



Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnotherapy on Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women with Irritable Bowel Syndrome

Jamshid Hashemi ¹ , Majid Safarinia ² , Ahmad Alipour ²

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

Corresponding Author: Majid Safarinia

E-mail: saffarinia@pnu.ac.ir

Received: 13 June 2025

Revised: 12 August 2025

Accepted: 18 August 2025

Published Online: 1 January 2026

Citation: Hashemi, J., Safarinia, M. & Alipour, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Hypnotherapy on Health-Related Quality of Life in Postmenopausal Women with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Modern Psychological Researches*, 20(80), 16-31. DOI: [10.22034/jmpr.2025.67830.6712](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.67830.6712)

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Menopause is defined as the permanent cessation of menstruation and indicates the end of reproductive capacity (Lorefice et al., 2023; Yao et al., 2025). It is essentially a manifestation of ovarian failure (Miao et al., 2025). The symptoms of menopause are related to hormonal changes in the female body, specifically associated with an increase in follicle-stimulating hormone levels and a decrease in estrogen levels as a woman enters this period of life (Mishra et al., 2023). In addition to these hormonal changes, many postmenopausal women (defined as women over 45 years of age without menstruation for at least one year) struggle with various comorbid conditions, such as irritable bowel syndrome (IBS) (Sarnoff et al., 2025; Yin et al., 2023).

It can be said that menopausal women with irritable bowel syndrome experience more severe symptoms than women who are not in menopause (Lenhart et al., 2020; Mnatsakanyan et al., 2022). Furthermore, women with both menopause symptoms (e.g., hot flashes and decreased body hormone levels) (Gonzalez Trotter et al., 2025) and IBS may experience a lower health-related quality of life compared to before menopause (Nageswari et al., 2025) or compared to women without IBS (Khalil et al., 2024). Research has shown that women with IBS experience a lower health-related quality of life (Roukas et al., 2025; Zhu et al., 2025). Irritable bowel syndrome is associated with dietary restrictions and daily life limitations caused by food and drink, leading to a poorer quality of life for those who suffer from this condition (Oliveira et al., 2024).

Based on this evidence, patients with IBS experience a lower health-related quality of life (Nageswari et al., 2025; Khalil et al., 2024; Roukas et al., 2025; Zhu et al., 2025). Therefore, interventions for postmenopausal women with IBS can alleviate many psychological factors that contribute to disease severity, leading to an enhancement in their in their

health-related quality of life. One of the effective interventions for increasing health-related quality of life (Wang et al., 2023; Roger et al., 2023) and improving the symptoms of IBS is cognitive-behavioral therapy (CBT) (Bennebroek Evertsz et al., 2024). Another intervention proven effective in patients with IBS, and which is thought to modulate the gut-brain axis, is hypnotherapy (Krouwel et al., 2019; Donnet et al., 2022; Hasan et al., 2023).

It is clear that both CBT (Wang et al., 2023; Liu et al., 2023; Roger et al., 2023) and hypnotherapy (Donnet et al., 2022; Pemberton et al., 2020; Crowell et al., 2017; Crowell et al., 2019) are significantly effective in reducing the problems of people with IBS. However, comparisons of the effectiveness of hypnotherapy and CBT have been studied less frequently in these patients. This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and hypnotherapy on health-related quality of life in postmenopausal women with irritable bowel syndrome (IBS).

Method: This quasi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with control group and a 2-month follow-up. The statistical population of the research was all postmenopausal women with IBS in Tehran city during the winter of 2025. A total of 45 women patients diagnosed with IBS were then randomly divided into three groups: a CBT group (n=15), a hypnotherapy group (n=15), and a control group (n=15). The first experimental group underwent 8 sessions of 90-minute CBT, and the second experimental group underwent 8 sessions of 90-minute hypnotherapy. Data were collected using the Irritable Bowel Syndrome Quality of Life (IBS-QOL) questionnaire developed by Patrick et al. (1998). Repeated Measure and the Bonferroni post hoc test were used for data analysis. The data analysis software was SPSS version 29.

Results: Based on the results, it shows that Mauchly's Test of Sphericity for health-related quality of life was significant ($p < 0.05$). This finding indicates that the variance of the differences between the levels of the dependent variables is significantly different. As the Greenhouse-Geisser epsilon value for health-related quality of life was less than 0.75, the Greenhouse-Geisser correction was applied. Therefore, the results of the analysis of variance test with repeated measurements are reported in Table 1 to investigate the difference of the research sample in the three stages of pre-test, post-test and follow-up of the health-related quality of life variable.

Table 1. Results of Tests of Within-Subjects Effects and Tests of Within-Subjects Contrasts (Greenhouse-Geisser Correction) of Health-Related Quality of Life

Variables	Source	F	df	p	η^2_p	Observed Power
dysphoria	group	146.01	1.07	.001	.78	1.00
	factor	50.55	2.13	.001	.71	1.00
	factor * group	18.24	2	.001	.46	1.00
activities interference	group	47.24	1.14	.008	.53	1.00
	factor	11.36	2.28	.001	.35	.94
	factor * group	5.29	2	.001	.20	.81
body image	group	80.79	1.38	.001	.66	1.00
	factor	20.72	2.76	.001	.50	1.00
	factor * group	14.71	2	.001	.41	1.00
health worry	group	69.75	1.11	.001	.62	1.00
	factor	16.57	2.22	.001	.44	1.00
	factor * group	8.39	2	.001	.28	.95
abstinence food	group	58.25	1.14	.001	.58	1.00
	factor	12.07	2.27	.001	.36	1.00
	factor * group	15.27	2	.002	.42	1.00
social interaction	group	46.84	1.03	.001	.53	1.00
	factor	11.60	2.06	.001	.36	1.00
	factor * group	7.01	2	.002	.25	.91
sexual worry	group	178.26	1.23	.001	.81	1.00
	factor	48.46	2.45	.001	.70	1.00
	factor * group	16.38	2	.001	.44	1.00
interpersonal relations	group	66.59	1.27	.001	.61	1.00
	factor	17.96	2.54	.001	.46	1.00
	factor * group	17.53	2	.001	.45	1.00
total health-related quality of life	group	520.80	1.24	.001	.82	1.00
	factor	131.13	2.48	.001	.72	1.00
	factor * group	127.07	2	.001	.75	1.00

The results showed that both interventions had a significant effect on health-related quality of life ($\eta^2=0.75$, Sig=0.001, F=127.07). In addition, the results of Bonferroni post hoc test showed that cognitive-behavioral therapy is more effective than hypnotherapy on health-related quality of life ($p<0.05$).

Discussion: The results showed that cognitive-behavioral therapy was more effective than hypnotherapy in improving the health-related quality of life of postmenopausal women with irritable bowel syndrome. As no prior research has directly compared the effectiveness of CBT and hypnotherapy specifically in improving the health-related quality of life of postmenopausal women with IBS, the concordance or disparity of this result with the broader literature is not clear.

In explaining the research findings regarding the greater effectiveness of CBT, it can be said that by participating in CBT sessions, postmenopausal women with IBS learn to develop a calmer and more balanced toward their condition, changing their mindset, and thus experiencing a greater health-related quality of life. However, potential reasons for the greater effectiveness of CBT over hypnotherapy should be considered. It is possible that the adoption of hypnotherapy by mainstream medicine has been slow, despite strong evidence of its benefits and the sustainability of its effectiveness. This is likely to be at least partly due to the scepticism that still surrounds the subject (Pemberton et al., 2020; Krouwel et al., 2017; Krouwel et al., 2019).

Despite hypnotherapy being widely publicized (Peters et al., 2015; Peters et al., 2023), almost two-thirds of patients had not heard of the treatment unit. This may be at least partly because GPs and referring physicians are unaware of this type of treatment or question its effectiveness. Furthermore, during hypnotherapy sessions, many patients with IBS still consider the possibility that their abdominal pain is caused by ongoing inflammation, which may have reduced their motivation to listen to hypnotherapy exercises on a daily basis (Hoekman et al., 2021). These factors may contribute to the observed difference in effectiveness between CBT and hypnotherapy.

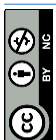
There were limitations in conducting the present study, and the selection of a sample from Tehran requires caution in generalizing the findings. Another limitation is the reliance solely on a single self-report questionnaire for data collection, without incorporating other objective measurement tools. This approach risks response bias in the self-report data. Furthermore, a methodological limitation is that while participants had a specialist's diagnosis of IBS, the specific severity of the disease was not specified. Due to time constraints, this study was unable to conduct a longer-term follow-up phase to examine the continuity and durability of the effects of cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy, being limited to a two-month follow-up measurement phase.

It is suggested that similar studies be conducted on postmenopausal women with IBS in other cities and cultures so that the results of the studies can be compared and help overcome the limitations of this study. Future studies should examine the continuity and durability of CBT and hypnotherapy effectiveness by considering a longer follow-up period (e.g., more than six months or one year).

Based on the results, i cognitive-behavioral therapy and hypnotherapy can both be used as treatment method to improve health-related quality of life in postmenopausal women with irritable bowel, with CBT showing greater effectiveness and thus having a higher priority for clinical use.

KEYWORDS

cognitive-behavioral therapy, health-related quality of life, hypnotherapy, irritable bowel syndrome, postmenopausal





فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی



مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر

جمشید هاشمی^۱ ID، مجید صفاری نیا^۲ ID✉، احمد علی پور^۲ ID

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

نویسنده مسئول: مجید صفاری نیا

رایانامه: saffarinia@pnu.ac.ir

استناددهی: هاشمی، جمشید، صفاری نیا، مجید و علی پور، احمد. (۱۴۰۴). مقایسه

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۲۰(۸۰)، ۳۱-۱۶. DOI:

[10.22034/jmpr.2025.67830.6712](https://doi.org/10.22034/jmpr.2025.67830.6712)

تاریخ دریافت: ۲۳ خرداد ۱۴۰۴

تاریخ بازنگری: ۲۱ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ پذیرش: ۲۷ مرداد ۱۴۰۴

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۱ دی ۱۴۰۴

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

هدف پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. نوع طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به کلینیک‌های گوارش شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۳ بودند. تعداد ۴۵ زن به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه شناختی- رفتاری (۱۵ زن)، هیپنوتراپی (۱۵ زن) و گروه کنترل (۱۵ زن) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری و گروه آزمایش دوم ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هیپنوتراپی قرار گرفتند. از پرسشنامه کیفیت زندگی سندرم روده تحریک‌پذیر (IBS-QIL-34) پاتریک و همکاران (۱۹۹۸) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۹ بود. نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثربخشی معناداری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت داشته است ($F=127/07$, $sig=0/001$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت دارد ($p<0/05$). می‌توان نتیجه‌گیری کرد که، در راستای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی می‌توان از نتایج این پژوهش استفاده کرد و تقدم استفاده در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر با درمان شناختی- رفتاری است.

درمان شناختی- رفتاری،
سندرم روده تحریک‌پذیر،
کیفیت زندگی مرتبط با
سلامت،
هیپنوتراپی،
یائسگی



مقدمه

یائسگی^۱ را به عنوان قطع دائمی قاعدگی تعریف می‌کنند که نشان‌دهنده پایان صلاحیت یا توانایی باروری^۲ است (لوریفیس^۳ و همکاران، ۲۰۲۳) و اساساً مظهر نارسایی تخمدان است (یائو^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). به عبارتی دیگر، علائم یائسگی به تغییرات هورمونی در بدن زن مربوط می‌شود و ورود زن به این دوران از زندگی، با افزایش سطح هورمون محرک فولیکول^۵ و کاهش سطح استروژن^۶ همراه است (میشرا^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این مشکلات، بسیاری از زنان یائسه^۸ (زنانی بیشتر از ۴۵ سال بدون قاعدگی برای حداقل یک سال)، با بیماری‌های مختلفی دیگری مانند سندرم روده تحریک‌پذیر^۹ دست و پنجه نرم می‌کنند (سارنوف^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵؛ یین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). می‌توان گفت که زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نسبت به زنانی که در سن یائسگی نیستند، علائم سندرم روده تحریک‌پذیر شدیدتری دارند (لنهارت^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰؛ مناتساکیان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین می‌توان گفت این زنان علاوه بر تجربه مشکلات ناشی از یائسگی مانند گرگرفتگی و کاهش میزان هورمون‌های بدنی (گونزالز تروتتر^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۵)، ممکن است کیفیت زندگی مرتبط با سلامت^{۱۵} کمتری نسبت به دوران قبل از یائسگی (ناگسوار^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۵) و نسبت به زمانی که به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر مبتلا نبودند، تجربه کنند (خلیل^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۴). به طوری که تحقیقات نشان داده است که زنان مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کمتری را تجربه می‌کنند (روکاس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژو^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۵). سندرم روده تحریک‌پذیر با محدودیت‌های غذایی و محدودیت‌های زندگی روزمره ناشی از غذا و نوشیدنی مرتبط است و کسانی که از این بیماری رنج می‌برند به دلیل تجربه علائم سندرم روده تحریک‌پذیر کیفیت زندگی ضعیف‌تری را تجربه می‌کنند (اولیوریا^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۴).

با توجه به آنچه گفته شد، مشخص گردید که بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کمتری را تجربه می‌کنند (ناگسوار^{۲۱} و همکاران، ۲۰۲۵؛ ژو و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین به کارگیری مداخلات برای زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌تواند به بهبود بسیاری از مشکلات روانشناختی تاثیرگذار بر شدت بیماری کمک کند و

بهبود علائم شدت بیماری می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنان منجر شود. یکی از مداخلات اثربخش برای افزایش کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (وانگ^{۲۲} و همکاران، ۲۰۲۳؛ روگر^{۲۳} و همکاران، ۲۰۲۳) و بهبود علائم سندرم روده تحریک‌پذیر درمان شناختی- رفتاری^{۲۴} است (بنبروئک اورتسز^{۲۵} و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، تحقیقات نشان داده است که دستورالعمل‌های درمانی (هافمن^{۲۶} و همکاران، ۲۰۱۲؛ نوادی^{۲۷} و همکاران، ۲۰۲۵)، درمان شناختی رفتاری را به عنوان درمان انتخابی برای سندرم روده تحریک‌پذیر معرفی می‌کند. به عنوان یک درمان مبتنی بر یادگیری، تکالیف خانه برای بهینه‌سازی نتایج برای بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تحت درمان با درمان شناختی- رفتاری مهم تلقی می‌شوند (رادزیوون^{۲۸} و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد حاصل از کارآزمایی‌های بالینی نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری، به عنوان یک رویکرد غیردارویی معمولی، نقش‌های درمانی بالقوه‌ای بر بهبود مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد (لاکسر و جاک‌کارد^{۲۹}، ۲۰۲۱). مکانسیم اثر درمان شناختی- رفتاری به این صورت است که کاهش تحریف‌های شناختی به افراد کمک می‌کند که بر تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار تمرکز کنند. به این صورت که این روش درمانی معتقد است که افکار، احساسات و رفتارهای افراد به هم مرتبط هستند و با تغییر افکار منفی و ناکارآمد، می‌تواند احساسات و رفتارهای بهتری داشته باشند و از این طریق علاوه بر بهبود توانمندی‌های روانشناختی، سطح مشکلات جسمانی آنان نیز کمتر شود (لیو^{۳۰} و همکاران، ۲۰۲۳).

یکی دیگر از این مداخلات که اثربخشی آن بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر به اثبات رسیده است و اثربخشی بالقوه آنها برای تعدیل محور ذهن- روده^{۳۱} در بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر استفاده شده است، هیپنوتراپی^{۳۲} است (دنوت^{۳۳} و همکاران، ۲۰۲۲؛ هاسان^{۳۴} و همکاران، ۲۰۲۳). اولین کارآزمایی از هیپنوتیزم بر روی سندرم روده تحریک‌پذیر در سال ۱۹۸۴ منتشر شد (ورول^{۳۵} و همکاران، ۱۹۸۴) و نامیدکننده است که این شکل از درمان هنوز به طور گسترده در دسترس قرار نگرفته است. علی‌رغم تایید اثربخشی توسط دیگران و تایید آن در بریتانیا توسط دستورالعمل انستیتوی ملی تعالی سلامت و مراقبت^{۳۶} در مورد درمان سندرم روده تحریک‌پذیر، متأسفانه هنوز تردید و تعصب زیادی در مورد استفاده از

19. Zhu
20. Oliveira
21. Nageswari
22. Wang
23. Roger
24. cognitive-behavioral therapy
25. Bennebroek Evertsz^۲
26. Hofmann
27. Nwadi
28. Radziwon
29. Lackner & Jaccard
30. Liu
31. mind-gut axis
32. hypnotherapy
33. Donnet
34. Hasan
35. Whorwell
36. National Institute for Health and Care Excellence

1. menopause
2. reproductive competence
3. Lorefice
4. Yao
5. follicle-stimulating hormone
6. estrogen
7. Mishra
8. postmenopausal
9. irritable bowel syndrome
10. Sarnoff
11. Yin
12. Lenhart
13. Mnatsakanyan
14. Gonzalez Trotter
15. quality of life
16. Nageswari
17. Khalil
18. Roukas

بیماران فعالیت می‌کنند، کمک کرد تا از نتایج اینگونه تحقیقات برای تعیین درمان اثربخش‌تر استفاده کنند. به همین دلیل، این پژوهش از تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روانشناسان و درمانگران برخوردار است. لذا با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن بود که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر وجود دارد؟

روش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در آن یک مرحله پیگیری ۲ ماهه نیز در نظر گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر مراجعه کننده به کلینیک‌های متخصصین گوارش شهر تهران در زمستان سال ۱۴۰۳ بودند. برای برآورد حجم نمونه از جدول کوهن^{۱۱} (۲۰۱۳) با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۵ استفاده شد که بر اساس آن برای هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. در ابتدا به روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر واجد شرایط انتخاب و در مرحله بعدی به شیوه تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. به این صورت که با روش قرعه‌کشی اسامی ۴۵ نفر مذکور در یک کیسه قرار داده شد و به روش تصادفی ساده ۱۵ نفر در گروه آزمایش درمان شناختی- رفتاری، ۱۵ نفر در گروه هیپنوتراپی و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار گرفتند. یائسگی، تایید تشخیص سندرم روده تحریک‌پذیر بر اساس معیارهای روم-IV^{۱۲} (که بر اساس تغییراتی در عادات روده است) توسط متخصص گوارش و داشتن حداقل تحصیلات دیپلم (تایید مدرک بر اساس گزارش خود فرد) از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. توضیح اهداف پژوهش برای زنان شرکت‌کننده و ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به گروه کنترل از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. از آنجایی که طرح پژوهش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بوده است، لذا برای بررسی داده‌های گردآوری شده و تحلیل آماری آن از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه مداخلات و مقایسه مراحل آزمون استفاده شده است. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS نسخه ۲۹ بوده است.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه کیفیت زندگی سندرم روده تحریک‌پذیر^{۱۳} (IBS-QIL-34): در این پژوهش از پرسشنامه کیفیت زندگی سندرم روده تحریک‌پذیر که توسط پاتریک^{۱۴} و همکاران (۱۹۹۸) تهیه شده است، استفاده شد. این پرسشنامه

هیپنوتراپی مخصوصاً برای شرایط پزشکی و نه روانشناختی وجود دارد (پمبرتون^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ کروول^۲ و همکاران، ۲۰۱۷) و این ممکن است به دلیل عدم علاقه برخی از پزشکان برای به کارگیری استفاده از هیپنوتراپی برای درمان مشکلات افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر باشد. همچنین به احتمال زیاد این نگرش توسط عموم مردم و برخی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر نیز وجود دارد (دنوت و همکاران، ۲۰۲۲؛ هئوکن و همکاران، ۲۰۲۱).

نوعی از هیپنوتراپی که کارایی آن بسیار مورد بررسی قرار گرفته است و نقش مهمی در بهبود مشکلات بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد، هیپنوتراپی هدایت شده^۳ است که هیپنوتراپی یا هیپنوتیزم را در افراد تحت درمان با تلقین^۴ و استعاره^۵ ترکیب می‌کند (کروول و همکاران، ۲۰۱۹). هیپنوتراپی دارای نرخ بالایی از اثربخشی بادوام برای درمان سندرم روده تحریک‌پذیر است، اما استفاده گسترده از آن به دلیل هزینه‌های بالا و دسترسی ضعیف محدود است (پترز و همکاران^۶، ۲۰۲۳). هیپنوتراپی هدایت‌شده، یک درمان رفتاری روده-مغزی است که معمولاً در جمعیت سندرم روده تحریک‌پذیر اعمال می‌شود و این شامل یک مقدمه است که در آن تلقیناتی برای تجربیات تخیلی^۷ ارائه می‌شود و هدف از معرفی یک القای هیپنوتیزمی این است که فرد احساس آرامش و ریلکس^۸ کند و بنابراین به آنها اجازه می‌دهد تا وارد یک حالت تغییر حالت هوشیاری^۹ شوند. در اینجا، تلقین‌هایی برای کنترل و عادی‌سازی عملکرد دستگاه گوارش، معمولاً به صورت تکراری ارائه می‌شود. یک مثال می‌تواند این باشد که از فرد بیمار بخواهید تصور کند که دستی را روی ناحیه شکم خود قرار داده و تصور کند که آن دست گرم احساس آرامش بخشی به وی می‌دهد. تلقین‌هایی برای بازگرداندن کنترل و آرامش به این قسمت از بدن ارائه می‌شود و در نتیجه مسیرهای روده به مغز نامنظم ایجاد می‌شود. تمرین هیپنوتراپی، ترجیحاً روزانه، حداقل به مدت ۶ هفته تکرار می‌شود (گونسالکوراله^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳).

آنچه که مشخص است، هم درمان شناختی- رفتاری (لیو و همکاران، ۲۰۲۳؛ روگر و همکاران، ۲۰۲۳) و هم درمان هیپنوتراپی (دنوت و همکاران، ۲۰۲۲؛ پمبرتون و همکاران، ۲۰۲۰) بر کاهش مشکلات افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر اثربخشی معنادار دارند. بنابراین با وجود اثربخشی شناخته‌شده هر دو روش درمانی یعنی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی، مطالعات مقایسه‌ای مستقیم بین درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی در زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر محدود است. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات درمانی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر شناسایی کرد، می‌توان به روانشناسان و درمانگرانی که در زمینه کاهش مشکلات این

8. calm and relaxed
9. altered state of consciousness
10. Gonsalkorale
11. Cohen
12. Rome IV
13. Irritable Bowel Syndrome-Quality of Life (IBS-QOL)
14. Patrick

1. Pemberton
2. Krouwel
3. Gut directed hypnotherapy (GDH)
4. suggestion
5. metaphor
6. Peters
7. imaginative

روش اجرای پژوهش

در ابتدا ۴۵ نفر انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. سپس پرسشنامه کیفیت زندگی برای پیش‌آزمون اجرا شد و افراد هر سه گروه در پیش‌آزمون شرکت کردند. سپس گروه آزمایش ۱ و ۲ تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت هیچ کدام از درمان‌های شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی را دریافت نکردند. هیپنوتراپی تعداد جلساتی بودند که بیماران گروه آزمایش سندرم روده تحریک‌پذیر هیپنوتراپی را دریافت کردند که اثربخشی در پژوهش‌های مختلفی از جمله کروول و همکاران (۲۰۱۹)، هاسان و همکاران (۲۰۲۳) و فولادی و همکاران (۱۳۹۸) بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر تأیید شده است. جلسات درمانی شامل ۸ جلسه درمان انفرادی و به صورت یک بار در هفته و هر جلسه ۹۰ دقیقه بود که در پایان هر جلسه تکالیف خانگی و هیپنوتیزم‌های مربوط به زنان ارائه می‌گشت. به طور کلی جلسه اول شامل آشنایی اولیه و برقراری رابطه درمانی، ارزیابی علائم سندرم روده تحریک‌پذیر و اثرات آن بر بیمار، معرفی اجمالی و بیان اهداف هیپنوتراپی سندرم روده تحریک‌پذیر و جلسات ۲ تا ۸ شامل اجرای هیپنوتراپی 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 آرام سازی روده بود. در جدول ۱ تلقین‌ها و استعاره‌های متداول معطوف به روده در طول هیپنوتراپی اقتباس از پترز و همکاران (۲۰۱۵) آمده است.

همچنین جلسات درمان شناختی-رفتاری با اقتباس از آموزه‌های نظری درمان شناختی-رفتاری دابسون و دابسون^{۱۱} (۲۰۱۸) شامل ۸ جلسه بود. به این صورت که هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به گروه آزمایش دوم ارائه شد که اثربخشی آن در تحقیقاتی همچون روحی و همکاران (۱۴۰۱) و آشبائوق^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۱) تأیید شده است. هدف، محتوا، تغییر رفتار مورد انتظار و تمرین خانگی جلسات درمان شناختی-رفتاری در جدول ۲ آمده است. بعد از اتمام جلسات درمانی، پس‌آزمون اجرا شد و افراد سه گروه به سوالات پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. سپس بعد از دوماه پیگیری اجرا شد.

در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به صورت خودگزارشی توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۳۴ سوال است که با الگوبرساختی از روش سازمان بهداشت جهانی و بر اساس یک مدل نیازمحور ساخته شده است و در آن کیفیت زندگی بر اساس میزانی که نیازهای این بیماران ارضا شده است، سنجیده می‌شود و ۸ خرده مقیاس شامل ملال^۱ (احساس درماندگی) با سوالات ۱، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۶ و ۳۰؛ مداخله در فعالیت روزمره^۲ با سوالات ۳، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۷، ۲۹ و ۳۱؛ تصویر بدنی^۳ با سوالات ۵، ۲۱، ۲۵ و ۲۶؛ اضطراب سلامت (نگرانی از سلامت)^۴ با سوالات ۱۵ و ۳۲؛ اجتناب از غذا^۵ با سوالات ۱۱ و ۲۸؛ واکنش اجتماعی^۶ با سوالات ۲، ۱۴، ۱۷ و ۳۴؛ مشکلات جنسی (نگرانی‌های جنسی)^۷ با سوالات ۱۲ و ۲۰؛ روابط بین فردی^۸ با سوالات ۸، ۲۳، ۲۴ و ۳۳ را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه نمره‌گذاری مقیاس به این صورت است که برای گزینه «هرگز» ۰ نمره، «به ندرت» ۱ نمره، «معمولاً» ۲ نمره، «اغلب» ۳ نمره و «همیشه» ۴ نمره تعلق می‌گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۳۶ است و کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده میزان کیفیت زندگی پایین‌تر در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر است. نمره زیر ۱۰۰ نشان دهنده کیفیت بد زندگی سندرم روده تحریک‌پذیر است (گودوری^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). سازندگان مقیاس ضرایب پایایی را به دو روش درون طبقه‌ای و آلفای کرونباخ بررسی کرده‌اند که ضرایب پایایی با آلفای کرونباخ برای ملال ۰/۹۲، مداخله در فعالیت روزمره ۰/۸۴، تصویر بدنی ۰/۷۵، نگرانی سلامت ۰/۷۰، اجتناب از غذا ۰/۷۶، واکنش اجتماعی ۰/۷۴، نگرانی‌های جنسی ۰/۸۳، ارتباطات ۰/۶۵ و کل سوالات ۰/۹۵ و ضرایب پایایی درون طبقه‌ای^{۱۰} برای ملال ۰/۸۹، مداخله در فعالیت روزمره ۰/۸۸، تصویر بدنی ۰/۸۵، نگرانی سلامت ۰/۸۶، اجتناب از غذا ۰/۷۶، واکنش اجتماعی ۰/۸۴، نگرانی و مشکلات جنسی ۰/۷۷، ارتباطات ۰/۶۹ و کل سوالات ۰/۸۶ به دست آمده است (پاتریک و همکاران، ۱۹۹۸). این پرسشنامه در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است که از ۱۲۶ نفر بیمار مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (مراجعه‌کنندگان به درمانگاه بیمارستان‌های الزهرا و نور شهر اصفهان بر اساس تشخیص پزشک متخصص و ملاک‌های روم IV)، ویژگی‌های روانسنجی آن بررسی شد و ضریب پایایی با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب بازآزمایی آن ۰/۹۲ به دست آورده‌اند (حقایق و همکاران، ۱۳۸۷). در تحقیقات جدیدتر پایایی آن با آلفای کرونباخ بر روی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش شده است (حمید و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر پایایی کرونباخ محاسبه و ضرایب پایایی برای پیش‌آزمون ۰/۸۱، پس‌آزمون ۰/۸۳، پیگیری ۰/۹۵ به دست آمده است.

7. sexual worry
8. interpersonal relations
9. Goodoory
10. Intraclass Correlation Coefficient (ICC)
11. Dobson & Dobson
12. Ashbaugh

1. dysphoria
2. activities interference
3. body image
4. health worry
5. abstinence food
6. social interaction

جلسات درمانی

جدول ۱: تلقین‌ها و استعاره‌های متداول معطوف به روده در طول هیپنوتراپی اقتباس از پترز و همکاران (۲۰۱۵)

تقلین‌ها	استعاره‌ها
بهبود درد و نفخ ^۱ : «دیگر هیچ درد، نفخ و ناراحتی دیگر وجود نخواهد داشت».	رودخانه ^۲ : جریان رودخانه نمایی از جریان دستگاه گوارش است. بیماران بر اساس نیاز خود جریان رودخانه خود را کنترل می‌کنند.
بهبود عادات روده ^۳ : «عادات روده شما روز به روز، هفته به هفته و ماه به ماه بهبود می‌یابد».	گرمای دست ^۴ : گرمی دست‌ها نشان دهنده آرامش و کنترل است. بیماران در حالی که دست‌های خود را روی شکم خود می‌گذارند، احساس آرامش و کنترل بر دستگاه گوارش خود را تجسم می‌کنند.
بهبود در طول زمان ^۵ : «شما همچنان بهتر و بهتر و بهتر خواهید شد».	دارو ^۶ : مصرف دارو باعث بهبود عملکرد دستگاه گوارش می‌شود. بیماران تصور می‌کنند این دارو در برابر درد، نفخ، ناراحتی و عادات غیر طبیعی روده محافظت می‌کند.

جدول ۲: جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از دابسون و دابسون (۲۰۱۸)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	آشنایی اولیه	مطرح کردن روند و هدف جلسات، آشنایی اولیه با مراجعان و ایجاد رابطه مناسب و اعتماد و پر کردن پرسشنامه‌ها بود. تشریح اهداف آموزش و معرفی درمان شناختی رفتاری به اعضا؛ تشریح چرخه فکر، احساس و رفتار، تجزیه و تحلیل الگوهای رفتاری ناهنجار مانند رفتار ایمنی‌های مخرب مثل وسواس فکری و نگرانی‌های مربوط به نتیجه درمان و سلامتی افراد گروه بود.	رفع نگرانی در نتیجه درمان	یادداشت و بررسی چرخه موقعیت، افکار منفی اتوماتیک بود.
۲	چرخه افکار	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها از چرخه افکار، احساس و رفتار؛ مطرح کردن مؤلفه‌های: باورهای بنیادین، میانجی (فرض مشروط، بایدها، قواعد)، افکار خودآیند منفی، مثلث شناختی و اسنادها (خود، دنیا و آینده) بود.	غلبه بر افکار خودآیند	یادداشت و دقت کردن به افکار خودآیند منفی که به صورت اتوماتیک بر فرد عارض می‌شود بود.
۳	خطاهای شناختی	بررسی تکالیف و معرفی خطاهای شناختی رایج مانند: پیش‌گویی، فاجعه سازی، برجسپ زدن به خود، فیلتر منفی، تعمیم افراطی، شخصی سازی، مقصر دانستن، همیشه پشیمان بودن، و استدلال هیجانی خواهد بود.	شناخت خطاها	یادداشت خطاهای شناختی بیماران با توجه به وضعیت آن‌ها و ارزیابی پیامد احساسی و رفتاری آن بود.
۴	رصد افکار خودآیند	معرفی توجه انتخابی به بیماران درخصوص آینده، رصد و بررسی افکار خودآیند منفی، احساسات و رفتار و ربط آن به خطاهای شناختی رایج، آموزش تمدد اعصاب ^۷	تمدد اعصاب	شناسایی افکارآیند منفی و یادداشت‌برداری، انجام آموزش تمدد اعصاب در طی هفته و هر زمان که استرس و اضطراب داشته باشند.
۵	حل مسئله	آموزش روش حل مسئله برای مقابله با چالش‌های پیش‌رو در زندگی و درمان، آموزش آزمایش رفتاری بر شناسایی توالی‌های شناخت، هیجان و رفتارها مجدد و به کارگیری روش مناسب حل مسئله در مورد مشکلات مسئله محور بود.	آشنایی با حل کردن مسائل	انجام روش حل مسئله با تمرکز خاص بر تراوش ذهنی بود.

1. Improvement in pain & bloating
2. river
3. Improvement in bowel habits
4. hand warmth
5. Improvement over time
6. medicine
7. Progressive Muscle Relaxation (PMR)

۶	پرداش شناختی	ارزیابی خلق مشارکت‌کنندگان، مروری بر مشکلات بیماران و شیوه پرداش شناختی و به تبع آن وضعیت هیجانی و رفتاری آن‌ها، ارزیابی شناختی و باورهای بنیادین مثل «چرا برای من» و بازسازی شناختی آن با توجه به شواهد بود.	ارزیابی و پرداش شناختی	انجام آموزش تمدد اعصاب و مرور موضوع جلسه، ارزیابی شناختی خود نسبت به قبل از شروع آموزش بود.
۷	فعال‌سازی رفتاری	بررسی عملکرد مشارکت‌کنندگان از چرخه فکر، احساس و رفتار و تمرین عملی در کلاس، ارزیابی تصویر خودآیند منفی، مرور خطاهای شناختی، ارزیابی روش حل مسئله و فعال‌سازی رفتاری به جهت ارتقاء خلق و کاهش مشکلات روانشناختی و هیجانی بود.	مشخص کردن اهداف و ارزش‌ها	تکمیل برگ ارزیابی ارزش‌ها، انجام مدیتیشن‌های و تمام آموزش داده شده بود.
۸	اختتامیه	مرور موضوع جلسات قبل و جمع‌بندی آن‌ها به صورت خلاصه، پاسخ‌گویی به سؤالات، اجرای گروهی آموزش تمدد اعصاب، ارزیابی فعال‌سازی رفتاری و تأکید بر افزایش فعالیت‌های لذت بخش، پر کردن پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و هماهنگی برای اجرای پرسشنامه‌ها بعد از ۲ ماه و خداحافظی و تذکر به پایبندی به فنون درمانی بود.	مشارکت فعالانه در برنامه درمانی خود	-

یافته‌ها

زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2=4/68$ است که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/585$) که نشان‌دهنده هم‌تایی بودن سه گروه از زنان از نظر تحصیلات است. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل آمده است.

بر اساس نتایج میانگین و انحراف معیار سن در درمان شناختی-رفتاری ۵۷/۲۰ و ۴/۶۱؛ میانگین و انحراف معیار در گروه هیپنوتراپی ۶۱/۰۷ و ۵/۳۴ و میانگین و انحراف معیار سن در گروه کنترل ۶۰/۸۰ و ۵/۰۲ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=2/96$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($\text{sig}=0/063$) که نشان‌دهنده هم‌تایی بودن ۳ گروه از نظر سن است. میزان آماره تحلیل کای اسکور آمده حاصل از مقایسه فراوانی و درصد ۳ گروه از

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		درمان شناختی	هیپنوتراپی	کنترل	درمان شناختی	هیپنوتراپی	کنترل
احساس درماندگی	پیش‌آزمون	۲۱/۶۷	۲۱/۱۳	۲۱/۵۳	۱/۰۵	۱/۱۹	۱/۳۰
	پس‌آزمون	۱۷/۸۷	۱۹/۴۷	۲۱/۴۷	۰/۷۴	۱/۱۸	۱/۴۱
	پیگیری	۱۷/۹۳	۱۹/۵۳	۲۱/۴۷	۰/۷۰	۱/۳۰	۱/۴۱
مداخله در فعالیت روزمره	پیش‌آزمون	۱۸/۳۳	۱۷/۵۳	۱۷/۶۰	۱/۲۳	۰/۸۳	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۱۴/۶۰	۱۵/۰۷	۱۷/۴۰	۲/۶۱	۲/۳۷	۰/۹۱
	پیگیری	۱۴/۷۳	۱۵/۱۳	۱۴/۴۷	۲/۶۳	۲/۳۹	۰/۹۹
تصویر بدنی	پیش‌آزمون	۱۱/۰۷	۱۱/۰۷	۱۱/۲۰	۰/۸۰	۰/۸۸	۰/۸۶
	پس‌آزمون	۸/۶۰	۹/۲۰	۱۱/۱۳	۱/۱۲	۱/۳۲	۰/۹۱
	پیگیری	۸/۶۷	۹/۴۰	۱۱/۲۰	۱/۱۷	۱/۱۸	۰/۹۴
اضطراب سلامت	پیش‌آزمون	۷/۸۰	۷/۸۰	۶/۶۰	۰/۸۶	۰/۶۸	۰/۷۴
	پس‌آزمون	۵/۶۷	۵/۷۳	۷/۵۳	۱/۵۹	۱/۰۳	۰/۶۴
	پیگیری	۵/۸۰	۵/۸۰	۷/۶۰	۱/۵۲	۱/۰۸	۰/۵۱
اجتناب از غذا	پیش‌آزمون	۵/۰۰	۵/۵۳	۵/۶۰	۰/۷۶	۰/۹۱	۰/۸۳
	پس‌آزمون	۳/۳۳	۳/۸۰	۵/۴۷	۰/۹۸	۱/۰۸	۰/۹۱
	پیگیری	۳/۴۰	۳/۸۳	۵/۵۳	۰/۹۱	۱/۱۶	۰/۹۱
واکنش اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۱۰/۸۰	۱۰/۳۳	۰/۷۲	۰/۸۶	۰/۸۲
	پس‌آزمون	۷/۶۰	۸/۲۷	۱۰/۲۷	۲/۰۶	۲/۰۵	۰/۸۸
	پیگیری	۷/۶۷	۸/۳۳	۱۰/۳۳	۲/۱۳	۲/۰۹	۰/۸۲

مشکلات جنسی	پیش‌آزمون	۵/۱۳	۴/۸۰	۴/۹۳	۰/۷۴	۰/۶۸	۰/۵۹
	پس‌آزمون	۲/۶۷	۳/۲۰	۴/۸۷	۰/۶۲	۱/۰۸	۰/۶۴
	پیگیری	۲/۷۳	۳/۲۷	۴/۹۳	۰/۸۰	۱/۱۰	۰/۵۹
روابط بین فردی	پیش‌آزمون	۹/۷۳	۱۰/۰۰	۹/۸۰	۰/۵۹	۰/۶۵	۰/۵۶
	پس‌آزمون	۶/۱۳	۷/۶۷	۹/۷۳	۱/۶۸	۱/۸۰	۰/۵۹
	پیگیری	۶/۵۳	۷/۷۳	۹/۸۰	۱/۹۶	۱/۸۷	۰/۶۸
نمره کل کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	۸۹/۴۰	۸۸/۶۷	۸۸/۶۰	۱/۸۵	۲/۶۶	۲/۲۰
مرتبط با سلامت	پس‌آزمون	۶۶/۴۷	۷۲/۴۰	۸۷/۸۷	۴/۲۴	۴/۸۱	۳/۱۴
	پیگیری	۶۷/۴۷	۷۳/۱۳	۸۸/۳۳	۵/۵۳	۵/۱۵	۳/۱۸

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر گروه‌های آزمایش (درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌های گردآوری شده، استفاده شد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود ($p > 0.05$)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین

استفاده شد (ویسی و کاشفی، ۱۴۰۴). طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($p > 0.05$) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($p > 0.05$). سطح معنی‌داری اثر تعامل گروه و پیش‌آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون^۱ بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. همچنین با توجه به نقص پیش‌فرض کرویت، از تصحیح گرین‌هاوس-گیسر^۲ استفاده شد که نشان دهنده تفاوت معنادار بین گروه‌ها بود که نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴: نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین‌هاوس-گیسر) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	درجه آزادی	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
احساس درماندگی	زمان	۱۴۶/۰۱	۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۰/۵۵	۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰۰
	گروه	۱۸/۲۴	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
مداخله در فعالیت روزمره	زمان	۴۷/۲۴	۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۱/۳۶	۲/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۴
	گروه	۵/۲۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۰	۰/۸۱
تصویر بدنی	زمان	۸۰/۷۹	۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰۰
	زمان×گروه	۲۰/۷۲	۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰	۱/۰۰
	گروه	۱۴/۷۱	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۱/۰۰
اضطراب سلامت	زمان	۶۹/۷۵	۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۶/۵۷	۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
	گروه	۸/۳۹	۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۵
اجتناب از غذا	زمان	۵۸/۲۵	۱/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۲/۰۷	۲/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
	گروه	۱۵/۲۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰

واکنش اجتماعی	زمان	۴۶/۸۴	۱/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۱/۶۰	۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱/۰۰
	گروه	۷/۰۱	۲	۰/۰۰۲	۰/۲۵	۰/۹۱
مشکلات جنسی	زمان	۱۷۸/۲۶	۱/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۸/۴۶	۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	گروه	۱۶/۳۸	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴	۱/۰۰
روابط بین فردی	زمان	۶۶/۵۹	۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۷/۹۶	۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱/۰۰
	گروه	۱۷/۵۳	۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵	۱/۰۰
نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	زمان	۵۲۰/۸۰	۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۳۱/۱۳	۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	گروه	۱۲۷/۰۷	۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰

سلامت می‌تواند تحت تاثیر مداخلات شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی باشد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت اثربخشی و تاثیر معنادار دارد ($F=127/07$, $sig=0/001$, $\eta^2=0/75$). با توجه به اندازه اثر (ضریب تاثیر) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت که به میزان ۰/۷۵ به دست آمده است نشان دهنده آن است که ۷۵ درصد از تغییرات مربوط به کیفیت زندگی مرتبط با

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
احساس درماندگی	پیش‌آزمون	۲۱/۴۴	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۹/۶۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۸۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۶۴	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۴	۰/۴۹۴
مداخله در فعالیت روزمره	پیش‌آزمون	۱۷/۸۲	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲/۱۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱۵/۶۹	پیش‌آزمون-پیگیری	۲/۰۴	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵/۷۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۹	۰/۹۹۹
تصور بدنی	پیش‌آزمون	۱۱/۱۱	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۹/۶۴	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۹/۷۶	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۱	۰/۴۱۷
اضطراب سلامت	پیش‌آزمون	۷/۷۳	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۴۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۶/۳۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۶/۴۰	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۹	۰/۱۴۴
اجتناب از غذا	پیش‌آزمون	۵/۳۸	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۱۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۴/۲۰	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	۴/۲۹	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۹	۰/۱۴۴
واکنش اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۰/۶۰	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۸۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۸/۷۱	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۷۸	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲
مشکلات جنسی	پیش‌آزمون	۴/۹۶	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۱/۳۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳/۵۸	پیش‌آزمون-پیگیری	۱/۳۱	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳/۶۴	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۲۷۲

روابط بین فردی	پیش آزمون	۹/۸۴	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۰۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۷/۸۴	پیش آزمون-پیگیری	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۸/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۸	۰/۲۱۴
نمره کل کیفیت زندگی	پیش آزمون	۸۸/۸۹	پیش آزمون-پس آزمون	۱۳/۳۱	۰/۰۰۱
مرتبط با سلامت	پس آزمون	۷۵/۵۸	پیش آزمون-پیگیری	۱۲/۵۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۷۶/۳۱	پس آزمون-پیگیری	-۰/۷۳	۰/۰۵۵

با توجه به جدول ۵، نتایج نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین هیپنوتراپی با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر دارد. همچنین بر اساس جدول

۵ درمان شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و ابعاد آن در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و اثرات درمانی آن بعد از ۲ ماه ماندگار و پایدار بوده است. در جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بررسی درمان اثربخش تر آمده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین تعدیل شده	تفاوت میانگین دو گروه	تفاوت میانگین	معناداری
احساس درماندگی	درمان شناختی/رفتاری	۱۹/۱۶	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۸۹	۰/۰۸۳
	هیپنوتراپی	۲۰/۰۴	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۲/۳۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۱/۴۹	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۴۴	۰/۰۰۲
مداخله در فعالیت روزمره	درمان شناختی/رفتاری	۱۵/۸۹	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
	هیپنوتراپی	۱۵/۹۱	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۶۰	۰/۰۲۱
	کنترل	۱۷/۴۹	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۵۸	۰/۰۲۳
تصویر بدنی	درمان شناختی/رفتاری	۹/۴۴	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۴۴	۰/۵۶۳
	هیپنوتراپی	۹/۸۹	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۷۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۱۸	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۲۹	۰/۰۰۱
اضطراب سلامت	درمان شناختی/رفتاری	۶/۴۲	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
	هیپنوتراپی	۶/۴۴	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۱۶	۰/۰۰۳
	کنترل	۷/۵۸	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۱۳	۰/۰۰۳
اجتناب از غذا	درمان شناختی/رفتاری	۳/۹۱	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۵۱	۰/۲۸۸
	هیپنوتراپی	۴/۴۲	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	۱/۶۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۵۳	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۱۱	۰/۰۰۲
واکنش اجتماعی	درمان شناختی/رفتاری	۸/۶۴	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۴۹	۰/۸۷۴
	هیپنوتراپی	۱۳-۹	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۶۷	۰/۰۰۲
	کنترل	۱۰/۳۱	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۱۸	۰/۰۴۱
مشکلات جنسی	درمان شناختی/رفتاری	۳/۵۱	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۰/۲۴	۰/۹۹۹
	هیپنوتراپی	۳/۷۶	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱/۴۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۴/۹۱	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۱۶	۰/۰۰۱
روابط بین فردی	درمان شناختی/رفتاری	۷/۴۷	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۱/۰۰	۰/۰۴۳
	هیپنوتراپی	۸/۴۷	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۲/۳۱	۰/۰۰۱
	کنترل	۹/۷۸	هیپنوتراپی - کنترل	-۱/۳۱	۰/۰۰۵
نمره کل کیفیت زندگی مرتبط با سلامت	درمان شناختی/رفتاری	۷۴/۴۴	درمان شناختی/رفتاری - هیپنوتراپی	-۳/۶۲	۰/۰۲۰
	هیپنوتراپی	۷۸/۰۷	درمان شناختی/رفتاری - کنترل	-۱۳/۸۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۸۸/۲۷	هیپنوتراپی - کنترل	-۱۰/۲۰	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات وانگ و همکاران (۲۰۲۳)، لیو و همکاران (۲۰۲۳)، روگر و همکاران (۲۰۲۳) هم‌راستا است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را نشان داده‌اند. بنابراین این یافته با نتایج تحقیقات ذکر شده همسویی دارد و نتیجه‌ای مشابه با یافته پژوهش حاضر به دست آوردند. افزون بر این، هیچ نتیجه ناهمسوایی با یافته این پژوهش پیدا نشد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت که سندرم روده تحریک‌پذیر یک اختلال شایع دستگاه گوارش است که به طور قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیمار تأثیر می‌گذارد. این بیماری با تعامل پیچیده‌ای از علائم جسمی و استرس روانی، با تأثیر قابل توجه بر عملکرد روزانه، مشخص می‌شود. درمان شناختی رفتاری به عنوان یک مداخله امیدوارکننده ظهور کرده است که جنبه‌های روانشناختی سندرم روده تحریک‌پذیر را برای مدیریت علائم و بهبود کیفیت زندگی هدف قرار می‌دهد. همچنین درمان شناختی-رفتاری نه تنها به تحریفات شناختی مربوط به بیماری سندرم روده تحریک‌پذیر می‌پردازد، بلکه خودکارآمدی و مکانیسم‌های مقابله را نیز افزایش می‌دهد (لاکتر و جاک‌کارد، ۲۰۲۱). افزون بر این، بیمارانی که در درمان شناختی-رفتاری شرکت می‌کنند، در مقایسه با افرادی که جلسات درمانی را دریافت نمی‌کنند، پاسخ بالینی مطلوب‌تر و پیشرفت قابل توجه‌تری در کاهش علائم بیماری را تجربه می‌کنند (روگر و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، مبنای نورویبولوژیکی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در سندرم روده تحریک‌پذیر بررسی شده است و نشان می‌دهد که این رویکرد درمانی با کاهش فعالیت لیمبیک مرتبط است که با کاهش اضطراب و علائم گوارشی همبستگی دارد. این نشان می‌دهد که درمان شناختی-رفتاری نه تنها ممکن است تسکین علائم را فراهم کند، بلکه تغییرات در عملکرد مغز مربوط به پردازش عاطفی و درک درد را نیز تسهیل می‌کند. لذا درمان شناختی-رفتاری با کمک گرفتن از فنونی همچون مانند بازسازی شناختی^۱ و درمان مواجهه^۲، به افراد کمک می‌کند تا باورهای غیرمنطقی خود در زمینه‌های مختلف شناختی، هیجانی و غیره را به چالش بکشند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین درمان مبتنی بر فنون یا تکنیک‌های شناختی-رفتاری افراد را به راهبردهای مقابله عملی برای مدیریت مؤثر موقعیت‌های تنیدگی مجهز می‌کند (بک، ۲۰۱۱؛ به نقل از نوادی و همکاران، ۲۰۲۵) و این مدیریت مؤثر به آنان کمک می‌کند که احساس درماندگی کمتری داشته باشند، تصویر بدنی مثبت به خود و بیماری خود داشته باشند و با مدیریت کردن اضطراب سلامت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بالاتری را نسبت به قبل تجربه کنند. لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی-رفتاری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

1. cognitive restructuring

همچنین نتایج نشان داد که هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر بوده است. این یافته با نتایج تحقیقات دنوت و همکاران (۲۰۲۲)، هنوکمن و همکاران (۲۰۲۱)، کروول و همکاران (۲۰۱۷) و کروول و همکاران (۲۰۱۹) هم‌راستا است که اثربخشی هیپنوتراپی را نشان داده‌اند. بنابراین نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات ذکر شده همسویی دارد و یافته‌ای مشابه با یافته پژوهش حاضر به دست آوردند. افزون بر این، نتیجه ناهمسوایی با یافته این پژوهش پیدا نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیپنوتراپی یکی از موثرترین درمان‌ها برای سندرم روده تحریک‌پذیر در بزرگسالان با میزان پاسخ از ۲۴ درصد تا ۸۵ درصد محسوب می‌شود (پترز و همکاران، ۲۰۱۵). علاوه بر این، داده‌های اولیه نشان می‌دهد که هیپنوتراپی همچنین ممکن است برای بیماران سندرم روده تحریک‌پذیر مفید باشد (پترز و همکاران، ۲۰۲۳). هیپنوتراپی با هدف تنظیم ارتباط بین مغز و دستگاه گوارش عمل می‌کند. این روش، با کاهش حساسیت و درد، به بهبود وضعیت سندرم روده تحریک‌پذیر کمک می‌کند. علاوه بر این، هیپنوتراپی با تأثیر بر ارتباط پیچیده مغز و روده می‌تواند به کاهش علائم سندرم روده تحریک‌پذیر کمک کند و از آنجایی که سیستم عصبی دستگاه گوارش به مغز متصل است، هیپنوتراپی می‌تواند سیگنال‌های درد را کاهش داده و علائم بیماری را بهبود بخشد. از سوی دیگر، می‌توان گفت مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیری که به طور انفرادی یا گروهی در تمرین‌های هیپنوتراپی شرکت می‌کنند، علائم کم‌تری را تجربه می‌کنند. به طوری که تأثیر انجام گروهی هیپنوتراپی به مراتب بیشتر از انجام انفرادی آن است و یکی از روش‌های مؤثر درمانی برای مبتلایان به سندرم روده تحریک‌پذیر به شمار می‌رود. لذا منطقی است گفته شود که هیپنوتراپی بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر موثر باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر داشته است. تاکنون پژوهشی انجام نشده است که نشان داده باشد، درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر دارد، لذا همسوایی و ناهمسوایی این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات و مطالعات قبلی مشخص نیست. در تبیین این نتیجه به دست آمده مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری در بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر می‌توان گفت که با شرکت در جلسات درمان شناختی-رفتاری، زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر یاد می‌گیرند که تا رویکردی آرام‌تر و متعادل‌تر نسبت به عوامل مرتبط با بیماری و شرایط خود ایجاد کنند و طرز فکر خود را در مورد شرایط خود تغییر دهند و از این طریق کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیشتری را تجربه کنند. اما درباره اینکه چرا درمان شناختی-رفتاری نسبت به هیپنوتراپی اثربخش‌تر شده است، می‌توان گفت که پذیرش هیپنوتراپی توسط طب رایج، علی‌رغم شواهد قوی در مورد فواید

2. exposure therapy

تقدیر و تشکر

از همه شرکت کنندگانی (زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر) که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در جلسات درمانی شرکت کردند نهایت تشکر و قدردانی می شود.

تعارض منافع

این مقاله هیچ گونه تعارض منافع ندارد.

منابع مالی

این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش از جمله رازداری، محرمانه ماندن و حریم خصوصی افراد رعایت شد و شرکت در پژوهش هیچ گونه آسیب احتمالی برای شرکت کنندگان نداشته است.

دسترسی به داده ها

امکان اشتراک گذاری داده ها به صورت عمومی وجود ندارد. در صورت تمایل سایر پژوهشگران برای اشتراک گذاری داده ها، می توانند با ایمیل با نویسنده مسئول مکاتبه کنند.

نقش نویسندگان

جمشید هاشمی: بررسی و انتخاب موضوع مقاله، تحریر مقاله، وارد کردن داده ها و تحلیل آزمون و انجام اصلاحات مقاله.

مجید صفاری نیا: نظارت بر روند تکمیل مقاله و ارائه راهنمایی هایی جهت اصلاحات موجود در مقاله.

احمد علی پور: نظارت بر روند تکمیل مقاله، نظارت بر وارد کردن داده ها، تحلیل آزمون در برنامه SPSS و بررسی جداول مقاله و ارائه راهنمایی هایی جهت اصلاحات مقاله.

آن و پایداری اثربخشی آن، کند بوده است. این احتمالاً حداقل تا حدی به دلیل شک و تردیدی است که هنوز پیرامون این موضوع وجود دارد (پمبرتون و همکاران، ۲۰۲۰؛ کروول و همکاران، ۲۰۱۷؛ کروول و همکاران، ۲۰۱۹). با وجود این واقعیت که به طور گسترده در مورد هیپنوتراپی منتشر شده است (پترز و همکاران، ۲۰۱۵؛ پترز و همکاران، ۲۰۲۳)، ناامیدکننده بود که متوجه شدیم تقریباً دو سوم بیماران نام این واحد را نشنیده اند. این ممکن است حداقل تا حدی به این دلیل باشد که پزشکان عمومی و پزشکان ارجاع دهنده از این نوع درمان آگاه نیستند یا اثربخشی آن را زیر سوال می برند. افزون بر این، در طول جلسات هیپنوتراپی، بسیاری از بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر هنوز این احتمال را در نظر می گیرند که درد شکم آنها ناشی از التهاب مداوم باشد، که ممکن است انگیزه آنها را برای گوش دادن به تمرینات هیپنوتراپی به صورت روزانه کاهش داده باشد (هئوکمن و همکاران، ۲۰۲۱). لذا منطقی است گفته شود که درمان شناختی- رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به هیپنوتراپی بر بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر داشته باشد.

در انجام پژوهش حاضر محدودیت هایی وجود داشت. اینکه پژوهش بر روی زنان زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر انجام شد که شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر، شدت بیماری های همراه یائسگی و سایر مشکلات روانشناختی مانند اضطراب و افسردگی کنترل نشد که ممکن است بر نتایج تاثیر گذاشته باشد. افزون بر این، ملاک انتخاب بیماری تشخیص پزشک متخصص بود و نوع شدت بیماری مشخص نشد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی سن یائسگی، شدت بیماری های همراه یائسگی و سایر مشکلات همراه با سندرم روده تحریک پذیر کنترل شود. پیشنهاد می شود در تحقیقات بعدی شدت بیماری سندرم روده تحریک پذیر بر پاسخ به درمان های شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بررسی شود. پیشنهاد می شود پژوهشگران بعدی با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم و ماندگاری اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتراپی بپردازند. این پژوهش دارای نتایج و تلویحات کاربردی فراوانی است. روانشناسان و مشاوران که در زمینه روانشناسی سلامت فعالیت دارند می توانند از این مداخلات اثربخش به ویژه درمان شناختی- رفتاری برای بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت این زنان استفاده کنند. مراکز درمانی و خدمات بهداشتی و همچنین مراکز بهداشت محلات، پایگاه های سلامت می توانند با برگزاری کارگاه های هیپنوتراپی و درمان شناختی- رفتاری زنان یائسه مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر که مشکلاتی در زمینه کیفیت زندگی دارند کمک کنند تا زندگی بهتری داشته باشند و از چالش های یائسگی و بیماری سندرم روده تحریک پذیر گذر کنند.

References

- Ashbaugh, A. R., Cohen, J. N., & Dobson, K. S. (2021). Training in cognitive behavioural therapy (CBT): National training guidelines from the Canadian Association of Cognitive and Behavioural Therapies. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 62(3), 239–251. <https://doi.org/10.1037/cap0000224>
- Bennebroek Evertsz', F., Bockting, C. L., Braamse, A., van Dissel, M. N., Duijvestein, M., Kager, L. M., ... & Knoop, H. (2024). Implementation of 'IBD-specific cognitive behavioural therapy' for patients with inflammatory bowel diseases with poor mental quality of life, anxiety and depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 31(2), 258-278. <https://doi.org/10.1007/s10880-023-09996-8>
- Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis For The Behavioral Sciences*. routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203771587>
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2018). *Evidence-based practice of CBT*. Guilford publications. <https://www.routledge.com/>
- Donnet, A. S., Hasan, S. S., & Whorwell, P. J. (2022). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome: patient expectations and perceptions. *Therapeutic Advances in Gastroenterology*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/17562848221074208>
- Fouladi, N., Mohammadkhani, S., Shahidi, E., & Daryani, N. E. (2019). Efficacy of Hypnotherapy on Symptoms Severity and Rumination of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Govaresh*, 24(3), 163-169. <http://www.govaresh.org/index.php/dd/article/view/2104/0> [In Persian]
- Gonsalkorale, W. M., Miller, V., Afzal, A., & Whorwell, P. J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52(11), 1623-1629. <https://doi.org/10.1136/gut.52.11.1623>
- Gonzalez Trotter, D., Donahue, S., Wynne, C., Ali, S., Parasoglou, P., Boyapati, A., ... & Herman, G. A. (2025). GDF8 and activin A are the key negative regulators of muscle mass in postmenopausal females: a randomized phase I trial. *Nature Communications*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-59380-3>
- Goodoory, V. C., Guthrie, E. A., Ng, C. E., Black, C. J., & Ford, A. C. (2023). Factors associated with lower disease-specific and generic health-related quality of life in Rome IV irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 57(3), 323-334. <https://doi.org/10.1111/apt.17356>
- Haghighyegh, S., Kalantari, M., Solati Dehkordi, S., Molavi, H., & Adibi, P. (2008). Preliminary study of the psychometric properties of the Persian version of the Quality of Life Questionnaire in Motile Bowel. *Journal of Govaresh*, 13(2), 105-99. <https://sid.ir/paper/86089/fa> [In Persian]
- Hamid, N., Siavoshi, V., Fouladvand, H., & Ahmadi Farsani, M. (2022). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Stress Management Training with Positive Imagination of Recovery on Quality of Life and General Health of Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(67), 107-115. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15317> [In Persian]
- Hasan, S. S., Ballou, S., Keefer, L., & Vasant, D. H. (2023). Improving access to gut-directed hypnotherapy for irritable bowel syndrome in the digital therapeutics' era: Are mobile applications a "smart" solution?. *Neurogastroenterology & Motility*, 35(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14554>
- Hoekman, D. R., Vlieger, A. M., Stokkers, P. C., Mahhmod, N., Rietdijk, S., de Boer, N. K., ... & Benninga, M. A. (2021). Hypnotherapy for irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with quiescent inflammatory bowel disease: a randomized, controlled trial. *Journal of Crohn's and Colitis*, 15(7), 1106-1113. <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjaa241>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36, 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Khalil, J., Sun, Y., Kaelber, D., Lembo, A. J., & Song, G. (2024). S793 Hormone Replacement Therapy is Associated With Increased Risk of Developing Irritable Bowel Syndrome in Post-Menopausal Women. *Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG*, 119(10), 1-15. <https://doi.org/10.14309/01.ajg.0001032540.54524.37>
- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2017). What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996–2016. *Complementary therapies in medicine*, 32(1), 75-84. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2017.04.002>
- Krouwel, M., Jolly, K., & Greenfield, S. (2019). How do people with refractory irritable bowel syndrome perceive hypnotherapy?: Qualitative study. *Complementary Therapies in Medicine*, 45 (1), 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.05.020>
- Lackner, J.M., & Jaccard, J. (2021). Specific and common mediators of gastrointestinal symptom improvement in patients undergoing education/support vs. cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *J Consult Clin Psychol*, 89(5), 435-453. <https://doi.org/10.1037/ccp0000648>
- Lenhart, A., Naliboff, B., Shih, W., Gupta, A., Tillisch, K., Liu, C., ... & Chang, L. (2020). Postmenopausal women with irritable bowel syndrome (IBS) have more severe symptoms than premenopausal women with IBS. *Neurogastroenterology & Motility*, 32(10), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.13913>
- Liu, Q., Zhu, Y., Wang, W., & Dong, Y. (2023). Clinical Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pinaverium Bromide Tablets on Irritable Bowel Syndrome. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 39(4), 1013-1017. <https://doi.org/10.12669/pjms.39.4.6994>
- Loreface, L., D'Alterio, M. N., Firinu, D., Fenu, G., & Cocco, E. (2023). Impact of Menopause in Patients with Multiple Sclerosis: Current Perspectives. *International Journal of Women's Health*, 1(2), 103-109. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s334719>

- Miao, X., Wu, L., Wang, K., Wang, Y., & Zhang, L. (2025). Risk factors for coronary atherosclerotic heart disease in postmenopausal women: a meta-analysis. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2024.1434149>
- Mishra, P., Davies, D. A., & Albensi, B. C. (2023). The Interaction Between NF- κ B and Estrogen in Alzheimer's Disease. *Molecular Neurobiology*, 60(3), 1515-1526. <https://doi.org/10.1007/s12035-022-03152-3>
- Mnatsakanyan, M. G., Pogromov, A. P., Zuev, V. M., Diukova, G. M., & Tashchayn, O. V. (2022). Irritable bowel syndrome in women of reproductive and menopausal age. *Sechenov Medical Journal*, (3), 70-78. <https://www.sechenovmedj.com/jour/article/view/661/364>
- Nageswari, C., Meena, N., Gupta, S., & Thillaieaswaran, B. (2025). Effect of Pilates Exercises on Pain, Endurance, Quality-of-Life, and Disability in Postmenopausal Women With Low Back Pain. *Musculoskeletal Care*, 23(1), 1-15. <https://doi.org/10.1002/msc.70071>
- Nwadi, C. L., Edeh, N. I., Ugwuonwoti, E. P., Nwokike, F. O., Nneji, O. S., Anamezie, R. C., ... & Okoli, S. N. (2025). Impact of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction in mitigating test anxiety and enhancing academic achievement among vocational education students at Nigerian universities. *BMC Medical Education*, 25(1), 578-598. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07130-w>
- Oliveira, R., Martins, V., de Sousa, H. T., & Roseira, J. (2024). Food-related quality of life and its predictors in inflammatory bowel disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 69(5), 1793-1802. <https://doi.org/10.1007/s10620-024-08333-9>
- Patrick, D. L., Drossman, D. A., Frederick, I. O., Dicesare, J., & Puder, K. L. (1998). Quality of life in persons with irritable bowel syndrome (development and validation of a new measure). *Digestive Diseases and Sciences*, 43(1), 400-411. <https://doi.org/10.1023/a:1018831127942>
- Pemberton, L., Kita, L., & Andrews, K. (2020). Practitioners' experiences of using Gut Directed Hypnosis for irritable bowel syndrome: Perceived impact upon client wellbeing: A qualitative study. *Complementary Therapies in Medicine*, 55(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102605>
- Peters, S. L., Gibson, P. R., & Halmos, E. P. (2023). Smartphone app-delivered gut-directed hypnotherapy improves symptoms of self-reported irritable bowel syndrome: A retrospective evaluation. *Neurogastroenterology & Motility*, 35(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14533>
- Peters, S. L., Muir, J. G., & Gibson, P. R. (2015). gut-directed hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 41(11), 1104-1115. <https://doi.org/10.1111/apt.13202>
- Radziwon, C. D., Quigley, B. M., Vargovich, A. M., Krasner, S. S., Gudleski, G. D., Mason, S. R., ... & Lackner, J. M. (2022). Do I really have to do my homework? The role of homework compliance in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 152(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104063>
- Roger, A. H., Gudleski, G. D., Quigley, B. M., Zvolensky, M. J., & Lackner, J. M. (2023). Pain Catastrophizing and Clinical Outcomes Among Patients Receiving a Novel Cognitive-Behavioral Therapy for Irritable Bowel Syndrome: An Experimental Therapeutics Approach. *Behavior Therapy*, 54(4), 623-636. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.01.004>
- Rouhi, M., Manzari Tavakoli, A., & Tajrobehkar, M. (2023). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Coherent Self- Knowledge, Emotion Regulation, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 21(10), 1055-1077. <http://dx.doi.org/10.52547/jrums.21.10.1055> [In Persian]
- Roukas, C., Miller, L., Cléirigh Büttner, F., Hamborg, T., Stagg, I., Hart, A., ... & Mihaylova, B. (2025). Impact of pain, fatigue and bowel incontinence on the quality of life of people living with inflammatory bowel disease: A UK cross-sectional survey. *United European Gastroenterology Journal*, 13(3), 364-375. <https://doi.org/10.1002/ueg2.12668>
- Sarnoff, R. P., Hreinsson, J. P., Kim, J., Sperber, A. D., Palsson, O. S., Bangdiwala, S. I., & Chang, L. (2025). Sex Differences, Menses-Related Symptoms and Menopause in Disorders of Gut-Brain Interaction. *Neurogastroenterology & Motility*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/nmo.14977>
- Veisi, S., & Kashefi, F. (2025). effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on executive functioning, theory of mind and mentalization in people with borderline personality disorder, *New Advances in Behavioral Sciences*, 10 (58), 340-353. <https://ijndibs.com/article-1-1164-fa.html> [In Persian]
- Wang, C., Sheng, Y., Yu, L., Tian, F., Xue, Y., & Zhai, Q. (2023). Effects of cognitive behavioral therapy on mental health and quality of life in inflammatory bowel disease patients: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Behavioural Brain Research*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2023.114653>
- Whorwell, P. J., Prior, A., & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, 324(8414), 1232-1234. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(84\)92793-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(84)92793-4)
- Yao, Y., Cai, X., Chen, Y., Zhang, M., & Zheng, C. (2025). Estrogen deficiency-mediated osteoimmunity in postmenopausal osteoporosis. *Medicinal Research Reviews*, 45(2), 561-575. <https://doi.org/10.1002/med.22081>
- Yin, Y., Lu, X., Li, Z., Liu, S., Shao, L., Cao, L., ... & Zhu, W. M. (2022). Risk factors for worsening of bone loss in patients newly diagnosed with inflammatory bowel disease. *Gastroenterology Research and Practice*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1155/2022/1498293>
- Zhu, W., Zhang, Y., Wang, L. D. L., Li, J., & Hou, S. (2025). Factors influencing food-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease: A systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 31(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jep.14133>