

اثر بخشی هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و دارو درمانی تنها روی فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

کوروش شهبازی^۱، دکتر اصغر آقایی^۱، دکتر قربانعلی رحیمیان^۲، دکتر محمود مباشری^۳، دکتر کمال صولتی دهکردی^۴؛
گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران؛ گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛
گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، شهرکرد، ایران؛ مرکز تحقیقات گیاهان دارویی، دانشگاه علوم پزشکی
شهرکرد، شهرکرد، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۱/۴/۱۰ اصلاح نهایی: ۹۱/۵/۱۸ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۲

چکیده:

زمینه و هدف: سندرم روده تحریک پذیر یکی از شایع ترین اختلالات عملکرد دستگاه گوارش است که با درد شکمی مزمن و تغییر در اجابت مزاج در غیاب هر گونه اختلال عضوی مشخص می شود. هیپنوتراپی در کاهش علائم این بیماری موثر است اما پژوهش های کمی در این زمینه گزارش شده است. هدف از این مطالعه مقایسه اثر بخشی هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و دارو درمانی تنها روی فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش بررسی: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تعداد ۳۴ بیمار دارای علائم غالب اسهال، انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و دارو درمانی تنها تقسیم شدند. ابزار اندازه گیری شامل مقیاس فراوانی و شدت علائم روده (BSS-FS) بود که در سه مرحله پیش از مداخلات، پس از مداخلات و شش ماه پس از آخرین مداخلات درمانی بر روی بیماران اجرا گردید. داده های آماری از طریق آزمون های کولموگراف-اسمیرنف، تحلیل کواریانس (Ancova) و آزمون لوین مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در مرحله پس آزمون اختلاف معنی داری بین گروه هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی تنها در فراوانی و شدت علائم سندرم روده تحریک پذیر وجود داشت ($P < 0/05$) بین دو گروه، شش ماه پس از آخرین مداخلات این اختلاف معنی دار به دست نیامد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: به کارگیری هیپنوتراپی در کنار درمان های دارویی می تواند در کاهش فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، نسبت به دارو درمانی تنها موثرتر باشد، اما عدم استمرار این نوع درمان ها منجر به عود علائم بیماری می شود.

واژه های کلیدی: سندرم روده تحریک پذیر، دارودرمانی، هیپنوتراپی.

مقدمه:

اختلالات روانی همراه است، اختلالات افسردگی، اضطرابی و شبه جسمی فراوانی بیشتری با این بیماری دارند (۴). برخی پژوهش ها نشان می دهد استرس های زندگی روزانه و اختلالات روانی در بیماران IBS نسبت به افراد عادی بیشتر است و روش آرامسازی می تواند در کاهش علائم این بیماران موثر باشد (۵، ۶، ۷). مطالعات نشان می دهند که درمان های دارویی، ارزش محدودی در IBS داشته و هیپنوتراپی در کاهش علائم این

شیوع سندرم روده تحریک پذیر بر اساس ملاک های تشخیصی مورد استفاده، به متغیرهای زیادی وابسته است که محدوده آن را بین ۵ تا ۲۰ درصد گزارش کرده اند (۱). این بیماری شایع ترین اختلال عملکرد دستگاه گوارش است و اتیولوژی نامشخصی دارد که با ناراحتی و درد شکمی در ارتباط با اجابت مزاج و تغییر در عادات روده مشخص می شود (۲، ۳). این سندرم چیزی حدود ۲۰ تا ۶۰ درصد با

*نویسنده مسئول: شهرکرد-رحمتیه-دانشگاه علوم پزشکی-مرکز تحقیقات گیاهان دارویی-تلفن: ۰۳۸۱-۳۳۳۵۶۵۴

یک بیمار IBS مقاوم به درمان مورد بررسی قرار گرفت. این بیمار ۳۰ سال از این بیماری رنج می برده است و درمان های روانشناختی سنتی و غیر سنتی نتوانسته بودند به او کمک نمایند. بعد از ۶ جلسه هیپنوتراپی، علائم IBS در این بیمار ۵۳ درصد کاهش پیدا کرد. بعد از اتمام جلسات هیپنوتراپی، اتوهیپنوتیزم توسط بیمار ادامه یافت و بعد از گذشت ۶ ماه، ۷۰ درصد علائم کاهش پیدا کردند. همچنین بعد از ۲ سال پیگیری، تنها ۳۸ درصد علائم در این بیمار باقی ماند (۱۳). Vlieger و همکاران طی پژوهش های خود تاثیر هیپنوتراپی را روی حساسیت راست روده در کودکان با اختلال درد شکمی و سندرم روده تحریک پذیر مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش بیماران که در محدوده سنی ۸ تا ۱۸ سال قرار داشتند طی مدت ۱۲ جلسه تحت درمان استاندارد پزشکی و هیپنوتراپی قرار گرفتند. نتایج مطالعه آنان نشان داد، اختلاف معنی داری قبل و بعد از هیپنوتراپی روی حساسیت راست روده بیماران وجود دارد، اما این اختلاف در گروه درمان استاندارد پزشکی معنی دار نبود (۱۴). Hefner و همکاران بر اساس یک پژوهش موردی سیستماتیک، تاثیر مداخلات هیپنوتراپی را روی ۸۰۰ بیمار IBS مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج بررسی، رفع علائم بیماران در طولانی مدت را نشان داد (۱۵). همچنین Wilson و همکاران تاثیر هیپنوتراپی روی مدیریت و کنترل علائم بیماران مبتلا به IBS را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد هیپنوتراپی در کنترل و مدیریت علائم IBS موثر است (۱۶).

بیشتر پژوهش ها اثر بخشی داروهای ضد افسردگی را در کاهش علائم و بهبود کیفیت زندگی بیماران IBS گزارش کرده اند (۱۷، ۱۸). در حالی که برخی پژوهش ها چنین نتیجه ای را به دست نیاورده اند (۱۹) از سوی دیگر بسیاری از پژوهش ها اثر بخشی مداخلات روانشناختی همچون آرامسازی، درمان شناختی-رفتاری و مراقبه را در کاهش و بهبود علائم

بیماری موثرتر بوده است (۲). هیپنوتیزم یکی از قدیمی ترین شیوه های درمانی در تاریخ بشر است و از این رو می توان آن را مادر همه روش های درمانی از جمله پزشکی روان تنی دانست (۸). هیپنوتراپی اثر درمانی روی علائم IBS داشته اما مطالعات اندکی تاثیرات طولانی مدت آن را گزارش کرده اند (۹). Lindfors و همکاران طی پژوهشی، اثر هیپنوتراپی را روی علائم و کیفیت زندگی بیماران IBS مورد مطالعه قرار دادند. در این مطالعه گروه تجربی اول ۱۲ جلسه یک ساعته در یک مرکز تخصصی روانشناختی تحت هیپنوتراپی قرار گرفتند و با گروه کنترل مقایسه شدند، گروه تجربی دوم هم در یک مرکز غیر تخصصی تحت هیپنوتراپی قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد اختلاف معنی داری بین گروه اول تجربی و کنترل، سه ماه پس از مداخله وجود داشته است اما بین گروه دوم تجربی و کنترل معنی دار نبوده است (۱۰). Whorwell و همکاران در پژوهش دیگری تاثیر هیپنوتراپی را در 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، علائم درد کاهش چشمگیری داشته است (۱۱). همچنین محققان دیگر در گزارشات خود اظهار داشته اند هیپنوتیزم در درمان اختلالات دستگاه گوارش مقاوم نسبت به دارو درمانی، موثر بوده است (۱۲). Lindfors و همکاران طی پژوهش دیگری اثر طولانی مدت هیپنوتراپی روی بیماران IBS مقاوم به درمان را مورد بررسی قرار دادند، در این مطالعه گذشته نگر ۲۰۸ بیمار IBS پس از هیپنوتراپی، مورد ارزیابی قرار گرفتند که نتایج نشان داد ۷۳ درصد بیماران در طول مدت ۲ تا ۷ سال پیگیری بعد از هیپنوتراپی، علائم شان بهبود پیدا کرده است. همچنین بیمارانی که به طور منظم از هیپنوتراپی استفاده کرده بودند، کاهش زیادی در مراجعه به مراکز درمانی داشتند (۱۰).

در یک پژوهش موردی تاثیر هیپنوتراپی روی

بیماران IBS گزارش نموده اند (۲۵-۲۰). نتایج پژوهش‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که مداخلات روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی می‌توانند در بهبود علائم بیماران IBS موثر باشند اما در خصوص تاثیر طولانی مدت هیپنوتراپی روی علائم IBS همانطور که Lindfors و همکاران گزارش کرده اند، پژوهش‌های محدودی صورت گرفته است (۱۰). با توجه به این که در ایران پژوهش، در این خصوص صورت نگرفته است، ضرورت دارد چنین مطالعه‌ای روی بیماران ایرانی صورت گیرد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثر بخشی هیپنوتراپی توام با دارو درمانی و دارو درمانی روی فراوانی و شدت علائم بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر بود.

روش بررسی:

در این مطالعه، پس از کسب موافقت کمیته اخلاق دانشگاه و ثبت در پایگاه ثبت کارآزمایی‌های بالینی کشور (IRCT201210268253N2) جامعه مورد مطالعه را کلیه بیماران گوارشی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیمارستان هاجر شهرکرد و مطب شخصی متخصصین داخلی (گوارش)، تشکیل دادند. در این مطالعه پس از تشخیص گذاری توسط متخصصین گوارش بر اساس مصاحبه و معاینه بالینی و ملاک‌های تشخیصی Rome-III تعداد ۴۱ نفر بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر با علائم غالب اسهال به روش نمونه گیری آسان (در دسترس) انتخاب شدند. از این تعداد، ۷ بیمار به واسطه داشتن ملاک‌های خروج از مطالعه کنار گذاشته و نهایتاً ۳۴ نفر به عنوان نمونه اصلی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن معیارهای تشخیص بر اساس 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 بود همچنین بیماران IBS با علائم غالب یبوست و میکس، مشکلات ارگانیک مغزی و اختلال

سایکونیک از مطالعه خارج شدند. با توجه به محدودیت‌های پژوهش از جمله تمایل کم بیماران به هیپنوتراپی، تعداد نمونه‌های پژوهش کمتر از حد معمول بود که در خصوص تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. در نهایت نمونه‌های پژوهش پس از هم‌سازی بر اساس ویژگی‌های دموگرافیک به صورت تصادفی ساده به دو گروه تجربی (هیپنوتراپی توام با دارو درمانی) و شاهد (دارو درمانی) تقسیم شدند. هیپنوتراپی مورد استفاده در این مطالعه، روشی بود که توسط Wilkenson تدوین شده است (۲۶). این نوع روش هیپنوتراپی روی بیماران سایکوسوماتیک به کار گرفته می‌شود و طرح درمانی آن شامل ۵ جلسه هیپنوتراپی است که متناسب با میزان و شدت علائم هفته‌ای یک تا دو جلسه روی بیماران IBS مطالعه ما اجرا گردید. مدت زمان هر جلسه بین ۴۵ تا ۶۰ دقیقه به طول انجامید. طی مدت اجرای پژوهش، هر دو گروه تحت دارو درمانی قرار گرفتند. دارو درمانی شامل داروهای روتین گوارش برای بیماران IBS با علائم غالب اسهال و هم چنین داروی سیتالوپرام بود که توسط متخصص گوارش به بیماران تجویز می‌گردید. 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 می‌گردید. ابزار پژوهش، شامل یک چک لیست ویژگی‌های دموگرافیک و مقیاس فراوانی و شدت علائم روده (Bowel Symptoms Severity – Frequency Scale – BSS-FS) بود. این مقیاس بر اساس ملاک‌های تشخیصی Rome – III برای بیماران IBS-D ساخته شد، که دارای ده سوال در مورد شدت و فراوانی علائم با یک مقیاس ۵ درجه‌ای داشت. این آزمون ابتدا روی ۴۰ بیمار IBS-D اجرا گردید و مواردی که برای بیمار قابل درک و فهم نبود حذف و اصلاحات لازم در مورد سوالات آزمون صورت گرفت. پس از آماده

لوین، آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و آمار توصیفی در نرم افزار SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

شدن فرم نهایی، اعتبار صوری آزمون توسط چند متخصص گوراش مورد تایید قرار گرفت. جهت به دست آوردن پایایی آزمون، تعداد ۴۰ بیمار IBS-D به صورت در دسترس انتخاب و آزمون فوق دوبار به طریق بازآزمایی (test- retest) در فاصله بین دو هفته روی آن ها اجرا گردید که همبستگی کلی نمرات به دست آمده بین دوبار اجرا برابر با ۰/۸۱ به دست آمد (۲۵). داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل کواریانس (ANOVA)، آزمون

یافته ها:

در این پژوهش میانگین سنی گروه هیپنوتراپی توام با دارو درمانی برابر با $۹/۷ \pm ۳۷$ سال و گروه دارو درمانی $۱۱/۳ \pm ۳۹/۵$ سال بود. اکثریت آزمودنی ها در هر دو گروه متاهل بودند و دارای

جدول شماره ۱: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها به تفکیک گروه های درمانی

| متغیر | گروه | هیپنوتراپی + دارو درمانی n=۱۷ | دارو درمانی n=۱۷ |
|--------------------|--------------------|----------------------------------|---------------------|
| جنس | مذکر | ۱۱ (۶۴/۷) | ۷ (۴۱/۱۷) |
| وضعیت تاهل | متاهل | ۱۴ (۸۲/۳) | ۱۲ (۷۰/۵) |
| سطح تحصیلات | ابتدایی | ۶ (۳۵/۳) | ۸ (۴۷/۰۵) |
| | راهنمایی و متوسطه | ۷ (۴۱/۱۷) | ۶ (۳۵/۳) |
| | فوق دیپلم و لیسانس | ۳ (۱۷/۶۴) | ۱ (۵/۸۸) |
| سابقه بیماری (سال) | فوق دیپلم و لیسانس | ۱ (۵/۸۸) | ۱ (۵/۸۸) |
| | | $۹/۲۴ \pm ۵/۰۷$ | $۸/۴۰ \pm ۵/۷۵$ |

*اعداد به صورت تعداد (درصد) می باشند، داده های مربوط به سن و سابقه بیماری به صورت میانگین \pm انحراف معیار می باشد.

دهنده عدم وجود علائم و ۲۰ نشان دهنده شدت و فراوانی بالای علائم است. نتایج بدست آمده در این خصوص نشان داد میانگین نمرات علائم در

سطح تحصیلات پایینی بودند (جدول شماره ۱). دامنه فرضی امتیاز پرسشنامه هم در فراوانی و هم در شدت علائم بطور جداگانه بین صفر تا ۲۰ بوده که صفر نشان

جدول شماره ۲: فراوانی و شدت علائم در گروه های هیپنوتراپی و دارو درمانی در سه مرحله پژوهش

| گروه ها | مقیاسها | مراحل آزمون | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری |
|-------------|---------|---------------|------------------|------------------|------------------|
| هیپنوتراپی | | شدت علائم | $۱۱/۰۵ \pm ۱/۸۱$ | $۸/۸۲ \pm ۲/۳۵$ | $۹/۸۲ \pm ۲/۳۷$ |
| | | فراوانی علائم | $۱۱/۵۲ \pm ۱/۸۷$ | $۹ \pm ۲/۵۲$ | $۹/۲۹ \pm ۲/۴۹$ |
| دارو درمانی | | شدت علائم | $۱۰/۷۶ \pm ۱/۹۵$ | $۱۱/۰۵ \pm ۱/۸۱$ | $۱۰/۸۸ \pm ۱/۸۶$ |
| | | فراوانی علائم | $۱۰/۸۲ \pm ۱/۶۲$ | $۱۱ \pm ۲/۰۶$ | $۱۰/۷۰ \pm ۲/۴۱$ |

داده ها به صورت "میانگین \pm انحراف معیار" می باشد.

گروه هیپوترایی نسبت به گروه دارودرمانی در مرحله پس از آزمون کاهش داشته اما در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس از آزمون افزایش پیدا کرده است (جدول شماره ۲).
 با در نظر گرفتن نمرات پیش از آزمون به عنوان متغیرهای همپراش (کمکی)، هیپوترایی منجر به تفاوت معنی دار هم در شدت و هم در فراوانی علائم بیماران IBS بین دو گروه آزمایش و شاهد در مرحله پس از آزمون گردید ($P < 0.05$).

جدول شماره ۳: تحلیل کوواریانس نمره شدت و فراوانی علائم IBS گروه های درمانی در مرحله ی پس از آزمون

| متغیر | شاخص های آماری | میانگین مجذورات | سطح معنی داری | ضریب η^2 | توان آماری |
|---------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| شدت علائم | پیش آزمون | ۴/۰۸۸ | ۰/۳۳۴ | ۰/۰۲۹ | ۰/۱۵۴ |
| | عضویت گروهی | ۴۰/۱۲۲ | *۰/۰۰۵ | ۰/۲۲۶ | ۰/۸۳۰ |
| فراوانی علائم | پیش آزمون | ۵/۳۲۲ | ۰/۳۲۵ | ۰/۰۳۱ | ۰/۱۶۳ |
| | عضویت گروهی | ۳۴/۴۳ | ۰/۰۱۶ | ۰/۱۷۳ | ۰/۶۹۴ |

* اختلاف آماری در سطح $P < 0.05$ بین گروه هیپوترایی توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی.

IBS=سنارم روده تحریک پذیر

بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس ضریب اتا نشان می دهد نمرات شدت و فراوانی علائم در مرحله پس از آزمون، ۲۲ درصد شدت علائم و ۱۷ درصد فراوانی علائم مربوط به مداخلات هیپوترایی گزارش شد. همچنین توان آماری در خصوص شدت علائم و فراوانی علائم کفایت حجم نمونه را نشان داد (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۴: تحلیل کوواریانس نمرات شدت و فراوانی علائم IBS گروه های درمانی در مرحله پیگیری

| متغیر | شاخص های آماری | میانگین مجذورات | سطح معنی داری | ضریب η^2 | توان آماری |
|---------------|----------------|-----------------|---------------|---------------|------------|
| شدت علائم | پیش آزمون | ۲/۷۵ | ۰/۴۴۷ | ۰/۰۱۹ | ۰/۱۱۶ |
| | عضویت گروهی | ۱۰/۳۰۳ | ۰/۱۴۶ | ۰/۰۶۷ | ۰/۳۰۴ |
| فراوانی علائم | پیش آزمون | ۱/۳۴۷ | ۰/۶۴۶ | ۰/۰۰۷ | ۰/۰۷۴ |
| | عضویت گروهی | ۱۴/۴۰۲ | ۰/۱۳۹ | ۰/۰۶۹ | ۰/۳۱۳ |

* اختلاف آماری در سطح $P < 0.05$ بین گروه هیپوترایی توام با دارو درمانی و گروه دارو درمانی.

IBS=سنارم روده تحریک پذیر

بحث:

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، میانگین سابقه بیماری در کل بیماران بین ۸ تا ۹ سال بوده است که مزم بودن این بیماری را به اثبات می رساند. این مسئله نشان می دهد که این بیماران تنها در صدد درمان دارویی بر آمده و در طول مدت بیماری به

دیگر نتایج پژوهش نشان از عدم اختلاف معنی دار هم در شدت و هم در فراوانی علائم IBS بین دو گروه تحت بررسی در مرحله پیگیری داشتند ($P > 0.05$). نتایج نشان می دهد که هیپوترایی تاثیر پایداری در کاهش علائم IBS نداشته است (جدول شماره ۴).

بیماران IBS سه ماه پس از آخرین مداخلات (پیگیری) کاهش معنی داری را نشان می دهد که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت نمی کند. در خصوص تفاوت در نتایج این پژوهش ها می توان به چند نکته اشاره کرد:

پژوهش Lindfors و همکاران در یک مرکز تخصصی هیپنوتراپی صورت گرفته است که قاعدتاً تأثیرات بیشتری روی بیماران داشته است (۱۰). همچنین جلسات هیپنوتراپی در مطالعه آنان ۱۲ جلسه بوده در حالی که در پژوهش حاضر ۵ جلسه بیماران تحت هیپنوتراپی قرار گرفتند و نهایتاً اینکه مرحله پیگیری در پژوهش آنان سه ماه بوده است در حالی که در پژوهش حاضر، این مرحله ۶ ماه در نظر گرفته شد. از سوی دیگر، اختلاف نتایج این پژوهش ها را می توان به علت نقش سایر عوامل متدولوژی و فرهنگی دانست. برخی از پژوهش ها نیز نشان داده اند که علائم بیماران IBS حتی با درمان دارویی، پس از ۶ ماه، عود می کند که تأثیر عوامل عصبی و ارگانیک را در بروز و شدت علائم نشان می دهد (۲۸، ۲۹) و به نوعی با نتایج این قسمت از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

نتیجه گیری:

نتایج این مطالعه نشان می دهد به کارگیری مداخلات روانشناختی به خصوص هیپنوتراپی توام با درمان های دارویی روی بیماران IBS مقاوم به درمان، می تواند در کاهش فراوانی و شدت علائم این بیماران موثر باشد. از طرف دیگر، همکاری بین متخصصین گوارش، روانشناسان و روانپزشکان در 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.

تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از کلیه کسانی که ما را در اجرای این طرح یاری نمودند، به خصوص بیماران IBS شرکت کننده در طرح و خانواده آنها تشکر و قدردانی می شود.

عوامل روانشناختی تشدید کننده علائم توجهی نداشته اند. در مطالعات دیگر حدود ۵۰ تا ۹۰ درصد بیماران IBS که درصدد درمان خود بودند، تاریخچه ای از اختلالات روانپزشکی را در طول زندگی خود گزارش کرده اند (۲۷). نتایج دیگر پژوهش نشان داد میانگین نمرات فراوانی و شدت علائم بیماران در گروه هیپنوتراپی توام با دارو درمانی در مقایسه با گروه دارو درمانی پس از مداخلات هیپنوتراپی، کاهش معنی داری داشته است. این نتایج با یافته های پژوهش Lindfors و همکاران (۱۰) همخوانی دارد. در پژوهش Gulovski و Blanchard که به صورت موردی روی یک بیمار IBS مقاوم به درمان صورت گرفت، ۵۳ درصد علائم پس از ۶ جلسه هیپنوتراپی کاهش چشمگیری نشان دادند (۱۳)، که با پژوهش حاضر همخوانی دارد.

در پژوهشی درمان استاندارد پزشکی و هیپنوتراپی را روی کودکان با اختلال درد شکم عملکردی و IBS مورد بررسی قرار گرفته بود، کاهش حساسیت، درد شکمی و علائم IBS در گروه هیپنوتراپی پس از مداخله گزارش شده بود (۱۴)، که نتایج پژوهش حاضر را تایید می کند.

بررسی تأثیر هیپنوتراپی روی بیماران IBS در برخی مطالعات (۱۱، ۱۵، ۱۶) اثر بخشی این درمان را در کاهش علائم IBS مورد تایید قرار داده است و با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد.

بر اساس نتایج این پژوهش اختلاف معنی داری ۶ ماه پس از آخرین مداخلات درمانی (پیگیری) بین دو گروه مشاهده نشد. به تعبیری دیگر، هیپنوتراپی تأثیر پایداری در کاهش علائم بیماران IBS نداشته است. این نتایج با یافته های Gulovski و Blanchard مبنی بر کاهش ۷۰ درصد علائم IBS، ۶ ماه پس از آخرین مداخله هیپنوتراپی (پیگیری)، همخوانی ندارد (۱۳) اختلاف در نتایج این دو پژوهش را می توان در نوع مداخلات هیپنوتراپی از یک سو و موردی بودن مطالعه قبلی از سوی دیگر قلمداد کرد. در پژوهش های Lindfors و همکاران (۱۰)، تأثیر هیپنوتراپی روی

منابع:

1. Ford AC, Vandvik PO. Irritable bowel syndrome. *Clin Evid (Online)*. 2012 Jan; 2012. Pii: 0410.
2. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct; 4: CD005110.
3. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology*. 2006; 130(5): 1480-91.
4. Folks DG. The interface of psychiatry and irritable bowel syndrome. *Curr Psychiatry Rep*. 2004; 6(3): 210-5.
5. Blanchard EB, Lachner JM, Jaceard J, Rowell D, Carosella AM, Powell C, et al. The role of stress in symptom exacerbation among IBS patients. *J Psychosomatic Res*. 2008. 64(2): 119-28.
6. Solati K, Rahimian Gh, Abedi A, Bagheri N. The relationship between mental disorders and irritable bowel syndrome. *Yafteh*. 2006; 8(2): 31-7.
7. Solati K, Adibi P, Sobhi N. Effects of relaxation and citalopram on Severity and frequency of the symptoms of irritable bowel syndrome with diarrhea Predominance. *Pakistan J Med Sci*. 2010; 26(1): 88-91.
8. Moshref S. The effect of hypnotherapy on migraine headach. *Ncurol Rehabil*. 2005; 11(6): 323-30.
9. 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(4): 414-21.
10. Lindfors P, Unge P, Arvidsson P, Nyhlin H, Bjornsson E, Abrahamsson H, effects of gut – directed hypnotherapy on IBS in different clinical settings – results from two randomized, controlled trials. *Am J Gastroenterol*. 2012; 107(2): 276-85.
11. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of fypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet*. 1984 Dec; 2(8414): 1232-4.
12. Drossmann DA, Thompson WG. The irritable bowel syndrome: Review and a graduated multicomponent treatment approach. *Ann Intern Med*. 1992 Jun; 116(12 Pt 1): 1009-16.
13. Gulovski IE, Blanchard EB. Hypno therapy and refractory irritable bowel syndrome: a single case stady. *Am J Clin Hypnotherapy*. 45(1): 31-7.
14. Vlieger AM, van den Berg MM, Menko-Frankenhuis C, Bongers ME, Tromp E, Benninga MA. Nochag in rectal Senility after gut directed hypnotherapy children with functional abdominal pain or irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2010 Jan; 105(1): 213-8.
15. Hefner J, Rilk A, Herbert BM, Zipfel S, Enck P, Martens U. Hypnotherapy for irritable bowel syndrome-a systematic review. *Z Gastroenterol*. 2009 Nov; 47(11): 1153-9.
16. Wilson S, Maddison T, Roberts L, Greenfield S, Singh S. Birmingham IBS research group. Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol*. 2006, 1: 24(5): 769-80.
17. Tack J, Broekaert D, Fischler B, Van Oudenhov L, Gevers AM, Janssens J. A controlled crossover study of the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram in irritable bowel syndrome. *Gut*. 2006; 55(8): 1095-103.
18. Vahedi H, Merat S, Momtahan S, Kazzazi AS, Ghaffari N, Olfati G, et al. Clinical trial: the effect of amitriptyline in patients with diarrhea – predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2008; 27(8): 678-84.

19. Talley NJ, Kelow JE, Boyce P, Tennant C, Huskic S, Jones M. Antidepressant therapy (Imipramine and citalopram) for irritable bowel syndrome: A Double – blind, randomized, placebo – controlled trial. *Dig Dis Sci*. 2008; 53(1): 108-15.
20. 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(2): 95-100.
21. 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(7): 801-11.
22. Leahy A, Clayman C, Mason I, Lloyd G, Epstein O. Computerized biofeedback games: a new method for teaching stress management and its use in irritable bowel syndrome. *J R Coll Physicians Lond*. 1998 Nov-Dec; 32(6): 552-6.
23. Moss – Morris R, McAlpine L, Didsbury LP, Spence MJ. A randomized controlled trial of a cognitive behavioral therapy – based self – management intervention for irritable bowel syndrome in primary care. *Psychol Med*. 2010; 40(1): 85-94.
24. Boyce PM, Talley NJ, Balaam B, Koloski BA, Truman G. A randomized controlled trial of cognitive – behavior therapy, relaxation training and routine clinical care for the irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*. 2003 Oct; 98(10): 2209-18.
25. Solati K, 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 University of Med Sci*. 2012; 19(1): 94-103.
26. Wilkenson JB. Hypnotherapy in the psychosomatic approach to illness. *J R Soc Med*. 1981 Jul; 74(7): 525-30.
27. 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.
28. Camilleri M, Northcutt AR, Kong S, Dukes GE, Mc Sorley D, Mangel AW. Efficacy and safety of alosetron in women with irritable bowel syndrome: a randomized, placebo–controlled trial. *Lancet*. 2000; 355(9209): 1035-40.
29. Novick J, Miner P, Krause R, Glebas K, Bliesath H, Kigozio G, et al. A randomized, double – blind, placebo – controlled trial of tegaserod in female patients suffering from irritable bowel syndrome with constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2002; 16(11): 1877-88.

Effects of hypnotherapy joint with drug therapy and drug therapy on severity and frequency of the symptoms of patients with irritable bowel syndrome

Shahbazi K (MSc)¹, Aghaei A (MSc)¹, Rahimian GhA (MD)², Mobasheri M (PhD)³, Solati-Dehkordi SK (PhD)^{3*}

¹Psychology Dept., Korasgan Branch, Islamic Azad University, Isfahan, I.R. Iran,

²Gastroenterology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran,

³Biostatistics and epidemiology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran; ⁴Psychology Dept., Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, I.R. Iran.

Received: 30/Jun/2012 Revised: 18/Aug/2012 Accepted: 23/Aug/2012

Background and aims: Irritable bowel syndrome is one of the most prevalent functional bowel disorders which is characterized by chronic abdominal pain and altered bowel habit in the absence of any observable causes (IBS). Hypnotherapy is suggested to be effective in decreasing symptoms in irritable bowel syndrome, but few studies have been done in this regard. The aim of this study was to investigate the effects of hypnotherapy with drug therapy on severity and frequency of symptoms of patient's with irritable bowel syndrome.

Methods: In this clinical trial study 34 IBS patients were divided into two groups of hypnotherapy plus drug therapy or drug therapy alone. Bowel symptoms severity and frequency Scale (BSS-FS) was used for evaluation of patient s' symptoms in pre-test, post – test and 6 months after treatment (follow-up). Data were analyzed using Ancova test.

Results: There were significant differences in the severity and frequency of IBS symptoms between the two groups in post-test stage regarding BSS-FS ($P<0.05$). However, no significant difference was abserved at follow up stage between the two groups ($P>0.05$).

Conclusion: Hypnotherapy in addition to drug therapy might be effective useful in decreasing the severity and frequency of symptoms of IBS-D patients. However, stopping this treatment may lead to recurrence of the symptoms.

Keywords: Drug therapy, Irritable bowel syndrome, Hypnotherapy.

Cite this article as: Shabazi K, Aghaei A, Rahimian GhA, Mobasheri M, Solati-Dehkordi SK. Effects of hypnotherapy joint with drug therapy and drug therapy on severity and frequency of the symptoms. J Sharekord Univ Med Sci. 2013 Feb, March; 14(6): 1-9.

***Corresponding author:**

Medical Plants Research Center, Shahrekord University of Medical Sciences, Rahmatieh, Shahrekord, I.R. Iran. Tel: 00983812220016, Email: Kamal_Solati@yahoo.com