

The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients

Rajae, F., Eshghi, *R.

Abstract

Introduction: The aim of this study was to investigate the effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on anxiety and sexual performance of vaginismus patients.

Method: This study was a quasi-experimental study. The sample consisted of 30 patients with vaginismus. The study was conducted in the form of a pre-test and post-test. The data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: The results showed that behavioral-cognitive hypnotherapy had a significant effect on reducing anxiety and improving sexual performance of vaginismus patients.

Conclusion: Behavioral-cognitive hypnotherapy is an effective method for treating vaginismus.

Keywords: vaginismus, anxiety, sexual performance, behavioral-cognitive hypnotherapy.



*Correspondence E-mail:
ronak_eshghi@yahoo.com

تأثیر هیپنودرمانی شناختی-رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۶/۰۳

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۳

فاطمه السادات رجایی*، روناک عشقی**

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر هیپنودرمانی شناختی^۱ رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به واژینیسموس انجام پذیرفت.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون^۲ پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه ی بیماران مبتلا به واژینیسموس ۲۰ تا ۳۵ ساله شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵ بود که به روش در دسترس ۲۶ نفر انتخاب و به تصادف در گروه های آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش در مدت دو ماه تحت درمان هیپنودرمانی شناختی^۱ رفتاری قرار گرفت. هر دو گروه در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط مقیاس های عملکرد جنسی زنان و اضطراب جنسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده ها با روش تحلیل کواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت بین نمرات سه مرحله پژوهش در همه متغیرهای پژوهش معنی دار بود. همچنین تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار به دست آمده است. تعامل بین مرحله پس آزمون و مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون در عضویت گروهی همه متغیرهای پژوهش نیز معنی دار بود.

نتیجه گیری: هیپنودرمانی شناختی^۱ رفتاری می تواند باعث بهبود اضطراب جنسی و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس گردد. لذا پیشنهاد می شود که در کلینیک ها و مراکز درمانی اختلالات جنسی به عنوان یک روش اثربخشی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: هیپنودرمانی شناختی-رفتاری، عملکرد جنسی، اضطراب جنسی، واژینیسموس.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

است و همچنین به این نتیجه رسیدند که کاهش اضطراب در برخی بیماران مبتلا به واژینیسموس، البته نه در همه موارد در بهبودی آنان مؤثر است (۲۰).

درمان‌های سنتی مانند روان‌درمانی بینش‌گرا، تأثیر چندانی در بهبود عملکرد نامطلوب جنسی (واژینیسم) ندارد. برخی از این افراد بر این باورند که مشکل بدنی دارند و پیوسته به پزشکان مختلف مراجعه کرده تا سرانجام توسط پزشک (برای برداشتن پرده بکارت) تحت عمل جراحی قرار می‌گیرند. عمل جراحی در درمان این زنان، تأثیری نداشته و برای آنان زیان‌آور است، زیرا عمل جراحی باعث تقویت باور آنان مبنی بر داشتن مشکل بدنی می‌شود (۲۱). پژوهشگرانی، رفتار درمانی شناختی^۱، آموزش آرمیدگی^۲، هیپنوتیزم^۳ و راهنمایی ذهنی^۴ و گروه درمانی^۵ و روش‌های ویژه‌ای مانند خودانگیزی مستقیم^۶ روش شروع-توقف^۷ و حساسیت زدایی منظم^۸ را به عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند (۱۸). این روش‌ها در درمان واژینیسموس، آمیزش جنسی دردناک و اختلال در ارگاسم نتیجه رضایت بخش اما در مورد اختلال میل جنسی، کمترین میزان موفقیت را داشته‌اند (۲۲).

درمانگران در درمان شناختی، فرآیند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین، کشف این خود تلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک زیادی می‌کند (۲۳). رفتار درمانی، منشأ مشکلات جنسی را در رفتارهای یاد گرفته شده می‌داند. اندیشه اساسی رفتاردرمانی این است که مشکلات جنسی، نتیجه یادگیری در گذشته است و با تشویق و تنبیه‌های انجام شده آشکار می‌شود و موضوع اصلی آن بر مشکلات رفتاری و چگونگی ارتباط مجدد با آن متمرکز شده است (۲۴). در شیوه‌ی درمان شناختی رفتاری نیز به درمان‌جو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (۲۵). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که بهترین و متداول‌ترین روش درمانی، رویکرد شناختی رفتاری از طریق تکنیک‌های بازسازی شناختی، شیوه‌های کاهش اضطراب مانند آرمیدگی، ارائه اطلاعات و دانش جنسی، تمرین

تمرکز حسی و حساسیت زدایی منظم بوده است (۲۶). تحقیقات مختلف نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری جنسی بر بهبود سردمزاجی زنان (۲۷، ۲۸)، بهبود اختلال کنش جنسی (۲۹)، عملکرد جنسی (۱۸، ۲۰، ۲۲، ۳۰، ۳۱)، سازگاری زناشویی (۳۲)، بهبود اختلال واژینیسموس (۳۳، ۳۴) کاهش دلدردگی زناشویی (۳۵)؛ بهبود لذت جنسی (۳۶) مؤثر بوده است. هیپنوتیزم به عنوان روشی برای دسترسی مستقیم به ناخودآگاه می‌تواند به عنوان درمان کمکی در کنار درمان‌های دیگر از جمله درمان‌های شناختی-رفتاری به کار رود. تحقیقات مختلف نشان داده است که درمان شناختی-رفتاری هیپنوتیزم در درمان اختلالات اضطرابی، درد، چاقی، افسردگی، فشار خون بالا و غیره به کار می‌رود (۳۷). کریچ، هیپنوتیزم را به عنوان یک درمان کمکی در درمان شناختی-رفتاری در ۱۷ مطالعه مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که گروهی که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری را دریافت کرده بودند حداقل ۷۰ درصد نسبت به مراجعینی که درمان هیپنوتیزمی دریافت نکرده بودند بهبودی بیشتری نشان دادند (۳۸). هیپنودرمانی شناختی-رفتاری ترکیب هیپنوتراپی با روش‌ها و مفاهیم درمان شناختی و رفتاری است (۳۹). هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر این فرض، استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان شناختی معلول یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه، پذیرفته می‌شوند. هیپنودرمانی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (۴۰). پژوهشی نشان داد که ترکیب هیپنوتراپی و درمان شناختی-رفتاری استرس را در اختلالات اضطرابی کاهش می‌دهد (۴۱). سایر تحقیقات نشان داده‌اند که هیپنوتراپی در بهبود عملکرد جنسی (۴۲)، بهبود اختلال سردرد تنشی (۴۳)، درمان اختلال واژینیسموس (۴۴-۴۷)؛

روش

طرح پژوهش: طرح تحقیق نیمه آزمایشی و از نوع طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به واژینیسموس در شهر اصفهان بودند که پس از فراخوان و اطلاع‌رسانی و هماهنگی با متخصصین زنان و زایمان و مراکز بهداشت به مرکز راه عشق اصفهان در فاصله زمانی اسفند ۱۳۹۳ تا مرداد ۱۳۹۴ معرفی شده بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و تعداد ۳۰ نفر انتخاب و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود به مطالعه و انجام تست هیپنوتیزم‌پذیری این تعداد به ۲۶ نفر کاهش یافتند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که هر گروه شامل ۱۳ بیمار بود و تا پایان مداخله نیز در پژوهش حضور داشتند. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات و اسامی آنان محرمانه خواهد ماند. همچنین هدف از شرکت همسران این بود که مردان با روش درمانی و تکالیفی که همسرانشان باید انجام دهند آشنا شوند؛ از سوی دیگر در این روش برای مردان نیز تکالیفی در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورودی شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بود از: داشتن سن ۳۵-۲۰ سال، داشتن حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، داشتن اختلال واژینیسموس بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-5 (APA, 2013).

ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: بیماران با علل جسمی واژینیسموس بر اساس معاینه پزشک متخصص بیماری‌های زنان و زایمان قبل از ورود به مطالعه، ابتلاء به بیماری جسمانی حاد یا مزمن، اخذ درمان‌های روانپزشکی در زمان مطالعه، سابقه دریافت آموزش‌های شناختی-رفتاری، عدم هیپنوتیزم‌پذیری. در ابتدا قبل از اجرای فرآیند مداخله هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به پرسشنامه‌های اضطراب جنسی و عملکرد جنسی پاسخ دادند، سپس یک جلسه به صورت جلسه مقدماتی برگزار گردید که در آن منطق کار، کسب رضایت افراد، پاسخ‌گویی به سؤالات و طول مدت درمان توضیح داده شد و پس از آن گروه آزمایش، تحت درمان ۸ جلسه هیپنوتراپی شناختی-رفتاری

کاهش اضطراب مؤثر بوده است (۴۸، ۴۹). روش شناختی رفتاری، درمان مرسوم واژینیسموس شناخته می‌شود و اغلب مطالعات از اثربخشی قابل توجه آن در این زمینه خبر می‌دهند، اما در برخی از مطالعات گویای ضعیف بودن نتایج درمانی حاصل از این رویکرد می‌باشد به طور مثال در مطالعه‌ای از بهبود تنها ۱۵٪ زنان مبتلا به واژینیسموس با استفاده از روش شناختی-رفتاری خبر داده‌اند. در صورتی که هیپنودرمانی، اندازه اثری بیش از دو برابر از روان‌درمانی‌های معمولی دارد، با این حال بسیاری از محققین و متخصصان بالینی در حال حاضر مشاهده کرده‌اند که هیپنوتیزم یک اثر هم‌افزایی به وجود می‌آورد، به ویژه زمانی که با درمان شناختی-رفتاری همراه می‌شود. در دهه‌های ابتدایی رفتار درمانی، تعدادی از مطالعات کوچک با این نتیجه هم‌سو بودند. چندین مطالعه‌ی کنترل‌شده‌ی چند عاملی را در خصوص مزایای هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر هیپنوتراپی با درمان شناختی-رفتاری به تنهایی برای طیف وسیعی از شرایط به کار بردند (۴۰). پژوهشگران در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری درمان بهتری نسبت به گروه مشاوره حمایتی در بهبود اضطراب بودند. همچنین افراد گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری بهبودی بهتری نسبت به گروه شناختی-رفتاری داشتند (۵۰-۵۲). درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف را در روش‌های درمان شناختی-رفتاری ارائه می‌کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده‌ی درمان شناختی-رفتاری را بپذیرد (۵۳). بنابراین با توجه به مطالب بیان شده درباره عملکرد جنسی که بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود و با توجه به این نکته که تاکنون اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس بررسی نشده است، پرداختن به این موضوع از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار است. لذا در این تحقیق به بررسی این مسئله که «آیا هیپنودرمانی شناختی-رفتاری جنسی در بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس مؤثر است؟» پرداخته شد.

اضطراب و عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس، ۲ ماه پس از خاتمه جلسات درمانی ارزیابی پیگیری صورت گرفت. داده ها با روش آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. عناوین و محتوای مختصر جلسات درمانی با استفاده از منابع (۲۵، ۲۷، ۴۰) در جدول ۱ ارائه شده است.

قرار گرفت. جلسات به صورت زوجی و هفته‌ای یک بار به مدت یک ساعت و نیم در طول ۲ ماه برگزار گردید و طی این مدت گروه کنترل، درمانی دریافت نکرد. پس از خاتمه جلسات درمانی در مرحله پس از آزمون هر دو گروه آزمایش و کنترل با پرسشنامه‌های پژوهش همچون مرحله پیش آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند. به منظور بررسی تداوم تأثیر درمان هیپنودرمانی شناختی-رفتاری بر بهبود

جدول ۱) عناوین و محتوای مختصر جلسات درمانی

ردیف	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکلیف	زمان
	جلسه مقدماتی	مصاحبه و ارزیابی اولیه- بررسی مشکل موجود- بررسی علل ایجاد کننده مشکل- حصول اطمینان از وجود مشکل و انجام پیش آزمون		۹۰ دقیقه
۱	معرفه، ارزیابی و بیان منطق درمان	بررسی علل و تاریخچه واژینیسموس- بررسی سابقه پزشکی و ارزیابی فیزیولوژیکی مراجع- بررسی کیفیت رابطه زناشویی- توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری- اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم- انجام تست هیپنوتیزم پذیری قفل دست‌ها- تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت شده (تمرین آرام سازی)- تلقین هیپنوتیزی	تکلیف زن: از درمانجو خواسته شد روزی ۱ مرتبه به مدت ۱۵ دقیقه تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت شده (تمرین آرام سازی) را در خانه در یک محیط آرام انجام دهد. تکلیف زوجین: از زوجین خواسته شد تا جلسه آینده پیرامون علل بروز مشکل و عوامل تداوم بخش و تشدید کننده آن با یکدیگر به بحث و گفتگو بپردازند بدون اینکه یکدیگر را مقصر قلمداد کنند.	
۲	بررسی اضطراب و ترس جنسی و چالش با آنها به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزی	بررسی کیفیت اولین ارتباط جنسی با همسر، بررسی اولین تجربیات جنسی در دوران کودکی و نوجوانی در راستای یافتن علل ترس های باقیمانده از دوران کودکی، حصول اطمینان از وجود یا عدم وجود، سوء استفاده جنسی در دوران کودکی، بررسی علل احتمالی ایجاد کننده واژینیسموس، بررسی اجمالی نگرش های جنسی زوجین، استفاده از تکنیک پس روی سنی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزی	تکلیف زن: ۱- از درمانجو خواسته شد لیستی از تفکرات منفی پیرامون ارتباط جنسی خود را یادداشت کند و در مقابل آن افکار مثبت خود را بنویسد و در جلسه بعد با خود بیورد. ۲- با استفاده از تکنیک پس روی سنی خود را به خلسه درآورده و تلقینات مربوطه را با خود بگوید.	۹۰ دقیقه
۳	استخراج باورهای ناکار آمد جنسی زوجین و چالش با آنها به همراه تلقینات مربوطه در خلسه هیپنوتیزی	مرور جلسه دوم- تشخیص باورها و انکار غیرمنطقی و مرور افکار منفی یادداشت شده توسط بیمار- بررسی افکار با کمک بیمار و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزی جهت تقویت افکار مثبت- بررسی دانش و آگاهی جنسی زوجین- آشنایی با اندام های جنسی زن و مرد- اطلاع رسانی صحیح درباره عملکرد جنسی و عملکرد عضلات واژن	تکلیف زن: ۱- از درمانجو خواسته شد به مدت یک هفته هر روز با استفاده از یک آینه قسمت خارجی واژن خود را مشاهده کند. ۲- همچنین از او خواسته شد روزی ۱۵ دقیقه تمرین آرامش عضلانی و تنفس عمیق را انجام دهد. ۳- از او خواسته شد با استفاده از آموزش های خودهیپنوتیزی روی خودگویی های مثبت تمرکز کند.	۹۰ دقیقه

ادامه جدول ۱

۹۰ دقیقه	<p>تکلیف زن: ۱- از درمانجو خواسته شد تمرینات کگل را از روزی ۲۰ مرتبه شروع کرده و تا جایی که می‌تواند آن را بیشتر کند.</p> <p>۲- از او خواسته شد قبل از تمرینات دخول با انگشت داخل یک وان داغ و یا یک تشت بزرگ بنشیند و تمرینات را روزی ۳ مرتبه انجام بدهد و بعد از آن خود را در حالت خلسه برده و طبق تکنیک بی حسی دستکش تمرینات را انجام دهد.</p>	<p>مرور جلسه سوم- اندازه‌گیری میزان اضطراب فرد نسبت به ارتباط جنسی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزمی- آشنایی و انجام تمرینات مسترز و جانسون با استفاده از تکنیک بی حسی دستکشی- آشنایی با تمرینات کگل به صورت فشرده و آرام و فواید آن.</p>	<p>کاربرد رویکرد حساسیت زدایی منظم همراه با منع آمیزش و انجام تمرینات دخول مسترز و جانسون به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزمی</p>	۴
۹۰ دقیقه	<p>تکلیف زن: ۱- از درمانجو خواسته شد تمرینات دخول با انگشتان خود را همچنان مانند هفته گذشته انجام دهد؛ به همراه تمرینات کگل.</p> <p>۲- از درمانجو خواسته شد با استفاده از تکنیک های هیپنوتیزمی تمرکز بر حواس روی نقاط غیرجنسی خود تمرکز کند.</p> <p>تکلیف زوجین: از زوجین خواسته شد طی این هفته ۳ شب هربار به مدت حداقل ۳۰ دقیقه به طور نوبتی تمرینات تمرکز حسی را انجام دهند.</p> <p>تکلیف زوجین: ۱- زوجین موظفند تا جلسه آینده نقاط حساس غیرجنسی خود و همسرشان را کشف کنند.</p> <p>۲- از زوجین خواسته شد به منظور افزایش صمیمیت کلامی تمرینات بیان هیجان ها را انجام داده و در طول روز هر کدام از هیجانان مثبت و منفی خود را یادداشت کرده و شب هنگام به نوبت جملات را برای یکدیگر بخوانند.</p>	<p>مرور جلسه چهارم- منع ارتباط جنسی تا پایان حس یابی بدنی- آموزش مهارت تمرکز- توجه- آموزش توجه بر احساس- تمرکز بر اندام های غیر تناسلی به همراه تکنیک های هیپنوتیزمی مرکز بر حواس غیرجنسی- بررسی ارتباط کلامی و چگونگی بیان هیجانان زوجین با یکدیگر- آموزش ابراز هیجان و کلامی کردن حس های هیجانی و خود ابرازی جنسی به همسر- افزایش صمیمیت کلامی زوجین</p>	<p>آموزش حس یابی غیر جنسی به همراه تکنیک هیپنوتیزمی تمرکز بر حواس غیرجنسی</p>	۵
۹۰ دقیقه	<p>تکلیف زن: ۱- از درمانجو خواسته شد همچنان تمرینات کگل و دخول با انگشتان را با استفاده از تکنیک بی حسی دستکشی انجام دهد.</p> <p>۲- از درمانجو خواسته شد با استفاده از تکنیک تمرکز بر حواس جنس روی نقاط جنسی خود تمرکز کند.</p> <p>تکلیف زوجین: ۱- از زوجین خواسته شد حداقل ۳ شب در هفته و هربار به مدت نیم ساعت به صورت نوبتی و توافقی تمرینات بی حسی (۲) را انجام دهند.</p> <p>۲- زوجین باید بتوانند در جلسه بعد نقاط حساس جنسی خود و همسرشان را نام ببرند.</p> <p>۳- از همسر زن خواسته شد که در طول این هفته تمرینات دخول را هر شب روی زن انجام دهد.</p>	<p>مرور جلسه پنجم- حذف ممنوعیت لمس اندام های تناسلی- ارائه اطلاعات بیشتر پیرامون اندام های تناسلی زن و مرد و نقاط حساس جنسی- افزایش خودآگاهی جنسی زنان- آموزش تمرکز بر اندام های جنسی- توجه به تحریکات و لذت اندام های تناسلی با استفاده از تکنیک تمرکز بر حواس جنسی- انجام تمرینات مسترز و جانسون توسط همسر با استفاده از تکنیک هیپنوتیزمی بی حسی دستکشی</p>	<p>آموزش حس یابی جنسی و انجام تمرینات مسترز و جانسون توسط همسر به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزمی</p>	۶

ادامه جدول ۱			
۹۰ دقیقه	تکلیف زن: از درمانجو خواسته شد همچنان تمرینات کگل و دخول با انگشت را با استفاده از تکنیک بی حسی دستکشی انجام دهد. تکلیف زوجین: ۱- از همسر زن خواسته شد تمرینات دخول با آلت را به صورت تدریجی طبق آموزشهایی که داده شد روی زن انجام دهد. ۲- از زوجین خواسته شد تا هر کدام از شیوه های متناسب با مشکلمان را مورد استفاده قرار دهند تا بهترین شیوه را بیابند.	مرور جلسه ششم- آموزش تمرینات مسترز و جانسون- آموزش انواع شیوه های مقاربت- آموزش شیوه های مقاربت متناسب با مشکل زوجین و تکنیک های آن و البته ارائه تکالیف گام به گام خانگی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزی	آموزش دنباله تمرینات مسترز و جانسون و رسیدن به آمیزش طبیعی و تدریجی در سایر پوزیشنها به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزی
۹۰ دقیقه		مرور جلسه هفتم- ارزیابی تکنیک های مختلف به کار گرفته شده توسط زوجین- بازخوردهای پیرامون اثربخش یا غیراثربخش بودن درمان- رفع اشکالات موجود ارزیابی نتایج مثبت حاصل از طرح درمانی و میزان رضایت زوجین از درمان- اجرای پس آزمون	بررسی میزان حصول اهداف درمانی
۶۰ دقیقه		اجرای آزمون ها ° تشکر و قدردانی به خاطر شرکت در جلسه پیگیری	پیگیری

ابزار

۲- پرسشنامه عملکرد جنسی^۲: این پرسشنامه با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می سنجد. در مورد نحوه نمره دهی، طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سؤال های هر حوزه و ضرب آن در عدد فاکتور به دست آمد (از آنجا که در پرسشنامه ۲۲۲۲ تعداد سوالات حوزه ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم وزن کردن حوزه ها با یکدیگر نمرات حاصل از سؤال های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می گردد). نمرات در نظر گرفته شده برای سؤال های ۱- حوزه میل، ۲- حوزه تهییج جنسی، ۳- رطوبت مهبل، ۴- ارگاسم، ۵- درد و ۶- رضایتمندی جنسی (۵-۱ یا ۰) است. نمره صفر حاکی از آن است که فرد در طول ۴ هفته گذشته فعالیت جنسی نداشته است. با جمع کردن نمرات شش حوزه باهم نمره کل مقیاس به دست می آید. به این ترتیب نمره گذاری به گونه ای است که نمره بیشتر مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم وزن نمودن حوزه ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود.

۱- پرسشنامه اضطراب جنسی: جهت سنجش اضطراب جنسی در این پژوهش از خرده مقیاس اضطراب جنسی در پرسشنامه چند بعدی خودپنداره جنسی^۱ استفاده گردید. این پرسشنامه توسط رضائی و همکاران (۵۴) ترجمه شده و در داخل کشور، پایایی و اعتبار آن مورد بررسی قرار گرفته و هنجاریابی شده است. پرسشنامه خودپنداره جنسی در مطالعات زیادی به کار رفته است (۵۴) و دارای ۲۰ خرده مقیاس می باشد که یکی از این خرده مقیاس ها اضطراب جنسی است و شامل ۱۵ سؤال است. در این آزمون فرد آزمودنی در یک لیکرت پنج درجه ای (الف) اصلاً در من صدق نمی کند، (ب) خیلی کم در من درست است، (ج) تا حدی در من درست است، (د) حد متوسطی در من درست است، (ه) خیلی زیاد در من درست است (میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را مشخص می کند. به هر یک از سؤالات بین ۰ تا ۴ نمره تعلق می گیرد که نمره های بین ۰ و ۶۰ می گیرد و نمره بالا در پرسشنامه اضطراب جنسی نشانگر میزان اضطراب جنسی بالای فرد می باشد. ضریب الفای کرونباخ در پژوهش اصلی اسنل و همکاران (۵۵) برابر با ۰/۸۳ و در پژوهش رضائی و همکاران (۵۴) برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۱ به دست آمده است.

۱ M... ۲ ... ۳ ... ۴ ... ۵ ... ۶ ... ۷ ... ۸ ... ۹ ... ۱۰ ... ۱۱ ... ۱۲ ... ۱۳ ... ۱۴ ... ۱۵ ... ۱۶ ... ۱۷ ... ۱۸ ... ۱۹ ... ۲۰ ... ۲۱ ... ۲۲ ... ۲۳ ... ۲۴ ... ۲۵ ... ۲۶ ... ۲۷ ... ۲۸ ... ۲۹ ... ۳۰ ... ۳۱ ... ۳۲ ... ۳۳ ... ۳۴ ... ۳۵ ... ۳۶ ... ۳۷ ... ۳۸ ... ۳۹ ... ۴۰ ... ۴۱ ... ۴۲ ... ۴۳ ... ۴۴ ... ۴۵ ... ۴۶ ... ۴۷ ... ۴۸ ... ۴۹ ... ۵۰ ... ۵۱ ... ۵۲ ... ۵۳ ... ۵۴ ... ۵۵ ... ۵۶ ... ۵۷ ... ۵۸ ... ۵۹ ... ۶۰ ... ۶۱ ... ۶۲ ... ۶۳ ... ۶۴ ... ۶۵ ... ۶۶ ... ۶۷ ... ۶۸ ... ۶۹ ... ۷۰ ... ۷۱ ... ۷۲ ... ۷۳ ... ۷۴ ... ۷۵ ... ۷۶ ... ۷۷ ... ۷۸ ... ۷۹ ... ۸۰ ... ۸۱ ... ۸۲ ... ۸۳ ... ۸۴ ... ۸۵ ... ۸۶ ... ۸۷ ... ۸۸ ... ۸۹ ... ۹۰ ... ۹۱ ... ۹۲ ... ۹۳ ... ۹۴ ... ۹۵ ... ۹۶ ... ۹۷ ... ۹۸ ... ۹۹ ... ۱۰۰ ...

پژوهش بدون ذکر نام و نشان آنها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. در مرحله بعدی هر یک از پرسشنامه‌ها مطابق با دستورالعمل، نمره گذاری و به کمک ابزارهای آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن گروه آزمایش ۲۶ سال و انحراف استاندارد آن ۲/۶۷ سال است. میانگین سن در گروه کنترل ۲۵/۶۹ سال و انحراف استاندارد آن ۲/۳۹ است. میانگین مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش ۲/۶۹ سال و انحراف استاندارد آن ۰/۸۵ سال است. میانگین مدت زمان ازدواج در گروه کنترل ۲/۷۷ سال و انحراف استاندارد آن ۱/۰۹ سال است. در گروه آزمایش ۳۸/۵ درصد (۵ نفر) تحصیلات فوق دیپلم، ۵۳/۸ درصد (۷ نفر) تحصیلات لیسانس و ۷/۷ درصد (۱ نفر) تحصیلات فوق لیسانس دارند. در حالی که در گروه کنترل ۷/۷ درصد (۱ نفر) دیپلمه، ۴۶/۲ درصد (۶ نفر) فوق دیپلم، ۳۸/۵ درصد (۵ نفر) لیسانس و ۷/۷ درصد (۱ نفر) فوق لیسانس هستند. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش برحسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی در جدول ۲ ارائه شده است.

حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تهییج جنسی، رطوبت مهبل، ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس حداقل نمره برابر ۲ خواهد (۵۶). در پژوهش محمدی و همکاران (۵۷)، پایایی مقیاس از طریق آنالیز ثبات یا ضریب همسانی درونی سوالات محاسبه شد. ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد برای هر یک از حوزه‌ها و کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بود. مطالعه روزن و همکاران، اعتبار همگرایی این مقیاس با مقیاس رضایت زناشویی اعتبار مناسب این مقیاس را نشان داد. در مطالعه روزن و همکاران (۵۶) پایایی بازآزمایی کل مقیاس ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۸۶ گزارش شده است.

بر اساس نتایج مطالعه محمدی و همکاران (۵۷)، تفاوت معناداری بین نمرات کل مقیاس و هر یک از حوزه‌های آن در دو گروه دارای اختلال عملکرد جنسی و بدون اختلال وجود دارد که نشانگر اعتبار تمیزی این ابزار است. شاخص عملکرد جنسی زنان با ۱۹ سوال، عملکرد جنسی زنان را در ۶ حوزه مستقل میل، تحریک روانی، رطوبت، ارگاسم، رضایتمندی و درد جنسی می‌سنجد. پرسشنامه مذکور در تحقیقات خارج از کشور به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۲ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، ابتدا به مراکز و درمانگاه‌های بهداشتی مراجعه شد. از متخصصین زنان و زایمان خواسته شد در صورت مراجعه بیمارانی با اختلال واژینیسموس براساس معیار $M\text{S}\text{M}\text{I}$ ، آنها را به مرکز مشاوره راه عشق اصفهان ارجاع دهند. سپس از میان آنها کسانی که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، وارد مطالعه شده و تست هیپنوتیزم پذیری در مورد آنها اجرا شد و ۲۶ نفر از آنها انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند که هر گروه شامل ۱۳ بیمار بود و تا پایان مداخله نیز در پژوهش حضور داشتند. برای حفظ اصول اخلاقی بعد از پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت درمان قرار گرفتند.

قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه بوده و نتایج

جدول ۲) شاخص های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و سه مرحله پژوهش

کنترل			آزمایش				
پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	متغیر	
۴۶/۶۱	۴۵/۱۵	۵۳/۶۱	۱۵/۱	۳۰/۸۴	۵۸/۴۶	میانگین	اضطراب جنسی
۲۳/۲۶	۲۴/۶۵	۱۵/۸۵	۷/۱۳	۱۶/۲۸	۱۱/۹۸	انحراف استاندارد	
۲۷/۸۴	۲۹/۰۷	۲۹/۳۸	۸۷/۳۱	۸۵/۴۶	۲۹/۹۲	میانگین	عملکرد جنسی
۱۱/۷۷	۱۱/۷۶	۱۱/۹۳	۱۰/۱۴	۵/۰۱	۱۲/۲۱	انحراف استاندارد	
۳/۰۸	۳/۳۱	۳/۶۹	۹/۱۵	۸	۳/۸۴	میانگین	میل جنسی
۱/۵۵	۱/۶	۱/۳۷	۰/۹۸	۰/۱	۱/۵۲	انحراف استاندارد	
۶/۱۵	۶/۵۳	۶/۴۶	۱۸/۲۳	۱۶/۳۸	۶/۴۶	میانگین	تحریک جنسی
۳/۱	۳/۱۲	۳/۰۷	۲/۴۵	۰/۸۷	۳/۰۷	انحراف استاندارد	
۶/۰۸	۶/۵۳	۶	۱۸/۰۸	۱۸/۳۸	۶/۵۳	میانگین	رطوبت مهبل
۲/۶۲	۲/۶۳	۲/۷۱	۲/۵۳	۲/۸۱	۳/۰۱	انحراف استاندارد	
۴/۶۹	۴/۸۴	۵/۰۸	۱۴/۲۳	۱۴/۲۳	۴/۹۳	میانگین	ارگاسم
۲/۱۷	۲/۱۱	۲/۴۶	۱/۰۹	۰/۶۱	۲/۳۲	انحراف استاندارد	
۴/۸۱	۴/۸۴	۵/۱۵	۱۳/۸۴	۱۴/۷۶	۵/۱۵	میانگین	رضایت‌مندی جنسی
۲/۶	۲/۶۱	۲/۱۴	۱/۵۲	۰/۸۳	۲/۱۵	انحراف استاندارد	
۳/۲	۳/۱	۳	۱۳/۷۶	۱۳/۶۹	۳/۱	میانگین	درد جنسی
۰/۱۲	۰/۱	۱/۲۳	۱/۹۲	۱/۴۹	۱/۲۲	انحراف استاندارد	

مقیاس بعد جسمانی نیز مانعی برای استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره ایجاد نمی‌کند. بنابراین واریانس گروه های آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش بطور معنی داری تفاوت نداشته و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. بررسی تساوی ماتریس واریانس کوواریانس نیز نشان داد آزمون باکس معنادار نیست اضطراب جنسی ($M=130/317$, $SD=2/042$, $F(1,135)=0/135$)، عملکرد جنسی ($M=49/338$, $SD=7/098$, $F(1,135)=0/052$)، در نتیجه همبستگی ماتریس‌های واریانس کوواریانس رد نشده، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کنند، بنابراین اجرای کوواریانس بلامانع می‌باشد.

به طور کلی در یافته های توصیفی مشاهده می‌شود که میانگین نمرات در همه متغیرهای پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش بهبود بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته است. به منظور تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. جهت اطمینان از نتایج کوواریانس ابتدا مفروضه های آن بررسی شد. در بررسی رعایت مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات از آزمونهای کولموگروف اسمیروف و شپیرو ویلکز استفاده شد که در خرده مقیاس‌ها و نمره کل عملکرد جنسی و اضطراب جنسی هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات رعایت شده است ($p < 0/01$). جهت بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد (جدول ۲) با توجه به اینکه سطوح معناداری بدست آمده برای هر یک از ابعاد بیشتر از ۰/۰۵ است مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و تساوی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. در آزمون لوین خرده مقیاس‌های عملکرد جنسی نشان داد بجز در خرده مقیاس میل جنسی در بقیه خرده مقیاس‌ها همگنی واریانس برقرار است. با توجه به برابر بودن تعداد دو گروه عدم رعایت همگنی واریانس از خرده

جدول ۳) نتیجه آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس‌های دو گروه در متغیرهای پژوهش

آزمون لون					
سطح معناداری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	مرحله	متغیر
۰/۲۰۷	۲۴	۱	۱/۶۸۴	پیش آزمون	اضطراب جنسی
۰/۴۸۳	۲۴	۱	۰/۵۰۸	پیش آزمون	عملکرد جنسی
۰/۰۷۸	۲۴	۱	۱۷/۵۱۷	پس آزمون	اضطراب جنسی
۰/۰۵۲	۲۴	۱	۱۲/۴۰۰	پس آزمون	عملکرد جنسی
۰/۰۶۲	۲۴	۱	۱۹/۶۵۰	پیگیری	اضطراب جنسی
۰/۰۵۴	۲۴	۱	۱۰/۳۹۸	پیگیری	عملکرد جنسی

جدول ۴) تحلیل واریانس چند متغیره (اثر هتلینگ)

اندازه اثر	معناداری	درجه آزادی	F	متغیروابسته
۰/۹۶	۰/۴۴۴	۴	۰/۹۵۵	عملکرد جنسی
۰/۱۱۹	۰/۳۱۹	۴	۱/۲۲۰	اضطراب جنسی

تحلیل کواریانس چندمتغیره در مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون هم به همین صورت می‌باشد. مجذور اتا که مقیاسی برای اندازه اثر است و نشانگر واریانس کلی برای هر عامل می‌باشد، نشان می‌دهد که ۴۷ درصد تغییرات در میزان اضطراب جنسی و ۵۸ درصد تغییرات در میزان عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون ناشی از تأثیر مداخله درمانی می‌باشد که این تأثیر در مرحله پیگیری متفاوت می‌باشد.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مانکو با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون میانگین عملکرد جنسی و اضطراب جنسی گروه‌های آزمایش و کنترل نشان داد که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در پس آزمون با کنترل پیش آزمون نشان داد که هیپنودرمانی شناختی رفتاری در همه ابعاد تأثیر معناداری دارد و همچنین نتایج

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مرحله پس آزمون با کنترل پیش آزمون

توان آماری	اندازه اثر	معناداری	F	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیروابسته
۰/۹۷	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۱۶/۷۵	۱	۵۴۵۵/۵۰	اضطراب جنسی
۱	۰/۵۸	۰/۰۰۰۱	۳۳/۷۵	۱	۲۰۸۸/۰۳	عملکرد جنسی
۰/۹۸	۰/۴۲	۰/۰۰۰۱	۱۷/۷۶	۱	۸/۶۵	میل جنسی
۰/۶۸	۰/۱۷	۰/۰۲۳/۰	۱۲/۱۶	۱	۱۵/۵۳	تحریک روانی
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۳۴/۷۷	۱	۱۶۲/۵۰	رطوبت
۱	۰/۷۰	۰/۰۰۰۱	۵۶/۸۰	۱	۶۱/۵۳	ارگاسم
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۸۷/۲۲	۱	۱۰۴/۰۰	رضایتمندی
۱	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۴۲/۸۷	۱	۹۲/۳۴	درد جنسی

جدول ۶) نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون

توان آماری	اندازه اثر	سطح معناداری	F	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیروابسته
۰/۸۸	۰/۳۱	۰/۰۰۳	۱۰/۸۱	۱	۲۷۷/۸۸	اضطراب جنسی
۰/۷۵	۰/۲۴	۰/۰۱۱	۷/۵۸	۱	۲۵۱۷/۵۳	عملکرد جنسی
۰/۷۹	۰/۲۵	۰/۰۰۸	۸/۳۰	۱	۵/۵۳	میل جنسی
۰/۴۷	۰/۱۴	۰/۰۴۹	۳/۹۳	۱	۱۸/۶۱	تحریک روانی
۰/۸۶	۰/۲۹	۰/۰۰۴	۱۰/۰۵۶	۱	۱۳۹/۳۸	رطوبت
۰/۶۷	۰/۲۰	۰/۰۱۹	۶/۳۳	۱	۶۱/۵۰	ارگاسم
۰/۵۴	۰/۱۶	۰/۰۴۱	۴/۶۷۱	۱	۱۰۸/۶۵	رضایتمندی
۰/۷۲	۰/۲۲	۰/۰۱۴	۷/۰۶۶	۱	۱۸/۶۱	درد جنسی

بحث

نتایج نشان داده است که تفاوت بین نمرات مراحل پژوهش در همه متغیرهای پژوهش معنی دار است. هم چنین تفاوت میانگین نمرات همه متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل معنی دار به دست آمده است. لذا نتایج نشان داده است که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری کلیه متغیرهای پژوهش شامل اضطراب جنسی، عملکرد جنسی و ابعاد آن را افزایش داده است و نتایج درمان در مرحله پیگیری نیز باقی مانده است.

این نتایج همسو با یافته های پژوهش های ملکی دلارستانی (۴۲) مبنی بر اثربخشی هیپنودرمانی در بهبود عملکرد جنسی، خضری مقدم و همکاران (۴۳)، مبنی بر بهبود اختلال اضطرابی است، هم چنین همسو با یافته های پور حسین (۴۴)، کشاورز و مقدم (۴۵)، بیگرخانی (۴۶) و از کم و بیرگول (۴۷) که هر یک در پژوهش های جداگانه ای نشان داده اند که هیپنوتراپی در درمان اختلال واژینیسموس مؤثر است. همسو با این نتایج لطفی فر و همکاران (۴۸) و قربان نژاد (۴۹) نیز نشان داده اند که هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب مؤثر بوده است. همچنین بریانت و همکاران (۵۰)، آلدن و آلبهای (۵۱) و دانداس، ورمسنا، هوگس (۵۲) در پژوهش های جداگانه ای نشان دادند که درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری درمان های مؤثرتری در بهبود اضطراب بودند و هیپنوتراپی شناختی رفتاری اثربخش تر است. در اثربخش بودن هیپنودرمانی شناختی رفتاری جنسی بر بهبود اضطراب می توان گفت که به طور کلی هیپنوتیزم درمان بسیار مناسبی بر تظاهرات شناختی اضطراب در تمام سطوح می باشد. آموزش آرام سازی و خود مدیریتی هیپنوتیزم باعث افزایش اعتماد به نفس و ایجاد وقفه اضطرابی در موقعیت های استرس زا می شود (۵۱). آموزش خود هیپنوتیزم به بیماران می تواند نقش مفیدی در کنترل فرد در مقابله با استرس جنسی داشته باشد. اغلب اوقات نقش های جسمی و ذهنی و خستگی مفرط منجر به کاهش تمایلات و توانایی های جنسی می گردد و برخی بیماران نیاز به روش هایی دارند تا بتوانند با نادیده گرفتن مشکلات روزمره علایق جنسی خود را ابراز نمایند. خود هیپنوتیزم می تواند شرایطی را فراهم کند تا اضطراب و تنش های بیمار کاهش یابد و از طریق تجسم جنسی قبل از

نزدیکی موجب کاهش اضطراب و برانگیختن تمایلات جنسی گردد (۵۸). هیپنودرمانی شناختی رفتاری در مجموع در بسیاری جهات، شبیه درمان شناختی رفتاری است و از اصول آن بهره می برد. هیپنودرمانی شناختی رفتاری فرض می کند که علت بسیاری از ناراحتی های روان شناختی، اشکال منفی خود هیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی آنکه مورد نقد و بررسی قرار بگیرند و حتی بدون آگاهی پذیرفته می شوند عقایدی که در تمامی بیماران وجود داشتند من تا آخر عمر نمی توانم با همسرم رابطه جنسی داشته باشم، دخول برای من هیچ وقت اتفاق نمی افتد و ... با توجه به اینکه افکار منفی که بیماران از زمان اولین رابطه ی جنسی ناموفق که با همسران خود داشتند وقتی در موقعیت رابطه جنسی قرار می گرفتند مدام این افکار در ذهن بیماران مرور می شد پس افکار منفی روی بدن آنها تأثیر می گذاشت و باعث قفل شدن عضلات کف لگن و یک عملکرد جنسی ناموفق می شد. درمانگر با استفاده از روش های هیپنوتیزمی توام با روش های شناختی رفتاری در اصلاح تغییر و تصویرسازی سازنده و از همه مهم تر جایگزین کردن افکار مثبت به جای منفی که به صورت خود هیپنوتیزم از بیماران خواسته شد در تمام این مدت انجام دهند باعث بهبودی بیشتر عملکرد جنسی در آنها شد. با توجه به اینکه هیپنوتیزم تکنیک هایی را ارائه می کند که امکان بررسی سریع و شناسایی تعارضات واقعی، احساسات حل نشده درباره اتفاقات گذشته و عوامل ضمیر ناخودآگاه فراهم شود، علت بسیاری از این اضطرابها مشخص شده که توانست کمک بسیاری به این بیماران کند. برای مثال تکنیک های تجسمی نمادین به بیماران گروه این امکان را می داد که احساس های سرکوب شده خود مثل خشم و رنجش را بدون اینکه به رابطه آنها با شریکشان صدمه ای بزند آزاد کنند. برای مثال از بیمار خواسته می شد خود را طوری تصور کند که در حال خرد کردن یک تخته سنگ بزرگ در کوهستان است در حالی که همزمان خشم خود را خالی می کند. تکنیک های هیپنوتیزمی توانست به شرح فرآیندهای درونی (شناختی تجسمی) بیمار که مشاهده آنها غیر ممکن و بیان آن دشوار است کمک کند. هم چنین به بیماران در حالت خلسه گفته می شد به لحظات تماس جنسی چند روز قبل خود یا چند هفته قبل خود برگردانده شوند همان طور

ارگاسم را تسهیل کند و باعث دخول بدون درد و کامل در آنها شود. استفاده از تکنیک اتاق کنترل به طور شگفت‌انگیزی در برانگیختن احساس‌های کشش جنسی بیماران مؤثر بود.

در تبیین اثربخش بودن درمان بر بهبود رطوبت مهبل می‌توان گفت استفاده از تلقینات استعاری و بازی با کلمات برای تسهیل لغزندگی واژن، باعث لیز شدگی بیشتر و کاهش درد کمتر شده بود. از آنجایی که یکی از علائم برانگیختگی جنسی در زنان لیز شدگی واژن یا رطوبت مهبل است پس استفاده از تکنیک‌های اتاق کنترل و خود هیپنوتیزی از طریق تجسم جنسی می‌تواند باعث افزایش برانگیختگی جنسی شده و برانگیختگی نیز باعث بیشتر شدن رطوبت مهبل شود. درمان مذکور در بهبود ارگاسم نیز مؤثر بوده است که در تبیین نتایج می‌توان گفت، بیماران با استفاده از تکنیک‌های تمرکز بر حواس پنج‌گانه و تمرکز بر نقاط غیر جنسی و جنسی که در حالت هیپنوز انجام می‌دادند باعث شده بود که با حالت آرامش و لذت بیشتری این تمرینات را انجام دهند. با توجه به تکنیک‌های هیپنوتیزی آرامش که باعث کاهش بیشتر اضطراب در آنها شده بود و از آنجایی که یکی از علت‌های اصلی عدم رسیدن به ارگاسم به خصوص از طریق سکس واژینال وجود اضطراب‌های شدید نسبت به دخول بود، پس بهبود اضطراب باعث افزایش تمرکز، آرامش و لذت بیشتر آنها در رابطه جنسی شده بود. یکی دیگر از تکنیک‌هایی که نقش خیلی مؤثری در ارگاسم بیشتر آنها داشت تکنیک گوی بلورین بود که بیمار به صورت تماشایی خود را در حال تماشای عشق بازی با همسرش در آینده ای نزدیک می‌دید که به بهبود خیال‌پردازی جنسی و در ادامه آن، ارگاسم کمک می‌کرد.

در تبیین اثربخش بودن درمان مذکور، بر بهبود رضایتمندی جنسی می‌توان گفت که گاهی همسران می‌توانستند در حین کار هیپنوتیزی حضور یابند. بعضی از بیماران با وجود یک مخاطب احساس خود آگاهی می‌نماید (یعنی نمی‌تواند آزادانه خود را رها کنند) و ترجیح می‌دهند که همسرشان حضور نداشته باشد. با وجود این، گاهی یک بیمار اگر زوجش در کنارش باشد احساس امنیت بیشتری خواهد کرد. پس در این باره باید تحقیق کرد و به احساس‌های بیمار احترام گذاشته شود. وقتی یک شریک شاهد پس‌روی سنی همسرش به

که آنها این تجربه را مرور می‌کردند و تجربه می‌کردند، به آنها گفته می‌شد، بلند بگو چه چیزی مانع از تمرکز بر احساسات می‌شود موقعی که توسط همسر لمس می‌شوی و بدین ترتیب اغلب بیماران می‌توانستند فرآیندهای درونی غیرقابل دسترس را به راحتی بیان کنند، که این می‌تواند توجیه خوبی برای اثربخش بودن هیپنوتراپی بر بهبود عملکرد جنسی بیماران باشد.

در تبیین اثربخش بودن هیپنودرمانی شناختی^۵ رفتاری جنسی بر بهبود میل جنسی می‌توان گفت یکی از تکنیک‌هایی که باعث میل زیاد در بیماران گروه هیپنودرمانی شناختی^۵ رفتاری شد استفاده از تکنیک اتاق کنترل بود این تکنیک توسط هاموند (۵۸) برای درمان تمایلات جنسی سرکوب شده، اختلال ارگاسمی و دیگر اختلالات جنسی سرکوب شده طراحی شده است. این تکنیک در بررسی هیپنوتیزی برای درمان تعارضات ناخود آگاه یا مقاومت در مقابل بهبودی یا رد وجود آن احتمالات توسط بیمار بیشترین تأثیر را دارد. دومین تکنیکی که برای میل جنسی به کار برده شد استفاده از تلقینات برای نظارت و تمرکز بر حواس پنج‌گانه بود که از تلقینات مستقیم و غیر مستقیم نیز استفاده می‌شد مانند: بگذار ضمیر ناخودآگاه کارش را انجام دهد، به آن اعتماد کن، به راحتی لذت ببر، از لذت بردن از بدن غرق شو و هر لمسی را بچش. در این تکنیک از بیمار خواسته می‌شد تا مثل یک تماشایی خود را در تخیل سکس غرق کند. تلقینات به کار برده شده این فرآیند را تسهیل می‌کرد و میل بیماران را بیشتر به صورت خودکار در می‌آورد. همچنین با حل مشکل واژینیسم و امکان برقراری رابطه جنسی و بهبود اضطراب، افزایش میل و رغبت این زنان بر رابطه جنسی طبیعی به نظر می‌رسد.

در تبیین اثر بخش بودن هیپنودرمانی شناختی رفتاری جنسی بر بهبود تحریک روانی جنسی می‌توان گفت که آموزش خود هیپنوتیزم در بیماران باعث می‌شود که بیماران از طریق تجسم جنسی قبل از تمرینات دخول یا پنیس موجب برانگیختگی و تحرک تمایلات جنسی آنها گردد. انجام تکنیک بی‌حسی دستکشی در بیماران که باعث بی‌حس شدن دست می‌شود بیماران را متقاعد می‌کرد که بیشتر از آن چه فکر می‌کردند توانایی دارند و اینکه شاید ذهنشان آن قدر قوی است که تمایل جنسی را بر انگیزاند و

منابع

1. ...
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. ...
10. ...
11. ...
12. ...
13. ...
14. ...
15. ...
16. ...
17. ...
18. ...
19. ...
20. ...
21. ...
22. ...
23. ...
24. ...
25. ...
26. ...
27. ...
28. ...
29. ...
30. ...
31. ...
32. ...
33. ...
34. ...
35. ...
36. ...
37. ...
38. ...
39. ...
40. ...
41. ...
42. ...
43. ...
44. ...
45. ...
46. ...
47. ...
48. ...
49. ...
50. ...
51. ...
52. ...
53. ...
54. ...
55. ...
56. ...
57. ...
58. ...
59. ...
60. ...
61. ...
62. ...
63. ...
64. ...
65. ...
66. ...
67. ...
68. ...
69. ...
70. ...
71. ...
72. ...
73. ...
74. ...
75. ...
76. ...
77. ...
78. ...
79. ...
80. ...
81. ...
82. ...
83. ...
84. ...
85. ...
86. ...
87. ...
88. ...
89. ...
90. ...
91. ...
92. ...
93. ...
94. ...
95. ...
96. ...
97. ...
98. ...
99. ...
100. ...

یک تجربه (تجارب) منفی قدیمی است، به تدریج نسبت به جفتش همدل تر و حمایت گر می شود. از طرف دیگر اجرای تکنیک های پیش روی به سمت آینده در حالی که بیمار تجربه جنسی زیبایی را در آینده تصور می کرد باعث افزایش اعتماد به نفس و القای امید و رضایت جنسی در بیمار می شد. در تبیین اثربخش بودن هیپنودرمانی شناختی رفتاری جنسی بر بهبود درد جنسی می توان گفت روش های «تأیید خلسه» که بیمار را نسبت به قدرت ذهنش و نسبت به اینکه هیپنوتیزم می تواند به آنها کمک کند مطمئن می ساخت. وقتی بیماران بلند شدن یک دست خود را احساس می کنند که به طور غیر ارادی در هوا معلق می ماند، اغلب متقاعد می شوند که این چیزی که هیپنوتیزم نامیده می شود، در حقیقت، قادر به انجام کاری برای آنهاست. همچنین استفاده از تکنیک بی حسی دستکشی در حالی که دست بیمار را بی حس می کرد بیماران را متقاعد می کرد که بیشتر از آن چه فکر می کردند توانایی دارند و اینکه ذهنشان می تواند دردهای بدنشان را کم کند. در این تکنیک بیماران با استفاده از آموزش های خود هیپنوتیزمی که هم به بیماران و هم به همسرانشان داده شد به راحتی می توانستند تمرینات دخول را با کمترین درد انجام دهند.

مهمترین محدودیت های این پژوهش، تعداد کم نمونه می باشد لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد، تفاوت سطوح شدت اضطراب جنسی آزمودنی ها، وجود موانع فرهنگی در جامعه پیرامون صحبت در مسایل جنسی، بودند. با توجه به این که اثربخشی هیپنودرمانی شناختی رفتاری جنسی در زنان مبتلا به واژینیسموس برای اولین بار در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی در این زمینه، با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در حوزه های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در رضایت زناشویی پیشنهاد می شود که رویکردهای درمان شناختی رفتاری جنسی و درمان هیپنوتراپی شناختی - رفتاری با درمان های فراشناخت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز در بهبود عملکرد جنسی و درمان واژینیسموس به کار گرفته شوند.

Attachment theory is a psychological theory that describes the nature of human relationships. It was developed by John Bowlby and Mary Ainsworth. The theory suggests that the quality of our early relationships with our caregivers shapes our attachment style, which in turn influences our relationships throughout our lives. There are four main attachment styles: secure, anxious-ambivalent, avoidant, and disorganized. Secure attachment is characterized by a strong sense of self and others, and the ability to form healthy relationships. Anxious-ambivalent attachment is characterized by a strong need for approval and a tendency to be overly dependent on others. Avoidant attachment is characterized by a strong need for independence and a tendency to avoid emotional intimacy. Disorganized attachment is characterized by a lack of a clear attachment strategy and a tendency to be fearful and confused in relationships.

The study of attachment theory has important implications for understanding human relationships and mental health. For example, individuals with secure attachment are more likely to have healthy relationships and better mental health outcomes. In contrast, individuals with insecure attachment styles are more likely to experience relationship problems and mental health issues. Therefore, understanding attachment theory can help us better understand ourselves and our relationships, and it can also help us develop strategies to improve our relationships and mental health.

In this study, we explored the effect of cognitive-behavioral hypnosis on attachment style. We hypothesized that cognitive-behavioral hypnosis would help individuals with insecure attachment styles develop a more secure attachment style. To test this hypothesis, we conducted a randomized controlled trial. The study included 40 participants who were randomly assigned to either a cognitive-behavioral hypnosis group or a control group. The hypnosis group received a series of hypnosis sessions designed to help them develop a more secure attachment style. The control group received no hypnosis. We measured attachment style using the Attachment Style Questionnaire (ASQ) before and after the hypnosis sessions. The results of the study showed that the hypnosis group had a significant increase in secure attachment and a significant decrease in anxious-ambivalent and avoidant attachment styles compared to the control group. These findings suggest that cognitive-behavioral hypnosis may be an effective intervention for individuals with insecure attachment styles.

The study also explored the effect of cognitive-behavioral hypnosis on the function index (FSFI) as an indicator of women's sexual function. We hypothesized that cognitive-behavioral hypnosis would help improve the FSFI in women with insecure attachment styles. To test this hypothesis, we conducted a randomized controlled trial. The study included 40 participants who were randomly assigned to either a cognitive-behavioral hypnosis group or a control group. The hypnosis group received a series of hypnosis sessions designed to help them develop a more secure attachment style. The control group received no hypnosis. We measured the FSFI before and after the hypnosis sessions. The results of the study showed that the hypnosis group had a significant increase in the FSFI compared to the control group. These findings suggest that cognitive-behavioral hypnosis may be an effective intervention for improving the sexual function of women with insecure attachment styles.

