پیامدهای بالینی بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر نقش به‌سزایی دارند. (۱۰) شواهد نشان می‌دهد بین بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر در بعضی متغیرهای روانی و اجتماعی از جمله اختلال اضطراب و افسردگی (۱۱-۱۳)، مورد سوء استفاده هیجانی قرار گرفتن و سرزنش خود (۱۴) تفاوت‌هایی با افراد سالم وجود دارد. داروی ضدافسردگی (۱۵ و ۱۶) و داروهای مؤثر بر سروتونین (5-HT) از جمله این داروها آلوسترون، سیلانسترون و تگاسرود برای کاهش علائم روده‌ها تجویز می‌شوند. (۱۷)

استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در بهبود بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر تأثیرگذار می‌باشند، از جمله این درمان‌ها، هیپنوتراپی می‌باشد. هیپنوتیزم به عنوان روش درمانی و شامل القا و تلقیناتی برای تجربیات تجسمی می‌باشد. القا هیپنوتیزمی برای وارد شدن سوژه به یک آگاهی تغییر یافته صورت می‌گیرد. سپس تلقینات برای تغییر در تجربه ذهنی، تغییر در ادراک، احساس، هیجان، تفکر و یا رفتار ارائه می‌شود. (۱۸) در بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر درد یا ناراحتی شکمی عودکننده، حداقل ۳ روز در ماه و در طی ۳ ماه بروز می‌کند، درحالی‌که شروع آن ۶ ماه قبل از تشخیص بوده باشد. (۱۹) شروع بیماری اغلب تدریجی و مبهم است و علائم آن از بیماری به بیمار دیگر متفاوت است. (۲۰) شدت علائم نیز تفاوت دارند و به‌طور واضح می‌تواند کیفیت زندگی این افراد را مختل کند و منجر به هزینه‌های مراقبتی بالا شود. (۲۱) درصد کمی از بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر، علائم بیماری در حد متوسط تا شدید دارند و به علت ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده بیماری اثرات شدیدی بر کیفیت زندگی بیماران و سیستم بهداشتی و اقتصادی دارد. (۲۲)

همچنین بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر نسبت به بیمارانشان نشخوار فکری بسیاری دارند. نشخوار فکری را افکار آگاهانه‌ای تعریف کرده‌اند که در مورد یک موضوع معین، پیوسته تکرار می‌شوند و حتی در نبود محرک‌های پدیدآورنده آن‌ها نیز فعال هستند. (۲۳) نشخوار فکری یک سبک پاسخ دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل و پیامدهای ممکن مشخص می‌شود. (۲۴) فرد مبتلا به نشخوارهای فکری به علت داشتن افکار تکراری و سمج، احساس‌های غم و اندوه و خشم و کینه بیشتری را تجربه می‌کند و از سوی دیگر به علت تمرکز بر افکار منفی گذشته، فرصت‌های موجود در زمان حال را نیز از دست می‌دهد و از پیگیری اعمال هدفمند باز می‌ماند. (۲۳) نیرومندترین نظریه نشخوار فکری، نظریه سبک پاسخ

1. Response Styles Theorie

تحلیل شدند. در بخش استنباطی با توجه به ماهیت فرضیه‌ها و اهداف پژوهش، داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. لازم به ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

#### یافته‌ها:

۱۸ نفر از بیماران، زن و ۱۴ نفر آن‌ها مرد بودند. گروه سنی آنها (۲۰-۳۰)، ۷ نفر، (۳۱-۴۰)، ۱۵ نفر و (۴۱-۵۰)، ۱۰ نفر بود با تحصیلات، ۱۰ نفر دیپلم، ۱۱ نفر فوق‌دیپلم، ۹ نفر کارشناسی، یک نفر کارشناسی ارشد و یک نفر با مدرک دکترا. همچنین شاخص‌های توصیف آماری مربوط به نمره کلی متغیرهای شدت علائم بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده‌شده است (جدول ۱).

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمرات شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری در گروه آزمایش، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، آزمون‌های شاپیرو ویلک، M باکس، کرویت موچلی و لوین مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون شاپیرو ویلک، بیان‌کننده نرمال بودن داده‌ها بود. نتایج آزمون M باکس برای متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار بود. عدم معناداری متغیرها در آزمون لوین نشان دهنده همگنی که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. همچنین بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها برقرار بوده است. نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر اثرات درون آزمودنی‌ها برای شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ( $p = 0/000$ ). دیگر نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر معنادار است ( $p = 0/000$ ). بدین معنی که عضویت گروهی و آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر تأثیر دارند. میزان تأثیر اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی  $0/71$  است. همچنین نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر اثرات بین آزمودنی‌ها برای شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر گویای آن است که اثر متغیر گروه بر میانگین شدت علائم IBS معنادار است ( $p = 0/000$ ).

نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر اثرات درون آزمودنی‌ها برای نشخوار فکری نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات نشخوار فکری در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد ( $p = 0/000$ ). دیگر نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در نشخوار فکری معنادار است ( $p = 0/000$ ). بدین معنی که عضویت گروهی و آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین نشخوار فکری تأثیر دارند. میزان تأثیر اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی  $0/71$  است. همچنین نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری مکرر اثرات بین آزمودنی‌ها برای نشخوار فکری بیان می‌دارد که اثر متغیر گروه بر میانگین نشخوار فکری معنادار می‌باشد ( $p = 0/004$ ). به‌منظور مقایسه تفاوت اثر گروه آزمایش و کنترل در شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری از نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

جلسه درمان انفرادی و به صورت جلسه‌ای یک‌بار در هفته و به مدت یک ساعت و نیم بود که در پایان هر جلسه، تکالیف خانگی و خودهیپنوتیزم‌های مربوطه به افراد ارائه گردید. به‌طور کلی جلسه ۱ شامل آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، ارزیابی علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و اثرات آن بر بیمار، معرفی اجمالی و بیان اهداف درمان هیپنوتیزمی سندرم روده تحریک‌پذیر و جلسات ۲ تا ۸ شامل اجرای درمان‌های هیپنوتیزمی اضطراب و مدیریت استرس تحت هیپنوز، ارائه تلقین‌های مربوط به افزایش اعتماد به نفس، بهبود روابط اجتماعی و حضور در مکان‌های اجتماعی که پیش‌تر علائم سندرم روده تحریک‌پذیر مانع بوده است، تقویت ایگو و تلقین‌های مربوط به سلامت فیزیکی و روانی، اجرای تکنیک‌های پرت کردن توجه و مقابله با علائم سندرم روده تحریک‌پذیر تحت هیپنوز، تلقین‌هایی با هدف عادی‌سازی، کنترل عملکرد و آرام‌سازی روده بود. پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-SSS) و نشخوار فکری در جلسات اول و بعد از اتمام درمان، توسط بیماران تکمیل شدند. سپس ۳ ماه پس از اتمام درمان و به‌منظور پایش پایداری اثر درمان، دوباره ارزیابی و سنجش انجام شد و نهایتاً میزان اثربخشی درمان دارویی و درمان هیپنوتیزمی از جهت شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری باهم مقایسه شدند. پرسشنامه‌های استفاده شده عبارت‌اند از:

#### پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک:

شامل اطلاعات جمعیت شناختی سن، جنس، تحصیلات و شغل است.

#### پرسشنامه شدت علائم سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-SSS):

مقیاس شدت نشانه‌های سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-SSS)، فرانسویس، موریس و وورل، ۱۹۹۷، شامل ۵ سوال است که علائم سندرم روده تحریک‌پذیر را شامل درد، اختلال عادت اجابت مزاج، احساس نفخ، اثر بیماری بر فعالیت‌های روزانه زندگی و علائم خارج روده‌ای را بررسی می‌کند. میانگین نمره هر بخش حداکثر ۱۰۰ و نمره کل پرسشنامه حداکثر ۵۰۰ است. موارد خفیف و متوسط و شدید به‌وسیله نمرات ۷۵ تا ۱۷۵، ۱۷۵ تا ۳۰۰ و بیشتر از ۳۰۰ به ترتیب نمایش داده می‌شوند. (۳۲) غلامرضایی و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کرده‌اند که نسخه فارسی مقیاس دارای روایی و پایایی مناسب است، به‌طوری‌که نمره کلی مقیاس رابطه معناداری با نمره کلی کیفیت زندگی ( $r = 0/62$ ) و نمره اضطراب و افسردگی ( $r = 0/45$ ) دارد. همچنین آلفای کرونباخ  $0/68$  بود. (۳۳)

#### پرسشنامه نشخوار فکری:

نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پرسشنامه‌ای خودآزمای تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. RRS ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. (۳۴) بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از  $0/88$  تا  $0/92$  قرار دارد. پژوهش‌های گوناگون نشان می‌دهند همبستگی باز آزمایی برای RRS  $0/67$  است. (۳۴) در بررسی اولیه توسط نویسندگان آلفای کرونباخ  $0/90$  به دست آمده است. (۳۵) سپس داده‌های جمع‌آوری شده در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیرها	گروه‌های درمانی	بیشینه		کمینه		میانگین		انحراف معیار	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
شدت علائم IBS	هیپنوتراپی	۳۳	۲۶	۲۳	۱۰	۵	۲	۱۱/۳۱	۶/۰۳
	کنترل	۳۴	۳۳	۳۷	۱۰	۱۱	۱۶	۲۰/۸۱	۷/۱۱
	کل	۳۴	۳۳	۳۷	۱۰	۵	۲	۱۶/۷۸	۷/۲۵
نشخوار فکری	هیپنوتراپی	۵۵	۵۱	۴۹	۳۵	۲۹	۲۸	۴۷/۵۰	۵/۶۵
	کنترل	۵۹	۵۸	۵۹	۳۷	۳۵	۳۵	۴۸/۵۰	۶/۱۷
	کل	۵۹	۵۸	۵۹	۳۵	۲۹	۲۸	۴۵/۷۱	۶/۱۸

جدول ۲: آزمون تعقیبی بونفرونی متغیرهای شدت علائم IBS و نشخوار فکری در دو گروه‌ها

متغیر	مراحل I	مراحل J	تفاوت میانگین‌های I-J	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
					کرنه بالا	کرنه پایین
شدت علائم IBS	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۱۸	۰/۵۷	۱/۷۲	۰/۰۰۰
	پیگیری		۲/۳۷	۰/۸۶	۱/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون		۰/۱۸	۰/۵۹	-۱/۳۰	۱/۰۰۰
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۲۸	۰/۴۲	۱/۲۱	۰/۰۰۰
	پیگیری		۱/۸۴	۰/۳۹	۰/۸۵	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون		-۰/۴۳	۰/۳۱	-۱/۲۳	۰/۵۲

حاضر نشان داد که بسته درمانی هیپنوتیزمی بر سلامت جسمانی و روانشناختی این بیماران مؤثر بوده و در کاهش علائم بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر اثربخش می‌باشد و این روند بهبودی تا مرحله پیگیری نیز تداوم دارد. این نتایج در ارتباط با بهبود علائم سندروم روده تحریک‌پذیر با پژوهش‌های (۳۸-۴۱) همسو است. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیپنوتیزمی در مرحله پیگیری، تأثیر پایداری در کاهش علائم بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر دارد که با پژوهش (۳۸) همسو و با پژوهش (۳۹) ناهمسو می‌باشد. محدوده دردهایی که توسط هیپنوتیزم به خوبی درمان می‌شوند، بسیار گسترده است و مطالعات گوناگون، مفید بودن این روش را در درمان دردهای حاد و مزمن گوناگون بیان می‌کنند. (۴۲) بر طبق مدل هیپنوتراپی معطوف به روده، تلقینات به‌منظور کنترل و نرمال‌سازی عملکرد دستگاه گوارش ارائه می‌شوند (۱۸ و ۲۷ و ۳۰)، همچنین استعاره‌ها برای تحقق بخشیدن به این هدف، مورد استفاده قرار می‌گذارند. (۱۸) در طی هیپنوتراپی معطوف به روده، بیماران به یک حالت ذهنی خاص که در آن شدیداً متمرکز و جذب هستند و به دنبال آن ریلکسیشن عمیق و تصویرسازی معطوف به روده و تلقینات مربوط به کنترل علائم و نرمال‌سازی عملکرد روده را دریافت می‌کنند، هدایت می‌شوند. (۲۷) همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان دادند که درمان هیپنوتیزمی در

میانگین نمرات شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر در گروه درمان هیپنوتیزمی در مرحله پیگیری (۷/۲۵) نسبت به مرحله پس‌آزمون (۱۱/۳۱) و در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است، نبود تفاوت معنی‌دار در مقایسه نمره‌های پیگیری در برابر پس‌آزمون، بدین معناست که تغییرات در گروه درمان هیپنوتیزمی پایدارتر بوده است. میانگین نمرات نشخوار فکری در گروه درمان هیپنوتیزمی در مرحله پیگیری (۴۱/۱۲) نسبت به مرحله پس‌آزمون (۴۲/۲۵) و در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشته و نبود تفاوت معنی‌دار تداوم بیشتر اثر درمان هیپنوتیزمی را در طول زمان بیان می‌کند.

### بحث:

با توجه به شیوع بالای بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر و اثرات عمیقی که بر کیفیت زندگی بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر دارد (۲۶)، همچنین با توجه به اینکه درمان‌های روان‌شناختی در بهبود علائم گوارشی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر می‌گذارد توانمند کمک‌کننده باشد (۳۷)، لذا پژوهش حاضر باهدف تدوین پروتکل درمان انفرادی هیپنوتراپی بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر و بررسی تأثیر آن بر شدت علائم سندروم روده تحریک‌پذیر و نشخوار فکری بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر انجام شد. نتایج پژوهش

به سندروم روده تحریک‌پذیر مؤثر می‌باشد. با توجه به این که اختلالات روانی همچون اختلالات اضطرابی با شدت بیماری سندروم روده تحریک‌پذیر در ارتباط می‌باشد، همچنین به‌منظور بهبود بهتر و مؤثرتر بیماران سندروم روده تحریک‌پذیر، نقش درمان‌های روان‌شناختی به همراه درمان‌های پزشکی این بیماران قابل اهمیت است که دستیابی به این مهم نیز، نیازمند همکاری پزشکان فوق تخصص گوارش و روانشناسان و روان‌پزشکان محترم است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به محدودیت جامعه آماری و نمونه‌گیری در دسترس و نیز نوع پژوهش نیمه تجربی که محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم و تفسیر متغیرها مطرح می‌کند، اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مطالعات پیگیری در دوره‌های زمانی طولانی‌تر دنبال شود، همچنین به بررسی دیگر متغیرها و رویکردهای روان‌شناختی، پرداخته شود.

#### سپاسگزاری:

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه دکتری روانشناسی است. بدین وسیله از اساتید گرامی و تمام کسانی که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، به‌ویژه مشارکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌شود.

#### REFERENCES:

- Ahad MA, Islam QT. An Update on Irritable Bowel Syndrome. *J each Assoc* 2005;18:66-71.
- Khademolhosseini F, Mehrabani D, Nejabat M, Beheshti M, Heydari S, Mirahmadizadeh A, et al. Irritable bowel syndrome in adults over 35 years in Shiraz, southern Iran: prevalence and associated factors. *J Res Med Sci* 2011;16:200-6.
- Park SH, Han KS, Kang CB. Relaxation therapy for irritable bowel syndrome: a systematic review. *Asian Nurs Res* 2014;8:182-92.
- Hungin A, Whorwell P, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17:643-50.
- Jahangiri P, Jazi MS, Keshteli AH, Sadeghpour S, Amini E, Adibi P. Irritable bowel syndrome in Iran: SEPAHAN systematic review No. 1. *Int J Prev Med* 2012;3:S1-9.
- Akhondi N, Memar Montzareyn S, Saneei P, Hassanzadeh-Keshteli A, Esmailzadeh A, Adibi P. The Association of Irritable Bowel Syndrome and Obesity in Iranian Adults. *J Isfahan Med Sch* 2016;34:1007-12. [In Persian]
- Vahedi H, Ansari R, Mir-Nasseri MM, Jafari E. Irritable bowel syndrome: a review article. *Middle East J Dig Dis* 2010;2:66-77.
- Matini SM, Khamechian T. Clinical, paraclinical and pathologic findings of irritable bowel syndrome. *KAUMS J (FEYZ)* 2004;7:52-7. [In Persian]
- Sadeghi B, Hashemi J, Mirmoamen H, Mirmoamen M, Sadeghi S. Social Factors Affecting on Irritable Bowel Syndrome in Women Referred to Arvand Hospital in Ahvaz, Iran, in 2014-2015. *Iran J Clin Res* 2016; 2:143-52.
- Gholamrezaei A, Minakari M, Nemati K, Daghighzadeh H, Tavakkoli H, Amame Najafe Dehcord MH. Extra-intestinal Symptoms and their Relationship to Psychological Symptoms in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govarehsh* 2011;15:88-94.
- Lydiard RB. Irritable bowel syndrome, anxiety, and depression: what are the links? *J Clin Psychiatry* 2001;62 Suppl 8:38-45.
- Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1447-58.
- Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep* 2004;6:210-5.
- Ali A, Toner BB, Stuckless N, Gallop R, Diamant NE, Gould MI, et al. Emotional abuse, self-blame, and self-silencing in women with irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2000;62:76-82.
- Ford AC, Quigley EM, Lacy BE, Lembo AJ, Saito YA, Schiller LR, et al. Effect of antidepressants and psychological therapies, including hypnotherapy, in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2014;109:1350-65.
- Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58:367-78.
- Ford AC, Brandt LJ, Young C, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Moayyedi P. Efficacy of 5-HT<sub>3</sub> antagonists and 5-HT<sub>4</sub> agonists in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1831-43.
- Peters SL, Muir JG, Gibson PR. gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;41:1104-15.
- Mazaheri M. Prediction of Pain Intensity and Acceptance and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome Based on Feature of Interpersonal Forgiveness.

- Qom Univ Med Sci J* 2015;9:26-34. [In Persian]
20. Afshar H, Bagherian R, Foroozandeh N, Khorramian N, Daghighzadeh H, Maracy MR, et al. The Relationship between Illness Perception and Symptom Severity in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Isfahan J Med Sch* 2011;29:526-36. [In Persian]
  21. Khajedaluae M, Vosooghinia H, Bahari A, Khosravi A, Esmailzadeh A, Ganji A, et al. Demographic, social and clinical characteristics in patients with irritable bowel syndrome in Mashhad in 2013. *J Med Mashhad Univ Med Sci* 2014;57:579-86. [In Persian]
  22. Masaeli N, Kheirabadi GH, Afshar H, Maracy M, Daghighzadeh H, Rohafza H. Relationship between quality of life and symptom severity in patients with irritable bowel syndrome. *J Res Behav Sci* 2013;11:39-45. [In Persian.]
  23. Farahmand Dehghanpoor Varnamkhasti F, Yousefi Z. Multiple Relationships between Rumination and Mood with Frightening Dreams. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2016;22:85-92. [In Persian]
  24. Dargahiyan R, Mohammad Khani S, Hassani J, Shams J. The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Improvement of Metacognitive Beliefs, Rumination and Depressive Symptoms: A Single Subject Study. *Clin Psychol Stud* 2011;1:81-104.
  25. Manavipour D, Shahhosieni A. Investigation of Psychometric Properties of Rumination-Reflection Scale. *Shefaye Khatam* 2016;4:7-16. [In Persian]
  26. Khosravi MA, Mehrabi HA, Azizimoghadam M. A comparative study of obsessive-rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *Koomesh* 2008;10:65-72. [In Persian]
  27. Surdea-Blaga T, Baban A, Nedelcu L, Dumitrascu DL. Psychological Interventions for Irritable Bowel Syndrome. *J Gastrointestin Liver Dis* 2016;25:359-66.
  28. Toner BB. Cognitive-behavioral treatment of irritable bowel syndrome. *CNS Spectr* 2005;10:883-90.
  29. Palsson OS. Hypnosis treatment of gastrointestinal disorders: A comprehensive review of the empirical evidence. *Am J Clin Hypn* 2015;58:134-58.
  30. Gonsalkorale WM. Gut-directed hypnotherapy: the Manchester approach for treatment of irritable bowel syndrome. *Int J Clin Exp Hypn* 2006;54:27-50.
  31. Palsson OS. Standardized hypnosis treatment for irritable bowel syndrome: The North Carolina protocol. *Int J Clin Exp Hypn* 2006;54:51-64.
  32. Francis CY, Morris J, Whorwell PJ. The irritable bowel severity scoring system: a simple method of monitoring irritable bowel syndrome and its progress. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:395-402.
  33. Besharat MA, Dehghani S, Gholamali LM, Malekzadeh R. The mediating role of intolerance of uncertainty on the relationship between early maladaptive schemas and severity of symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Contem Psychol* 2015;10:73-84. [In Persian.]
  34. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaee M. Relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Res Clin Psychol Counsel* 2010;11:21-38. [In Persian]
  35. Mansouri A, Bakhshpour RA, Mahmoud Alilou M, Farnam A, Fakhari A. The comparison of worry, obsession and rumination in individual with Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, Major Depression Disorder and normal individual. *J Psychol Stud* 2012;7:55-74.
  36. Böhn L, Störsrud S, Simrén M. Nutrient intake in patients with irritable bowel syndrome compared with the general population. *Neurogastroenterol Motil* 2013;25:23-30.
  37. Altayar O, Sharma V, Prokop LJ, Sood A, Murad MH. Psychological therapies in patients with irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gastroenterol Res Pract* 2015;2015:549308.
  38. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Björnsson E, Abrahamsson H, et al. Effects of gut-directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings—results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol* 2012;107:276-85.
  39. Shahbazi K, Aghaei A, Rahimian G, Mobasheri M, Solati-Dehkordi K. Effects of hypnotherapy joint with drug therapy and drug therapy on severity and frequency of the symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2013;14:1-9.
  40. Gholamrezaei A, Ardestani SK, Emami MH. Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review. *J Altern Complement Med* 2006;12:517-27.
  41. Gonsalkorale WM, Toner BB, Whorwell PJ. Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 2004;56:271-8.
  42. Hosseinzadegan F, Sheikhi N, Shafiee A, Radfar M. The effect of self hypnosis on severity and quality of pain in women with multiple sclerosis: A Randomized clinical trial. *J Urmia Nurs Midwif Facul* 2015;13:293-301. [In Persian]
  43. Lackner RJ, Fresco DM. Interaction effect of brooding rumination and interoceptive awareness on depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther* 2016;85:43-52.
  44. Ruscio AM, Gentes EL, Jones JD, Hallion LS, Coleman ES, Swendsen J. Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 2015;124:17-26.
  45. Ghasemi N. The Comparison of Anxiety Sensitivity and Happiness in Irritable Bowel Syndrome Patients with Normal Matched Group in Shiraz. *J Fasa Univ Med Sci* 2012;2:101-12. [In Persian]
  46. Modabernia M, Imani A, Mirsafaye Moghaddam S, Mansour Ghanaei F, Sedigh Rahim Abadi M, Yosefi Mashhour M, et al. Anxiety-Depressive Disorders among Irritable Bowel Syndrome (IBS) Patients. *J Guilan Univ Med Sci* 2011;20:31-9. [In Persian]
  47. Tomic-Golubovic S, Miljkovic S, Nagorni A, Lazarevic D, Nikolic G. Irritable bowel syndrome, anxiety, depression and personality characteristics. *Psychiatr Danub* 2010;22:418-24.
  48. Hammond DC. Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. *Expert Rev Neurother* 2010;10:263-73.
  49. Hefner J, Rilk A, Herbert BM, Zipfel S, Enck P, Martens U. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome--a systematic review. *Z Gastroenterol* 2009;47:1153-9.