

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

Rajae, F., Eshghi, *R.

Abstract

Introduction: The aim of the present research was to study the effects of behavioral-cognitive hypnotherapy on anxiety and sexual performance of Vaginismus patients.

Method: Research methodology was according to quasi-experimental with pretest- posttest design. Statistical population included all vaginismus patients within age range of 20-35 year old in Isfahan, Iran. Research samples were 26 couples selected by available sampling method and assigned into experimental and control groups. While control group was in waiting list, experimental group received behavioral-cognitive hypnotherapy during 2 months interval. All groups were assessed in three steps of pre-test, post-test and follow up by Female Sexual Function Scale(FSFS) and Sexual Anxiety Scale(SAS). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results were shown significant difference between the scores of three research stages for all the research variables. Further, the mean scores of all research variables were obtained in two experimental and control groups. Significantly pretest, posttest and follow-up interaction in group membership were also found for all variables.

Conclusion: Cognitive-behavioral hypnotherapy could improve the sexual anxiety and the sexual function in Vaginismus Patients.

Keywords: Behavioral-cognitive hypnotherapy, Sexual performance, Sexual anxiety, Vaginismus

*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 - 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 - 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 - 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 - 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.

مقدمه

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان یکی از مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان است. تمایلات جنسی، درونی‌ترین احساس و عمیق‌ترین آرزوی قلبی انسان در معنا بخشیدن به یک ارتباط است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به هوا و خواب بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می‌شود (۱). اختلال واژینیسموس یکی از کژکاری‌ها و اختلالات جنسی در زنان است. انجمن روان پزشکی آمریکا واژینیسموس را انقباض غیرارادی عضلات یک سوم خارجی واژن که مانع از مقاربت می‌شود، تعریف کرده است. در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش پنجم^۱، واژینیسموس همراه با دیسپارونیا^۲ و سایر مواردی که دخول جنسی در آنها به سختی صورت می‌گیرند، تحت عنوان یک اختلال واحد به نام «اختلال درد تناسلی - لگنی^۳» آورده شده‌اند (۲). در مطالعه مروری سیستماتیک مشخص شد که ۲۶٪ زنان به اختلالات درد جنسی مبتلا هستند (۳). شیوع اختلال واژینیسموس در کلینیک‌های درمان کژکاری‌های جنسی ۴۲-۵ درصد در بین بیماران مراجعه کننده برای سکس تراپی گزارش شده است، اما با توجه به ماهیت اختلال، احتمالاً زنان بسیار زیادی هستند که به این اختلال مبتلا بوده ولی هیچ وقت برای درمان مراجعه نمی‌کنند (۴، ۵). همچنین شیوع ازدواج به وصال نرسیده که یکی از علت‌های عمده آن واژینیسموس است، در کشورهای مختلف بین ۱۲-۱۷ درصد گزارش شده است (۶، ۷). این اختلال در زنان تحصیل کرده و متعلق به طبقات اجتماعی - اقتصادی بالا بیشتر مشاهده می‌شود (۸). اغلب این اسپاسم‌ها به دلیل عوامل روحی و روانی مانند وجود یک سری مشکلات روانی نظیر افسردگی، اضطراب، نگرانی در مورد ظاهر جسمی (۹، ۱۰) است. سابقه یک رابطه زناشویی دردناک، سابقه تجاوز در دوران کودکی، باورهای نادرست در مورد رابطه زناشویی که یک زن از اطرافیان و دوستانش شنیده، ترس بیش از حد از همسر به دلیل خشونت‌های او و سایر مسائل روانشناختی مانند استرس می‌باشد که می‌تواند به

صورت غیرارادی منجر به انقباض عضلات کف لگن و ایجاد درد شود (۱۱-۱۳).

عملکرد جنسی بخشی از سلامت زن محسوب می‌شود که شامل میل، برانگیختگی، ارگاسم و فرونشینی می‌باشد و ممکن است تحت تأثیر منفی هرگونه استرس، اختلال هیجانی یا ناآگاهی از کارکرد و فیزیولوژی رفتار جنسی قرار گیرد (۲). عملکرد نامطلوب جنسی زنان یک مشکل رایج است که اثرات زیان بخشی بر کیفیت زندگی آنان دارد (۱۱، ۱۴). اختلال در عملکرد جنسی ممکن است در تمام طول عمر وجود داشته باشد یا پس از یک دوره عملکرد طبیعی پدید آید. این اختلال می‌تواند فراگیر، موقعیتی، کلی یا جزئی باشد (۱۴).

مطالعات بسیاری رابطه عملکرد نامطلوب جنسی و اضطراب و افسردگی را نشان داده‌اند (۱۰، ۱۵-۱۷). با توجه به تجربه بالینی محققین در مورد بیماران مبتلا به واژینیسموس که در مطالعه سگراوز و همکاران نیز مورد تأیید قرار گرفته است، بیماری‌های اضطرابی در افراد مبتلا به کژکاری جنسی شیوع بیشتری دارد (۱۸). در یک مطالعه ای به بررسی نقش بالای اضطراب در عملکرد جنسی زنان جوان پرداختند و نشان دادند، اضطراب باعث اجتناب از ارتباط جنسی و رضایت جنسی کمتر می‌شود. نتایج نشان داد اضطراب بالای جنسی کیفیت عملکرد جنسی زنان را محدود می‌کند و یا منجر به اجتناب از فعالیت جنسی می‌شود (۱۹). فردی که پس از احساس ناکامی از عدم مقاربت، مستعد حمله پانیک می‌شود، یا زنی که پس از ترومای تجاوز به عنف، دچار اجتناب از آمیزش جنسی شده یا فردی که از ترس آلودگی به ایدز و ترس از گناه به صورت شرطی دچار عملکرد ناطلوب جنسی می‌شود، همچنین هنگامی که پس از درمان علت عضوی واژینیسموس، هنوز فرد از بیماری خود رنج می‌برد، همه نشان دهنده ارتباط این بیماری با اضطراب می‌باشد. بنابراین احتمالاً درمان اضطراب پس از دستیابی اولیه و شیوع آن، به درمان بیماری کمک می‌کند. همچنین اکثر مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب در بین افراد مبتلا به اختلال جنسی، شایع

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed)

2- dyspareunia

3- genito-pelvic pain disorder

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)؛

- 1- cognitive behavior therapy
- 2- relaxation
- 3- hypnotism
- 4- mental help
- 5- group therapy
- 6- direct motivation
- 7- stop-start
- 8- desensitize

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-IV-TR.

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 دست ها - 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 بی‌حسی 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 بی‌حسی دستکشی- آشنایی با تمرینات کگل به صورت فشرده و آرام و فواید آن.</p>	<p>کاربرد رویکرد حساسیت‌زدایی 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 هیجان‌ها را انجام داده و در طول روز هر کدام از هیجان‌ها 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 اندام‌های غیر تناسلی به همراه تکنیک های هیپنوتیزمی مرکز بر حواس غیرجنسی- بررسی ارتباط کلامی و چگونگی بیان هیجان‌ها 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 بی‌حسی 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 بی‌حسی (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 بی‌حسی 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 FSFI، 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 رضانی 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 سوالات 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 رضانی و همکاران (۵۴) برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۱ به دست آمده است.

1- Multi-Dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire

2- Female Sexual Function Index

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 DSM-IV-TR، 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 ($M_{box}=130/317$, $F=2/042$, $sig=0/135$)، عملکرد جنسی ($M_{box}=49/338$, $F=7/098$, $sig=0/052$) 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 می شود 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 ($p \leq 0/01$). 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 واریانس های 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)

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

تحلیل کواریانس چندمتغیره در مرحله پیگیری با کنترل پیش آزمون هم به همین صورت می باشد. مجذور اتا که مقیاسی برای اندازه اثر است و نشانگر واریانس کلی برای هر عامل می باشد، نشان می دهد 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 می باشد. که این تأثیر در مرحله پیگیری متفاوت می باشد.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) با کنترل پیش آزمون و تحلیل پس آزمون میانگین عملکرد جنسی و اضطراب جنسی گروه های آزمایش و کنترل نشان داد که بین آزمودنی های گروه های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیر های 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

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

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

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

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، ورمنا، 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 می‌شود. 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 همسرت 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 - رفتاری جنسی بر بهبود میل جنسی می‌توان گفت یکی از تکنیک‌هایی که باعث میل زیاد در بیماران گروه هیپنودرمانی شناختی - 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 ناخود آگاه 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 تماشاچی 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 انگیزانند و

منابع

- 1- Bolourian Z, Ganjloo J. Evaluating sexual dysfunction and some related factors in women attending Sabzevar Health Care Centers. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2007; 8(2): 163-70.
- 2- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing. 2013.
- 3- Hayes RD, Bennett CM, Fairley CK, Dennerstein L. Epidemiology: What can prevalence studies tell us about female sexual difficulty and dysfunction? *The journal of sexual medicine*. 2006; 3(4): 589-95.
- 4- Nusbaum MR, Gamble G, Skinner B, Heiman J. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *Journal of Family practice*. 2000; 49(3): 229-32
- 5- Oniz A, Keskinoglu P, Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. *The journal of sexual medicine*. 2007; 4(6): 1575-81.
- 6- Badran W, Moamen N, Fahmy I, El-Karakasy A, Abdel-Nasser T, Ghanem H. Etiological factors of unconsummated marriage. *International journal of impotence research*. 2006; 18(5): 458-63
- 7- Michetti P, Silvaggi M, Fabrizi A, Tartaglia N, Rossi R, Simonelli C. Unconsummated marriage: can it still be considered a consequence of vaginismus? *International journal of impotence research*. 2014; 26(1): 28-30.
- 8- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins. 2010.
- 9- Hubin A, De Sutter P, Reynaert C. Etiological factors in female hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies*. 2011; 20(3): 149-57.
- 10- Kashdan TB, Adams L, Savostyanova A, Ferssizidis P, McKnight PE, Nezlek JB. Effects of social anxiety and depressive symptoms on the frequency and quality of sexual activity: A daily process approach. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49(5): 352-60.
- 11- Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2010; 110(1): 7-11.
- 12- Dewitte M, Van Lankveld J, Crombez G. Understanding sexual pain: A cognitive-motivational account. *Pain*. 2011; 152(2): 251-3.
- 13- Bergeron S, Rosen NO, Morin M. Genital pain in women: Beyond interference with intercourse. *Pain*. 2011; 152(6): 1223-5.
- 14- Bogart LM, Suttrop MJ, Elliott MN, Clemens JQ, Berry SH. Prevalence and correlates of sexual dysfunction among women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Urology*. 2011; 77(3): 576-80
- 15- Goldfarb MR, Trudel G, Boyer R, Préville M. Marital relationship and psychological distress: Its

یک تجربه (تجارب) منفی قدیمی است، به تدریج نسبت به جفتش همدل تر و حمایت‌گر می‌شود. از طرف دیگر اجرای تکنیک‌های پیش‌روی به سمت آینده در حالی که بیمار تجربه جنسی زیبایی را در آینده تصور می‌کرد باعث افزایش اعتماد به نفس و القای امید و رضایت جنسی در بیمار می‌شد. در تبیین اثربخش بودن هیپنودرمانی شناختی-رفتاری جنسی بر بهبود درد جنسی می‌توان گفت روش‌های «تأیید خلسه» که بیمار را نسبت به قدرت ذهنش و نسبت به اینکه هیپنوتیزم می‌تواند به آنها کمک کند مطمئن می‌ساخت. وقتی بیماران بلند شدن یک دست خود را احساس می‌کنند که به طور غیر ارادی در هوا معلق می‌ماند، اغلب متقاعد می‌شوند که این چیزی که هیپنوتیزم نامیده می‌شود، در حقیقت، قادر به انجام کاری برای آنهاست. همچنین استفاده از تکنیک بی‌حسی دستکشی در حالی که دست بیمار را بی حس می‌کرد بیماران را متقاعد می‌کرد که بیشتر از آن چه فکر می‌کردند توانایی دارند و اینکه ذهنشان می‌تواند دردهای بدنشان را کم کند. در این تکنیک بیماران با استفاده از آموزش‌های خود هیپنوتیزمی که هم به بیماران و هم به همسرانشان داده شد به راحتی می‌توانستند تمرینات دخول را با کمترین درد انجام دهند.

مهمترین محدودیت‌های این پژوهش، تعداد کم نمونه می‌باشد لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد، تفاوت سطوح شدت اضطراب جنسی آزمودنی‌ها، 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 می‌شود در پژوهش‌های آتی در این زمینه، با توجه به اهمیت عملکرد جنسی در حوزه های مختلف زندگی و نقش کلیدی آن در رضایت زناشویی پیشنهاد می‌شود که رویکردهای درمان شناختی-رفتاری جنسی و درمان هیپنوتراپی شناختی - رفتاری با درمان‌های فراشناخت و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز در بهبود عملکرد جنسی و درمان واژینیسموس به کار گرفته شوند.

- disorders? *Sexual and Relationship Therapy*. 2009; 24(1): 64-73..
- 31- Ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJ. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010; 33(3): 595-610.
- 32- Aliakbari Dehkordi M, Mohammadi A, Alipor A, Mohtashami T. The effect of Cognitive-Behavioral Therapy on increasing marital adjustment domains in patients with vaginismus. *Journal of Applied Consulting*. 2012; 2(1): 49-62
- 33- Fani S. The effectiveness of cognitive-behavioral treatment of sexual practices on Vazhynism in Isfahan women. Master's thesis, Counseling Psychology, Islamic Azad University of Khomeini Shahr. 2013.
- 34- Eserdag S, Zulfikaroglu E, Akarsu S. ve Kadioglu SM. Treatment outcome of 460 women with vaginismus. *Eur J Surg Sci*. 2011; 2(3): 73-9.
- 35- Pirfalak M, Sodani M, Shafiabadi A. Even the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on reducing marital boredom. *Journal of Counseling and Psychotherapy family*. 2014; 4(2): 247-67.
- 36- Keshavarzekanferani F. The effectiveness of cognitive-behavioral techniques to improve sexual dysfunction in women's orgasm. Master's thesis, Azad University of Khomeini Shahr. 2014.
- 37- Enea V, Dafinoiu I. Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 78: 36-40.
- 38- Badleh M, Fathi M, Aghamohamadiyan H, Ostadi N. Comparison of the effectiveness of hypnotherapy, cognitive - behavioral and cognitive - behavioral therapy on increasing self-esteem in adolescents. *Journal of Mental Health*. 2013; 15(3): 194-204.
- 39- Roberston D. A Brief introduction hypnotherapy cognitive-behavioral hypnotherapy. 2007.
- 40- Daved T. Cognitive therapy hypnosis. Mash'had: Bamshad Publication. 2008.
- 41- Bisson JJ. Adding hypnosis to cognitive behavioural therapy may reduce some acute stress disorder symptoms. *Evidence-based mental health*. 2005; 8(4): 109.
- 42- Maleki delarstaggi A. Congress on family and sexual problems. Shahed University, Tehran. 2005.
- 43- KhezriMoghadam N, BaniAsadi H, Kahrazi F. The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of chronic tension headache disorder. *Journal of Education and Psychology*. 2005; 3: 1-16.
- 44- PourHossien R, Bahrami E. Hypnotherapy in the treatment of Vaginismus: a case report. *Proceedings of Social and Behavioral Sciences*. 2011; (15): 3889-6.
- 45- Keshavarz A, HeyraniMoghadam A, Akbarzadeh R. Treatment of vaginismus with mental imagery and hypnosis (Case Study). Third correlates and treatments. *Sexual and relationship therapy*. 2007; 22(1): 109-26.
- 16- Byers ES. Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of sex research*. 2005; 42(2): 113-8.
- 17- Laurent SM, Simons AD. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical psychology review*. 2009; 29(7): 573-85.
- 18- Hamid N, Dehghanizadeh Z, Asghar Firuzi A. Effects of Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function in Women with Vaginismus Disorder. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*. 2012; 15(20).
- 19- Hartman D. Therapy of Vaginismus by Hypnotic Desensitization. *Journal of Heart Centered Therapies*. 2010; 13(1): 107-8.
- 20- Mohamadi A. The effect of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety and increasing sexual function and marital satisfaction in patients with vaginismus. Master's thesis. General Psychology, University of Isfahan. 2012.
- 21- Jaberi P, Mehrabi F, Mahyar A. Cognitive-behavioral techniques in the treatment of women with sexual phobia. *Journal of thought and behavior*. 1999; 5(1): 79-91.
- 22- Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *pain*. 2009; 141(1): 31-40.
- 23- Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2005; 47(4): 229-42.
- 24- Kajbaf MB. Sexual psychology (theories and perspectives) Tehran: Ravan Publication. 2012.
- 25- Hawton K, Salkvovs S. Behavioral therapy - cognitive. Tehran: Arjmand Publication. 2012.
- 26- Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2004; 1(1): 66-8.
- 27- Eshghi, R. The effectiveness of behavioral counseling - sexual knowledge on improving women's sexual frigidity in Isfahan, Master's thesis, Clinical Psychology, University of Isfahan. 2006.
- 28- Kajbaf MB, Faramarzi S, Hossieni F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on female frigidity and marital intimacy in women frigidity of Bandar Abbas. *Journal of Counseling and Psychotherapy family*. 2012; 2(3): 307-21.
- 29- Salehzadeh M, Kabaf MB, Molavi H, Zolfaghari M. The effectiveness of cognitive behavior therapy on sexual dysfunction in women. *Psychological Studies, Faculty of Education and Psychology University of Alzahra*. 2011; 7(1): 11-31.
- 30- Hoyer J, Uhmman S, Rambow J, Jacobi F. Reduction of sexual dysfunction: by-product of cognitive-behavioural therapy for psychological

- International Conference on Psychology, Counseling and Guidance, Izmir, Turkey. 2012.
- 46- Biglarkhani B. The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of vaginismus. Master's thesis, Tehran Islamic Azad University. 2013.
- 47- Özcan Ö, Elbozan Cumurcu B, Karlida Ğ R, Ünal S, Aktan Mutlu E, KARTALCI Ş. Attachment styles in women with vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16(1).
- 48- Lotfifar B, Karami A, Sharifi daramadi P, Fathi M. The effectiveness of hypnosis for anxiety. *Journal of Medicine*. 2013; 37(3): 164-70.
- 49- Ghorbannezhad M. The effectiveness of hypnosis in reducing anxiety and depression in patients with type 2 diabetes in Isfahan. Master's thesis in clinical psychology, Islamic Azad University. 2013.
- 50- Bryant RA, Moulds ML, Nixon RD, Mastrodomenico J, Felmingham K, Hopwood S. Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour research and therapy*. 2006; 44(9): 1331-5.
- 51- Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Intl Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55(2): 147-66.
- 52- Dundas I, Hagtvet KA, Wormnes B, Hauge H. Does self-hypnosis add to the effectiveness of a cognitive-behavioral intervention against test anxiety? *Nordic Psychology*. 2013; 65(3): 224-41.
- 53- Burrows GD, Stanley RO, Bloom PB. *International handbook of clinical hypnosis*: John Wiley & Sons. 2002
- 54- Ramezani M, Ghaemmaghami A, Talakar M, Saadat S, Zamani E, Shams J, et al. Reliability and Validity Assessment of Multi-Dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire in Iran. *Iran J Military Med*. 2013; 14(4): 249-54.
- 55- Snell WE. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. *Handbook of sexuality-related measures*. 1998; 521-4.
- 56- Rosen CB, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. D'Agostino, R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2000; 26(2): 191-208.
- 57- Mohamadi KH, Heydari M, Faghihzade S. Validity of the Persian version of the female sexual function index (FSFI) as an indicator of women's sexual function. *Payesh*. 2008; 7(3): 269-78.
- 58- Hammond K. *A guide hypnotic suggestions and metaphors*. Intelligent Signal Processing: Tehran. 1990.