

Hypnotherapy and Pharmacotherapy on Irritable Bowel Syndrome

Efficacy of Hypnotherapy in Conjunction with Pharmacotherapy and Pharmacotherapy Alone on the Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome

Masoud Nikfarjam¹, Kamal Solati Dehkordi¹, Asghar Aghaei², Ghorbanali Rahimian³

¹ Assistant Professor, Psychiatry Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

² Associate Professor, Psychology Department, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor Gastroenterology Department, Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran

ABSTRACT

Background:

This study assessed the effects of hypnotherapy in conjunction with pharmacotherapy versus pharmacotherapy on the quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome (IBS).

Materials and Methods:

This clinical trial used the convenience sampling method to enroll 34 IBS patients. Patients were selected according to Rome III criteria and divided into two groups: i) hypnotherapy plus standard medical treatment and ii) standard medical treatment. The QOL-IBS scale assessed patient quality of life at baseline, post-treatment and at the six month follow-up. Data were analyzed using analysis of covariance (ANCOVA).

Results:

There were significant differences observed between both groups at the post-treatment and follow-up stages in terms of quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion:

Standard medical treatment in addition to hypnotherapy can be used to improve quality of life in IBS patients.

Keywords: Irritable bowel syndrome; Hypnotherapy; Standard medical treatment; Quality of life

please cite this paper as:

Nikfarjam M, Solati Dehkordi K, Aghaei A, Rahimian GA. Efficacy of Hypnotherapy in Conjunction with Pharmacotherapy and Pharmacotherapy Alone on the Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh* 2013;18:149-56.

Corresponding author:

Kamal Solati, Ph.D

Psychiatry Department, Hajar Hospital

Parastar St., Shahrekord, Iran

Tel: + 98 381 2220016

Fax: + 98 381 3349506

E-mail: Kamal_Solati@yahoo.com

Received: 07 Apr. 2013

Edited: 13 Jul. 2013

Accepted: 15 Jul. 2013

تأثیر هیپنوتراپی توام با دارو درمانگری و دارودرمانگری تنها روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

مسعود نیک فرجام^۱، کمال صولتی دهکردی^۱، اصغر آقایی^۲، قربانعلی رحیمیان^۳

^۱ استاد یار، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

^۲ دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران

^۳ استاد یار، گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده

زمینه و هدف:

هدف از پژوهش حاضر تأثیر دارودرمانگری توام با هیپنوتراپی در مقابل دارودرمانگری روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال (IBS-D) بود. در اینجا منظور از هیپنوتراپی، تن آرمیدگی عمیق است.

روش بررسی:

در این مطالعه که به روش کار آزمایشی بالینی صورت گرفت با استفاده از نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۴ بیمار بر اساس ملاک تشخیصی Rome-III توسط متخصصین گوارش تشخیص IBS-D گرفته که به صورت تصادفی به دو گروه دارودرمانگری (درمان متداول دارویی) توام با هیپنوتراپی و گروه دارودرمانگری تنها تقسیم شدند. ابزار پژوهش شامل آزمون کیفیت زندگی (QOL-IBS) بود که در سه مرحله پیش از مداخلات، پس از مداخلات و ۶ ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) روی بیماران اجراء شد. داده های پژوهش از طریق تحلیل کواریانس (Ancova) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

نتایج به دست آمده نشان داد، اختلاف معنی داری بین گروه دارودرمانگری توام با هیپنوتراپی و گروه دارودرمانگری تنها در کیفیت زندگی هم در مرحله پس از مداخله و هم در مرحله پیگیری به دست آمد.

نتیجه گیری:

دارودرمانگری در کنار هیپنوتراپی نسبت به دارودرمانگری تنها، می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال موثرتر باشد.

کلید واژه: سندرم روده تحریک پذیر، هیپنوتراپی، دارودرمانگری، کیفیت زندگی

گوارش/ دوره ۱۸، شماره ۳/ پاییز ۱۳۹۲/ ۱۵۶-۱۴۹

1. Diarrhea-predominant irritable bowel syndrome
2. IBS Quality of Life Scale (IBS-QOL)

زمینه و هدف:

سندرم روده تحریک پذیر (Irritable Bowel Syndrome)

نویسنده مسئول: کمال صولتی دهکردی

گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران

تلفن: ۰۳۸۱-۲۲۲۰۰۱۶

نمابر: ۰۳۸۱-۳۳۴۹۵۰۶

پست الکترونیک: kamal_solati@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۲/۱/۱۸

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۴/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۴/۲۲

شایعترین اختلال عملکرد دستگاه گوارش است و اتیولوژی نامشخصی داشته که با ناراحتی و درد شکمی در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده مشخص می شود. (۱) شیوع این بیماری براساس ملاک های تشخیصی مورد استفاده، به متغیرهای زیادی وابسته بوده اما محدوده آن در جمعیت عمومی را بین ۵ تا ۲۰ درصد گزارش کرده اند. (۲) کیفیت زندگی بیماران سندرم روده تحریک پذیر پایین بوده و جنبه های مختلف زندگی مانند کارکرد شغلی، مسافرت، روابط بین فردی و لذت از زندگی آنها را مختل می کند. (۳) در اختلالات عملکرد دستگاه گوارش به دلیل عدم وجود نشانه های عینی و بالینی مشخص، بررسی کیفیت زندگی این بیماران جهت تعیین میزان بهبودی و پیشرفت درمانی در زمینه های جسمی و روانی و اجتماعی، از

اهمیت ویژه ای برخوردار است. (۵۴) امروزه با توجه به تاثیر متقابل جسم و روان، توجه به درمان های تکمیلی در حوزه روانشناسی به خصوص بیماران سندرم روده تحریک پذیر بیشتر از گذشته احساس می شود چرا که بنا به گفته دروسمن و همکاران^۱ فهم ناکامل فیزیوپاتولوژی این بیماری و عدم صراحت تشخیص و درمانهای اختصاصی برای آن مانع از برخوردهای عملی در جهت تشخیص و درمان این بیماران شده است. (۶) از این رو هیپنوتراپی در کنار دارودرمانگری به عنوان یک درمان تکمیلی می تواند در رفع برخی از مشکلات این بیماران موثر باشد.

هیپنوز یک روش رواندرمانی است که با تغییر حالت هشیاری و روندی پیچیده در مغز با استفاده از سه مولفه: تمرکز (جذبه)، انفکاک و کاهش آگاهی محیطی و تلقین پذیری، مخاطب را در شرایطی قرار می دهد که می تواند فرآیند درمان هیپنوتیزی را به کار برد. (۷) این روش برای اولین بار در قرن هجدهم توسط یک پزشک اهل وین به نام مسمر^۲ مطرح و تحت تئوری مغناطیس حیوانی و فرآیند انتقال انرژی معرفی شد که بعدها به تئوری مسمریسم معروف شد. (۸) هیپنوز در درمان بیماریهای دستگاه گوارش همچون: زخم معده و دوازدهه، سندرم روده تحریک پذیر، بیماری کرون، ریفلاکس، نفخ، تهوع و استفراغ و دل دردهای عصبی موثر است. (۹) هیپنوتراپی اثر درمانی روی علائم سندرم روده تحریک پذیر داشته اما مطالعات کمی تاثیرات طولانی مدت آن را گزارش کرده اند. (۱۰) کانگ^۳ و همکاران طی پژوهشی از بین دانشجویان جدیدالورود دختر و پسر دانشکده افسری تعداد ۸۹ نفر که واجد معیارهای تشخیصی علائم سندرم روده تحریک پذیر بودند، انتخاب کرده تا اصلاح سبک زندگی را روی علائم و کیفیت زندگی آنها مورد بررسی قرار دهند. اصلاح سبک زندگی شامل تغییر رژیم غذایی، انجام فعالیت های بدنی، کاهش یا عدم مصرف دخانیات و داشتن نظم و برنامه ریزی در زندگی روزمره آنها بود که نتایج به دست آمده نشان از بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم در ۶۳ درصد آزمودنیها داشت. (۱۱) و رول و همکاران^۴ در پژوهش دیگری تاثیر هیپنوتراپی را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش درد علائم بیماران مقاوم به درمان مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مورد بررسی قرار دادند که نتایج نشان داد پس از ۷ تا ۱۲ جلسه هیپنوتراپی، کیفیت زندگی و علائم درد بهبود چشمگیری داشت. (۱۲) تامپسون^۵ و دروسمن در گزارش های خود اظهار داشتند هیپنوتیزم در درمان اختلالات دستگاه گوارش مقاوم نسبت به دارو درمانی، موثر بوده است. (۱۳) لیندفرس^۶ و همکاران طی پژوهش دیگری اثر هیپنوتراپی متمرکز بر روده را روی بیماران سندرم روده تحریک پذیر مورد ارزیابی قرار دادند. در این پژوهش بیماران سندرم روده تحریک پذیر مقاوم به درمان به دو گروه تقسیم شدند، گروه اول ۱۲ جلسه در یک مرکز تخصصی درمان حمایتی و روانشناختی تحت هیپنوتراپی قرار گرفته و گروه دوم تحت

در یک پژوهش موردی، بلانچارد^۷ و گولوسکی^۸ تاثیر هیپنوتراپی را روی یک بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر مقاوم، مورد بررسی قرار دادند. این بیمار ۳۰ سال از این بیماری رنج می برد و درمان های روانشناختی سنتی و غیرسنتی نتوانسته بود به او کمک کنند. بعد از ۶ جلسه هیپنوتراپی، علائم IBS ۵۳٪ کاهش پیدا کرد بعد از اتمام جلسات هیپنوتراپی، اتوهیپنوتیزم توسط بیمار ادامه پیدا کرد که بعد از گذشت ۶ ماه ۷۰ درصد علائم کاهش نشان داد هم چنین بعد از ۲ سال پیگیری، تنها ۳۸ درصد علائم باقی ماند. (۱۵) ولیجر^۹ و همکاران طی پژوهش دیگری تاثیر هیپنوتراپی را روی حساسیت رکتال (راست روده) در کودکان با اختلال درد شکمی و سندرم روده تحریک پذیر مورد بررسی قرار دادند. بیماران که در محدوده سنی ۸ تا ۱۸ سال قرار داشتند طی مدت ۱۲ جلسه تحت درمان استاندارد پزشکی و هیپنوتراپی قرار گرفتند که نتایج نشان داد، اختلاف معنی داری در قبل و بعد از هیپنوتراپی روی حساسیت رکتال بیماران به دست آمد اما این اختلاف در گروه درمان استاندارد پزشکی معنی دار نبود. (۱۶) در پژوهش دیگری هفتر^{۱۰} و همکاران براساس یک پژوهش موردی سیستماتیک، تاثیر مداخلات هیپنوتراپی را روی ۸۰۰ بیمار IBS مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج بررسی نشان از رفع علائم بهبود کیفیت زندگی بیماران در طولانی مدت شده بود. (۱۷) هم چنین ویلسون و همکاران^{۱۱} تاثیر هیپنوتراپی را روی مدیریت و کنترل علائم بیماران مبتلا به IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج به دست آمده نشان داد، هیپنوتراپی در کنترل و مدیریت علائم IBS موثر است. (۱۸)

7. Blanchard
8. Galovski
9. Vliger
10. Hefner
11. Wilson et al.

1. Drossman et al.
2. Mesmer
3. Kang
4. Whorwell et al.
5. Thompson
6. Lindfors

یادداشت شدت و تکرار علایم توسط بیمار، توافق برسر تکالیف خانگی، یادگیری مقدماتی خودهیپنوتیزم و تمرین در منزل. **جلسه دوم:** مرور جلسه گذشته، بازخوردها، انجام آرامش عضلانی و هیپنوتیزم جهت کاهش تنش، درخواست از بیمار جهت صحبت در مورد تجربه این روش، آموزش تکمیلی خودهیپنوتیزم. **جلسه سوم:** مرور بر اتفاقات جلسه قبل، صحبت در مورد علایم IBS و تاثیر هیپنوتیزم بر علایم، انجام هیپنوتراپی و تلقین درمانی برای سلامت فیزیکی-روانی و توانایی بیشتر برای آرامش، مقابله با مشکلات، بهبودی الگوی خواب. **جلسه چهارم:** مرور تکالیف خانگی، در این جلسه برخی از صورت های شادی و خوشحالی، آرامش تصویر ذهنی و تلقین های مربوط به ویژگی های مثبت به فرد داده می شود. **جلسه پنجم:** بررسی تکالیف و بازخورد آنها، دادن تلقین ها در رابطه با مهارت های اجتماعی و ارتباطی که علایم IBS مانع آن شده است. به بیمار گفته می شود هر گاه بخواهد می تواند از خودهیپنوتیزم برای از میان برداشتن مشکلاتی که در نتیجه IBS پیش می آید مانند دل درد، اسهال، یبوست، افسردگی، اضطراب، عصبانیت و غیره استفاده کند. لازم به ذکر است تمرکز اصلی در تمام جلسات روی کاهش علایم و رفع تنش ها و استرس های ناشی از علایم و یا پیامدهای ناشی از آن می باشد. طی مدت اجرای پژوهش، هر دو گروه مطالعه تحت دارودرمانگری قرار گرفتند. دارودرمانگری شامل دارو های روتین گوارش برای بیماران IBS با علایم غالب اسهال بود که توسط متخصص گوارش به بیماران تجویز می شد. مراحل پژوهش، شامل سه مرحله پیش از درمان، پس از درمان و ۶ ماه پس از آخرین مداخلات درمانی (پیگیری) بود و ابزارهای پژوهشی در این سه مرحله، روی بیماران اجرا می گردید. ابزار پژوهش، شامل یک چک لیست ویژگی های دموگرافیک و آزمون کیفیت زندگی مخصوص بیماران (Quality of life IBS-34) بود. این آزمون اولین بار در سال ۱۹۹۸ توسط پاتریک^۲ و دروسمن طراحی شد (۲۴) که دارای ۳۴ سوال و ۸ زیر مقیاس ملالت (Disphoria)، مداخله در فعالیت روزانه (Interfrence with Activty)، تصویر بدنی (Body Image)، نگرانی نسبت به سلامت (Health Worry)، اجتناب از غذا خوردن (Food Avoidance)، واکنش اجتماعی (Social Reaction)، مشکلات جنسی (Sexual) و مسائل ارتباطی (Relationship) است. پرسشنامه اصلی ونسخه های اروپایی و آسیایی آن همواره از پایایی درونی و باز آزمایشی بالا، حساسیت و پاسخدهی ویژه به انواع درمان برخوردار بوده است. (۲۶ و ۲۵) این پرسشنامه توسط ابراهیمی دریانی در ایران ترجمه و مورد اعتباریابی قرار گرفت. (۲۷) همچنین روایی این آزمون توسط ادیبی و همکاران روی ۱۲۶ بیمار IBS در شهر اصفهان صورت گرفت که آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر ۰/۹۳ و روایی همزمان این پرسشنامه با نوع ۳۶ ستوایی آن برابر با $I=0/61$ ، $P<0/01$ به دست آمد. از طرف دیگر روایی تشخیصی این آزمون اختلاف معنی داری را بین دو گروه سالم و بیمار نشان داد. (۲۸) نمره گذاری این آزمون در جهت منفی است به عبارت دیگر هر چه نمرات بالاتر باشد کیفیت زندگی پایین تر و هر چه نمرات پایین تر باشد

2. Patrick

شش ماهه این بود که ببینیم آیا هیپنوتراپی تاثیر پایداری در بهبود کیفیت زندگی این بیماران خواهد داشت؟

روش بررسی:

روش مطالعه در این پژوهش، کارآزمایی بالینی بوده و جامعه مورد مطالعه را کلیه بیماران گوارشی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان هاجر شهر کرد و مطب شخصی متخصصین داخلی (گوارش)، تشکیل داده که پس از تشخیص توسط متخصصین گوارش بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک های تشخیصی Rome-III تعداد ۴۱ نفر بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علایم غالب اسهال به روش نمونه گیری آسان (در دسترس) و داشتن ملاک های ورود به مطالعه، به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. از این تعداد، ۷ بیمار به واسطه داشتن ملاک های خروج از مطالعه خارج و در نهایت ۳۴ نفر به عنوان نمونه اصلی وارد مطالعه شدند نمونه های پژوهش پس از همتاسازی بر اساس ویژگی های دموگرافیک و به صورت تصادفی ساده به دو گروه تجربی (هیپنوتراپی توام با دارودرمانگری) و شاهد (دارودرمانگری تنها) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

- داشتن معیارهای تشخیص براساس Rome-III توسط متخصصین گوارش
- مصرف نکردن داروهای روانپزشکی طی سه ماه گذشته
- عدم شرکت در جلسات مداخلات روانشناختی طی ۶ ماه گذشته
- رضایت از شرکت در طرح

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از:

- بیماران IBS با علایم غالب یبوست و مختلط
- مشکلات ارگانیک مغزی
- اختلال سایکولوژیک

هیپنوتراپی مورد استفاده در این مطالعه روشی بود که توسط ویلکنسون^۱ تدوین شده است. (۲۳) این نوع روش هیپنوتراپی که روی بیماران سایکوسوماتیک به کار گرفته می شود و طرح درمانی آن شامل ۵ جلسه بوده که متناسب با میزان و شدت علایم هفته ای یک تا دو جلسه روی بیماران IBS اجرا گردید. مدت زمان هر جلسه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول می انجامید. این روش توسط محقق (دکتری در روانشناسی بالینی) روی بیماران اجرا شد. در اینجا منظور از هیپنوتراپی، تن آرمیدگی عمیق است که جلسات هیپنوتراپی به روش تن آرمیدگی عمیق را می توان چنین خلاصه کرد: **جلسه اول:** آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی با هدف ایجاد امید، دلگرمی، صمیمیت، تعادل و اعتماد، طرح شکایت های اصلی بیمار، معرفی اجمالی نوع درمان، ویژگی های درمان و قرارداد درمانی،

1. Wilkinson

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنیها به تفکیک گروه‌های درمانی سابقه بیماری

سابقه بیماری (سال)	سطح تحصیلات			وضعیت تاهل		جنسیت		سن (میانگین)	متغیر گروه	
	لیسانس و بالاتر	فوق دیپلم و لیسانس	راهنمایی و متوسطه	ابتدائی	متاهل	مجرد	مرد			زن
۹/۲۴±۵/۰	۱(۵/۸)	۳(۱۷/۶)	۷(۴۱/۱)	۶(۳۵/۳)	۳(۱۷/۶)	۱۴(۸۲/۳)	۱۱(۶۴/۷)	۶(۳۵/۲)	۳۷/۰۴±۹/۷۱	هیپنوتراپی + دارودرمانگری
۸/۴۰±۵/۷	۱(۵/۸)	۱(۵/۸)	۶(۳۵/۳)	۸(۴۷/۰)	۵(۲۹/۴)	۱۲(۷۰/۵)	۷(۴۱/۱)	۱۰(۵۸/۸)	۳۹/۵۱±۱۱/۳	دارودرمانگری

جدول ۲: میانگین و انحرافات استاندارد نمرات آزمون کیفیت زندگی بیماران در سه مرحله پژوهش

گروهها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هیپنوتراپی توام با دارو درمانگری	۱۱۰/۵	۷/۴۲	۸۵/۶۴	۱۷/۳۲	۹۸/۰۱	۱۲/۵۶
دارو درمانگری	۱۰۹/۶۴	۱۰/۴۹	۱۰۹/۲۹	۹/۳۷	۱۰۸/۱۷	۸/۶۷

دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس آزمون گردید ($p < 0/05$) ضریب η^2 برابر با ۰/۴۴ به دست آمد. به عبارت دیگر ۴۴٪ درصد واریانس پس آزمون (کیفیت زندگی)، مربوط به هیپنوتراپی بوده است. هم چنین توان آماری برابر با ۰/۹۹ بود که نشان از کفایت حجم نمونه دارد (جدول ۳). دیگر نتایج پژوهش نشان داد اختلاف معنی داری در کیفیت زندگی بیماران IBS بین دو گروه تجربی و شاهد در مرحله پیگیری بدست آمد ($p < 0/05$) این قسمت از نتایج نشان می دهد که هیپنوتراپی تاثیر پایداری در بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS داشته است (جدول ۴).

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، میانگین سابقه بیماری در کل بیماران بین ۸ تا ۹ سال بوده که مزمین بودن این بیماری را به اثبات می رساند. براین اساس، لیدارد^۱ و فالستی^۲ در طی مطالعاتی نشان دادند حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران IBS که درصدد درمان خود هستند، تاریخچه ای از اختلالات روانپزشکی را در طول زندگی خود گزارش کرده اند. (۲۹) همان گونه که فرانک و همکاران^۳ و گرو و همکاران^۴ (۵ و ۴) اظهار کردند، در اختلالات عملکرد دستگاه گوارش که سندرم روده تحریک پذیر یکی از این اختلالات است، به دلیل عدم وجود نشانه های عینی و بالینی مشخص، بررسی کیفیت زندگی این بیماران می تواند تعیین کننده میزان بهبودی علائم جسمی و روانی این بیماران باشد. بنابر این بررسی برخی پژوهشهایی که در زمینه علائم بیماران در پژوهش حاضر به آن اشاره شده است می تواند کیفیت زندگی آنها را پیش بینی کند. نتایج دیگر پژوهش نشان داد میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه تجربی (هیپنوتراپی توام

1. Lydiard
2. Falsetti
3. Frank et al.
4. Groll et al.

نشان از بهبود کیفیت زندگی دارد. داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس (Ancova)، آزمون لوین و آمار توصیفی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها:

میانگین و انحراف استاندارد ویژگی های جمعیت شناختی بیماران به تفکیک گروه های درمانی در جدول ۱ آورده شده است. نتایج آزمون لوین (Levene's) نشان داد که پیش فرض همسانی واریانس های مربوط به متغیرهای وابسته در گروه های تجربی و شاهد باقی می ماند. بنابراین با توجه به این نتیجه و یکسانی حجم نمونه ها، استفاده از تحلیل کواریانس (Ancova) بهترین روش آماری برای تحلیل داده های این پژوهش است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات کیفیت زندگی در گروه های درمانی در جدول ۲ نشان داده شده است. همانطور که داده های جدول ۲ نشان می دهد میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه هیپنوتراپی توام با دارودرمانگری نسبت به گروه دارودرمانگری در مرحله پس آزمون کاهش داشته است (۱۱۰/۵ در مقابل ۸۵/۶۴). گرچه این میانگین در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون مجددا افزایش یافته (۹۸/۰۱) اما نسبت به مرحله پیش آزمون و گروه دارودرمانگری کاهش داشته که نشان از تاثیر هیپنوتراپی در بهبود کیفیت زندگی بیماران در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری دارد. با در نظر گرفتن نمرات پیش آزمون نمرات کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای همپراش (نمرات کیفیت زندگی پیش از مداخلات درمانی)، هیپنوتراپی منجر به تفاوت معنی دار در کیفیت زندگی بیماران IBS بین

جدول ۳: تحلیل کواریانس نمره کیفیت زندگی گروههای درمانی در مرحله پس از آزمون

متغیر	شاخص های آماری	میانگین مجذورات	df	F	سطح معنی داری	Eta ²	توان آماری
پیش آزمون (کیفیت زندگی)	۱۸۰/۵۵	۱	۰/۹۲۹	۰/۳۴۳	۰/۰۲۹	۰/۱۵۴	
عضویت گروهی (مداخلات درمانی)	۴۷۸۸/۱۲	۱	۲۴/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹۸	

* $p < 0.05$ بین گروه هیپنوتراپی توام با دارودرمانگری و دارودرمانگری تنها

جدول ۴: تحلیل کواریانس نمره کیفیت زندگی گروههای درمانی در مرحله پیگیری

متغیر	شاخص های آماری	میانگین مجذورات	df	F	سطح معنی داری	Eta ²	توان آماری
پیش آزمون (کیفیت زندگی)	۱۳۹/۰۵	۱	۱/۲۰	۰/۲۸۲	۰/۳۷	۰/۱۸۶	
عضویت گروهی (مداخلات درمانی)	۸۶۶/۰۴	۱	۷/۴۷	۰/۰۱	۰/۱۹۴	۰/۷۵۴	

* $p < 0.05$ بین گروه هیپنوتراپی توام با دارودرمانگری و دارودرمانگری تنها

دادند که اثر بخشی این درمان را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش علائم IBS مورد تایید قرار دادند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد. دیگر نتایج پژوهش نشان داد، اختلاف معنی داری ۶ ماه پس از آخرین مداخلات درمانی (پیگیری) بین دو گروه تجربی و شاهد به دست آمد. به تعبیری دیگر، هیپنوتراپی تاثیر پایداری در بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS داشته است. این نتایج با نتایج پژوهش بلانچارد و گولوسکی مبنی بر کاهش ۷۰٪ علائم IBS ۶ ماه پس از آخرین مداخله هیپنوتراپی (پیگیری)، همخوانی دارد. (۵۱) گرچه در پژوهش بلانچارد و گولوسکی مطالعه به صورت موردی و تنها روی علائم یک بیمار IBS صورت گرفته که قاعدتاً با پژوهش حاضر که هیپنوتراپی روی کیفیت زندگی ۷۱ بیمار IBS انجام شده، تا اندازه ای متفاوت است اما نشان از تاثیر مثبت این روش در بیماران IBS دارد. در پژوهشهای لیندفورس و همکاران (۱۰ و ۱۴)، تاثیر هیپنوتراپی روی بیماران IBS سه ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) کاهش معنی داری را نشان می دهد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت می کند.

نتیجه گیری:

نتیجه گیری از این پژوهش نشان می دهد به کارگیری مداخلات روانشناختی به خصوص هیپنوتراپی (تن آرمیدگی عمیق) توام با دارودرمانگری روی بیماران IBS مقاوم به درمان می تواند در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد. به طوری که تامپسون و دروسمن در گزارش های خود اظهار داشتند هیپنوتراپی در درمان بیماران گوارش مقاوم به درمان، نسبت به دارودرمانگری تنها موثرتر است. (۱۳) از طرف دیگر، همکاری بین متخصصین گوارش و روانشناسان و روانپزشکان در

با دارودرمانگری) در مقایسه با گروه شاهد (دارودرمانگری تنها) پس از مداخلات هیپنوتراپی کاهش داشته به طوری که این اختلاف از نظر آماری معنی داری به دست آمد به این معنا که کیفیت زندگی گروه تجربی نسبت به گروه شاهد بهبود چشمگیری داشته است. این نتایج با پژوهش لیندفورس و همکاران همخوانی دارد در پژوهش لیندفورس و همکاران یک گروه از بیماران IBS در یک مرکز تخصصی، ۱۲ جلسه تحت هیپنوتراپی و گروه دوم در لیست انتظار قرار گرفتند که نتایج، اختلاف معنی داری را بین دو گروه پس از مداخلات و همچنین سه ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) نشان داد. هم چنین گروه هیپنوتراپی بهبود قابل ملاحظه ای هم در کیفیت زندگی وهم در علائم نشان داد. (۱۰) در پژوهش بلانچارد و گولوسکی که به صورت موردی روی یک بیمار IBS مقاوم به درمان صورت گرفت، ۵۳٪ علائم پس از ۶ جلسه هیپنوتراپی کاهش چشمگیری داشت. (۱۵) که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهش ویلگر^۱ و همکاران که دارودرمانگری و هیپنوتراپی را روی کودکان با اختلال درد شکم عملکردی و IBS به کار گرفته بود. نتایج نشان از کاهش حساسیت و درد شکمی و علائم IBS در گروه هیپنوتراپی پس از مداخله شده بود (۱۶)، که نتایج پژوهش حاضر را تایید می کند. در پژوهش دیگری کانگو همکاران اصلاح سبک زندگی را روی کیفیت زندگی بیماران IBS مورد بررسی قرار دادند که نتایج به دست آمده نشان داد تغییر در سبک زندگی منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران شده (۱۱) که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد.

پژوهشهای وروول و همکاران (۱۲)، ویلسون و همکاران (۸) و هیفنر و همکاران (۷۱)، تاثیر هیپنوتراپی روی بیماران IBS را مورد بررسی قرار

1. Wileger

افراد دیگری صورت گرفت اما جهت پیشگیری از سوءگیری احتمالی پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی مداخله توسط فرد دیگری صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود روش هیپنوتراپی روی علائم جسمی و روانی بیماران IBS صورت گیرد.

سیاسگزاری:

بدین وسیله از کلیه کسانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، به خصوص بیماران IBS شرکت کننده در طرح و خانواده آن ها تشکر و قدر دانی می شود.

زمینه درمان برخی از بیماری های گوارشی که عوامل روانشناختی نقش مهمی در بروز و شدت علائم آن ها دارند، ضروری به نظر می رسد.

محدودیتها و پیشنهادات پژوهش:

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر اجرای هیپنوتراپی روی بیماران IBS با علائم غالب اسهال بود به همین دلیل باید جهت تعمیم نتایج به سایر گروه های IBS جانب احتیاط را رعایت کرد. از طرف دیگر پیشنهاد می شود در پژوهشهای آینده هیپنوتراپی روی تمام گروههای IBS مورد بررسی قرار گیرند. محدودیت دیگر پژوهش انجام هیپنوتراپی توسط محقق بود گرچه اجرای آزمون در مراحل مختلف و تجزیه و تحلیل آنها توسط

REFERENCES

- Longstreth GF , Thompson WG ,Chey WD , Houghton LA, Mearin F , Spiller RC . Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006;130:1480-91.
- Ford AC ,Vandvik PO . Irritable bowel syndrome. *Clin Evid (Online)* 2012;2012.Pii:0410.
- Lea R,Whorwell PJ. Quality of life in irritable bowel syndrome. *Pharmacoeconomics* 2001;19:643-53.
- Frank L,Kleinman L,Rent A,Ciella G,Kim J,Zacker C.Health-related quality of life associated with irritable bowel syndrome comparison with other chronic disease. *Clin Ther* 2002;24:675-89.
- GrollD,Vanner SJ,Dpew WT,Dacosta LR,Simon JB,Groll A,et al.The IBS 36:A new quality of life measure for irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2002;97:962-97.
- Drossman DA, Camillaeri MM ,Mayaer EA, Whithead WE. AGA Technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2002;123:2108-31.
- Kaplan &Sadock's.Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and willkins ;2005.p:2548-2567
- Moshref Dehkordi S. The effect of hypnotherapy on migraine headache. *J Neurol Rehabil* 2005;11:323-30.
- Laeser JD, Butter SH, Champman CR, Turk DC. Banica, s Management of Pain,3rd Ed.Lippincott Williams & Wilkins,Philadelphia.2001.p:286.
- Lindfors P , Unge P , Nyhlin H , Ljotsson B , Bjornsson ES, Abrahamsson H ,et al. Long – term effects of hypnotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome, *Scand J Gastroenterol* 2012;47:414- 21.
- Kong SH,Choi W, Lee SJ, Chung WS, Lee HR, Chung KY, et al.The effects of life modification on symptoms and quality of life in patients with irritable bowel syndrome:a prospective observational study. *Gut Liver* 2011;5:472-7.
- Whorwell PJ ,Prior A, Faragher EB .Controlled trial of fypno-therapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* 1984;2;1232-4.
- Drossmann DA, Thompson WG .The irritable bowel syndrome: review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med* 1992;116:1009-16.
- Lindfors P , Unge P , Nyhlin H , Ljotsson B , Bjornsson ES, 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.
- GalovskiIE , Blanchard EB. Hypnotherapy and refractory irritable bowel syndrome : a single case stady. *Am J Clin Hypn* 2002;45:31-7.
- Vliieger AM, van den Berg MM, Menko-Frankenhuis C, Bongers ME, Tromp E, Benninga MA. No change in rectal sensitivity after gut-directed hypnotherapy in children with functionalabdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2010;105:213-8.
- Hefner J, Rilk A, Herbert BM, Zipfel S, Enck P, Martens U.Hypnotherapy for irritable bowel syndrome.Asystematic Review. *Z Gastroenterol* 2009;47:1153-9.
- Wilson S, Maddison T, Roberts L, Green field S, Singh S,Birmingham IBS Research Group. Systematic review : the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2006;24:769-80.
- Solati K , Kalantari M , Molavi H , Afshar H , Adibi P. Effect of relaxation with drug therapy on the quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 2008;14:95-100. [Persian].
- Moss – Morris R, McAlpine L ,Didsbury LP ,Spence MJ .A randomized controlled trial of a cognitive behavioral therapy – based self – management intervention for irritabl bowel syndrome in primary care. *Psychol Med* 2010;40:85-94.
- SolatiK ,Adibi P, Ghamarani A. The effects of cognitive – Behavior therapy and drug therapy on quality of life and symptoms of patients with irritable bowel syndrome. *J Kerman Univ Med Sci* 2012;19: 94-103. [Persian].
- Keefer L, Blanchard EB. The effects of relaxation response meditation on the syndrome of irritable bowel syndrome: results of a controlled treatment study. *Behav Res Ther* 2001;39:801-11.
- Wilkinson JB .Hypnotherapy in the psychosomatic approach to illness: a review. *J R Soc Med* 1981;74:525-30.
- Drossman DA,Patrick DL,Whitehead WE,Taner B,Dramant

- NE, Bangdiwalas SI. Further validation of the IBS-QOL: A disease-specific Quality of Life Questionnaire. *Am J Gastroentrol* 2000;95:999-1007.
25. Kanazawa M, Drossman DA, Shinozahi M, Sagami Y, Endo Y, Palsson O, et al. Translation and validation of a Japanese version of the irritable bowel syndrome-quality of life measure. *Biopsychosoc Med* 2007;1:6-12.
26. Park JM, Choi MG, Oh JH, Cho YK, Lee IS, Choi HY, et al. Quality of life in Korea. *Dig Dis Sci* 2006;51:1478-84.
27. Ebrahimi Daryani N. Validation of quality of life questionnaire for irritable bowel syndrome patients. 3th Iranian congress of gastroenterology and hepatology, *Govaresh* 2003;42:200-1. [Persian].
28. Adibi P, Haghayegh A, Kalantari M, Solati K, Moulavi H. Validation of quality of life for irritable bowel syndrome (IBS-QOL-34). *Govaresh* 2008;13:99-105. [Persian].
29. Lydiard RB, Falsetti SA. Experience with anxiety and depression treatment studies: implications for designing irritable bowel syndrome clinical trials. *Am J Med* 1999; 107:65-73.