رویش روان شناسی، سال۱۰ ، شماره۴، شماره پیاپی ۶۱، تیر ۱۴۰۰
*Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(4), 2021*

# مقایسه اثربخشی هیپنوتیزم بالینی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری(CBH) بر علائم جسمی و رضایت جنسی زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا شهر گرگان

# Comparison of the effectiveness of clinical hypnosis and cognitive-behavioral hypnotherapy (CBH) treatment on physical symptoms and sexual satisfaction of women with fibromyalgia syndrome in Gorgan

**مهدیه کلبادی نژاد**
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
**دکتر جوانشیر اسدی**(نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
**دکتر مهدی پوراصغرعربی**
دانشیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران. (استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان).
**دکتر مهرداد آقایی**
دانشیار، گروه روماتولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. (استاد مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان).

**Mahdieh Kolbadi nejad**
Ph.D Candidate of Psychology, Department of psychology, faculty of human sciences, Gorgan branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
**Dr. Javanshir Asadi***
Assistant Professor, Department of Psychology, faculty of human sciences, Gorgan branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.
*Ardeshir.asadi@yahoo.com*
**Dr. Mehdi Pourasghar arabi**
Associate Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (Invited Professor of Islamic Azad University Gorgan branch).
**Dr. Mehrdad Aghaei**
Associate Professor, Department of Rheumatology, School of Medicine, Golestan University of Medical Science, Gorgan, Iran. (Invited Professor of Islamic Azad University Gorgan branch).

## چکیده
هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی هیپنوتیزم بالینی و درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) بر علائم جسمی و رضایت جنسی زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا شهر گرگان بود. دراین پژوهش از طرح های تک آزمودنی (A-B-A) استفاده شد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می باشند که در سال ۹۸ به مراکز درمانی شهر گرگان مراجعه کرده اند. با توجه به طرح پژوهش حاضر از تعداد ۹ مراجع استفاده شد. از این تعداد ۳ بیمار درمان هیپنوتیزم بالینی و ۳ بیمار درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) دریافت کردند. سه بیمار نیز در گروه در انتظار درمان به عنوان کنترل جای گرفتند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه علائم جسمی پاول و انرایت (PE_PSQ) (۱۹۹۱) و پرسشنامه چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) (۱۳۹۳) استفاده شد. مداخلات درمانی برای گروه‌های آزمایشی به مدت ۸ جلسه برگزار شد، یک گروه نیز مداخله ای دریافت نکرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی، درصد بهبودی استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده می توان بیان داشت که در رابطه با رضایت جنسی درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم بالینی با ۵۹/۳۶ درصد بهبودی اثربخشی بیشتری داشته است، همچنین در علائم جسمی درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم بالینی اثربخشی با ۵۷/۱۴ درصد بهبودی موثرتر

## Abstract
The aim of this study was to compare the effectiveness of clinical hypnosis and cognitive-behavioral hypnotherapy (CBH) treatment on physical symptoms and sexual satisfaction of women with fibromyalgia syndrome in Gorgan. In this study, single-subject designs (A-A-B) were used. The statistical population includes all women with fibromyalgia syndrome who have referred to medical centers in Gorgan. According to the present research design, 9 references were used. Of these, 3 patients received clinical hypnosis treatment and 3 patients received cognitive-behavioral hypnotherapy (CBH) treatment. Three patients were included in the non-intervention group as a control. In order to collect data, Powell and Enright's (1991) Physical Symptoms Questionnaire (PE_PSQ) and Multidimensional Female Sexual Satisfaction Questionnaire (SSSW) (2014) were used. Therapeutic interventions for experimental groups were held for 8 sessions, and one group did not receive any intervention. To analyze the data, graph analysis methods, stable change index, clinical significance, recovery percentage were used. According to the obtained results, it can be stated that in terms of sexual satisfaction, cognitive-behavioral hypnotherapy treatment was more effective than clinical hypnosis with 59.36% improvement, also in physical symptoms of cognitive-behavioral hypnotherapy treatment

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

بوده است. به طور کلی بر اساس یافته های به دست آمده می توان گفته هردو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیرهای پژوهش تاثیر بیشتری بگذارند. بنابراین توصیه می شود پزشکان در درمان این سندرم به درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری نیز توجه داشته باشند.

***واژه‌های کلیدی:*** *فیبرومیالژیا، هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH)، هیپنوتیزم بالینی، رضایت جنسی، علائم جسمی، زنان.*

compared to clinical hypnosis. The effectiveness was more effective with a 57.14% improvement. In general, based on the findings, it can be said that both treatments could have a greater impact on research variables than the non-intervention group. Therefore, it is recommended that physicians pay attention to treatment such as cognitive-behavioral hypnotherapy in the treatment of this syndrome

***Keywords:*** *Fibromyalgia, Cognitive-Behavioral Hypnotherapy (CBH), Clinical Hypnosis, Sexual Satisfaction, Physical Symptoms, Women.*

**نوع مقاله : پژوهشی** | **دریافت : فروردین ۱۴۰۰** | **پذیرش: اردیبهشت ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی : تیر ۱۴۰۰**

## مقدمه

سندرم فیبرومیالژیا(FMS) یک بیماری بسیار شایع و مزمن ماهیچه‌ای– اسکلتی می‌باشد که با درد گسترده و وجود نقاط حساس منتشر در غیاب هرگونه التهاب یا نابهنجاری ماهیچه‌ای –اسکلتی مشخص می‌گردد (کانورنسو، پولی، کیانسچنی، بازچی، ژمینانی[۲] ۲۰۱۹). این سندرم با علائمی نظیر خستگی، بی‌خوابی، سفتی صبحگاهی، اضطراب و افسردگی همراه است و نقص‌های شناختی نظیر فراموشی و دشواری در تمرکز به وفور در بیماران مبتلا مشاهده می‌شود (گالوز-سانچز، دوسچک، دلپاسو[۳] ۲۰۱۹). سبب شناسی این بیماری به طور کامل شناخته شده نمی‌باشد با این حال به نظر می‌رسد که هم عوامل ژنتیکی و هم محیطی و روانشناختی در شکل-گیری آن دخیل می‌باشند (ریکو-ویلدامورس[۴] و همکاران، ۲۰۱۲). مطالعه روی بیماری های مزمن به ویژه فیبرومیالژیا با توجه به آسیب‌ها و مشکلات همراه یکی از ضرورت های پژوهشی به شمار می‌رود. در سنین بین ۲۰ تا ۵۵ سال، علت درد عمومی و اسکلتی عضلانی در اکثر خانم‌ها فیبرومیالژیا است. شیوع درد منتشر مزمن را ۱۴/۶ درصد و شیوع فیبرومیالژی را ۴ درصد گزارش کرده اند. از این میان ۹۲/۵ درصد زن و تنها ۷/۵ درصد مرد بوده اند. هزینه های بالای اقتصادی برای سیستم بهداشت و درمان (ویزیت های پزشکی، مشاوره تخصصی، آزمایش های تشخیصی ، داروها و سایر روش های درمانی) و نیروی کار (مرخصی بیمار ، میزان بالای غیبت و کاهش بهره وری مرتبط با کار) یکی از دلایل عمده مطالعه برای روان درمانی این اختلال است (پلیژار[۵] ۲۰۱۷).

در کنار علائم جسمانی این بیماران مشکلات عمده ای نیز وجود دارد که به عنوان شکایت اصلی می‌تواند روند و فرایند درمان را تحت تاثیر قرار دهد. یکی از شکایت‌های عمده این بیماران کاهش روابط جنسی در آن‌ها می باشد (سارافینو[۶] ۲۰۱۱). طیفی از علائم در اختلال فیبرومیالژیا باعث افزایش احتمال نقص در عملکرد جنسی می شود (کولادو-ماتو، الویرز، ادسور و گوسی[۷] ۲۰۱۸). از سوی دیگر یکی از علت‌های کاهش رضایت جنسی ابعاد روانی اجتماعی این اختلال است چرا که افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا به دلیل مشکلات ارتباطی با دیگران معمولا رضایت جنسی پایین تری را نیز تجربه می‌کنند (اورانلا، گارکتوس، گالیستو و لارسو[۸] ۲۰۰۹). افزایش نارضایتی جنسی در بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا با عوامل مختلفی از جمله درد، خستگی، سفتی، اختلالات عملکردی، تصویر منفی بدن، سوء استفاده جنسی و دارو درمانی مرتبط است (آکایا، آکایا، آکار، گاتبلس و شاهین[۹] ۲۰۱۳). شواهد تجربی نیز از این مساله حمایت نموده و نشان می‌دهد که همبستگی معناداری بین اختلالات و علائم همراه سندروم فیبرومیالژیا و کاهش عملکرد جنسی وجود دارد (یالمز، یالمز،

1. Fibromyalgia syndrome
2. Conversano, Poli, Ciacchini, Hitchcott, Bazzichi, Gemignani
3. Galvez-Sánchez, Duschek, del Paso
4. Rico-Villademoros
5. Plazier
6. Sarafino
7. Collado-Mateo, Olivares, Adsua , Gusi
8. Orellana, Gratacós, Galisteo, Larrosa
9. Akkaya, Atalay, Acar, Catalbas, Sahin

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

پولات، سالی، ارکین و اقورلو[۱] ۲۰۱۲). در پژوهشی که توسط کایان، کویوک، ساتان، ایقان، ارسلان وایلاک(۲۰۱۶) انجام شده است نتایج نشان می‌دهد که تعداد زیادی از بیماران دچار عدم تمایل جنسی و اختلال در برانگیختگی جنسی هستند (کایان و همکاران، ۲۰۱۶).

با توجه به وجود مشکلات عدیده در افراد مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا لازم است تا به دنبال راهکارهایی برای کاهش مشکلات آن بود. بررسی شواهد در این راستا نشان می‌دهد که انواع گسترده ای از مداخلات روانشناختی برای این بیماران مورد استفاده قرار گرفته است (پاپیودوپولو[۳] و همکاران، ۲۰۱۶). رویکرد مداخله ای سندرم فیبرومیالژیا طی سال‌های اخیر تکامل یافته است (مک فارلن[۴] و همکاران، ۲۰۱۷). تئوهاریدس[۵] همکاران (۲۰۱۵) معتقدند مشکلات چند بعدی این بیماران باعث شده است که درمان آن‌ها با سختی همراه باشد.

به همین دلیل بسیاری از پژوهشگران صرف تمرکز بر علائم جسمانی را به عنوان یک هدف درمانی کافی نمی‌دانند (اشمیت-ویکل و دیرز[۶] ۲۰۱۷).

علی رغم تاکید برخی از محققین بر روش هیپنوتیزم بالینی (هیپنوتراپی) برای افراد مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا، در حال حاضر فقط چند مطالعه بالینی منتشر شده برای ارزیابی هیپنوتیزم در زمینه این اختلال انجام شده است (الکینز، جنسن و پترسون[۷] ۲۰۰۷). درمان هیپنوتراپی از آن جهت مفید است که آرام‌سازی عضلات را تسهیل می‌کند، میزان تلقین‌پذیری را بالا می‌برد و تصویرسازی ذهنی را ممکن می‌سازد. از همه مهم‌تر تجسم در زمان هیپنوتیزم کیفیت واقعی‌تری نسبت به زمانی دارد که همان اتفاق فقط تجسم می‌شود. مطالعات اخیر نشان داده است زمانی که به فردی تلقینی برای احساسی مانند درد داده می‌شود، دقیقاً همان قسمت مغز مرتبط با آن فعال می‌گردد (والترز و اوکلی[۸] ۲۰۱۳). باید افزود که در هیپنوتراپی، افرادی که تلقین‌پذیری بیشتری داشته باشند پاسخ بیشتری به تلقینات بی‌دردی می‌دهند. در واقع، هیپنوتراپی نیز شبیه تکنیک توجه برگردانی در درمان شناختی رفتاری توجه فرد از موضع درد به موضوعات دیگری معطوف شده و این حالت موجب می‌گردد که احساس درد به شکل ضعیف‌تری ادراک گردد. هیپنوتراپی اغلب حالتی پدید می‌آورد که توجه به تصورات داخلی را زیاد و به محرک‌های محیطی را کم می‌کند (کراویتس[۹] ۲۰۱۳). در همین راستا، محققان به ساز و کارهای عصبی جسمانی پی برده‌اند که باعث تسکین درد به هنگام هیپنوتراپی می‌شود و در این میان نقش آزاد شدن اندروفین‌ها قابل توجه بوده است (سارافینو؛[۱۰] ۲۰۱۱).

برخی از محققان از جمله آدلر، نیل و زیدان[۱۱](۲۰۱۷) در راستای ارائه بهترین راهبردهای مداخله ای برای این بیماران معتقدند که پروتکل‌های درمانی مؤثر باید از یک روش چند عاملی استفاده کنند تا علائم جسمی و علائم همبود این بیماران را بهبود بخشند. رایج ترین درمان درحال حاضر درمان شناختی رفتاری است اما اثربخشی محدود آن باعث شده است که برخی از روانشناسان به روش‌های دیگری روی آورند، چرا که دردهای ناشی از این بیماری به قدری است که باعث می‌شود بیمار توان کافی برای مقابله با آن و ایجاد آرامش در بدن خود را نداشته باشد (مک کری و همکاران[۱۲] ۲۰۲۰). در واقع برخی از نظریه ها بر این باورند که در حالت طبیعی فرایندهای ذهنی و مقاومت های فرد اجازه نمی دهد تا بتوان تغییرات شناختی و رفتاری را برای مقابله با درد و استرس فراهم نمود (میلبورن،[۱۳] ۲۰۱۱). اعتقاد این دسته از روانشناسان بر این است که روش شناختی رفتاری توانایی و قدرت لازم برای کاهش درد جسمانی را به ویژه

---

1. Yilmaz, Polat, Salli, Erkin, Ugurlu
2. Kayhan, Küçük, Satan, İlgün, Arslan
3 Papadopoulou
4 Macfarlane
5.Theoharides
6.Schmidt-Wilcke, Diers
7 .Elkins, Johnson, Patterson
8. Walters , Oakley
9. Kravits
10 . Sarafino
11. Adler-Neal, Zeidan
12 . McCrae
13. Milburn
14. Syrjala,Cummings, Donaldson
15.Anuhgera, Kuncoro, Sumarni, Mardiyono, Suwondo

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

در مراحل اولیه درمان ندارد (سریجالا، کومنیگز و دونالدسون[1] ۱۹۹۲). با توجه به نوع بیماری و درد شدید در این نوع بیماران این نوع مداخلات دچار مشکل می شود. چرا که درمان شناختی رفتاری نیازمند زمان و تغییر رفتار و باورهای فرد است که با وجود درد مزمن این مسئله اندکی با دشواری همراه است. به همین دلیل به نظر می رسد استفاده از رویکردهای همراه از جمله هیپنوتراپی که می تواند به کاهش احساس درد کمک نماید، بتواند نتایج درمان شناختی رفتاری را افزایش دهد. (آنوگرا، کونکرو، سومرانی، مردینو و سوندو[2] ۲۰۱۷). با هیپنوتراپی شناختی رفتاری می توان ارتباط سالمی با ذهن بیمار ایجاد نمود تا بتواند فارغ از محدودیت ها و مکانیسم های دفاعی در اعماق ذهن ناخودآگاه خود اثرات درمانی را دریافت کند (کرفت[3] ۲۰۱۱). به نظر می رسد ترکیب دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی می تواند به صورت مکمل نقاط ضعف یکدیگر را برای این بیماری که متضمن استفاده از روش های ترکیبی است کاهش دهد. با این حال این موارد بیشتر جنبه نظری و تئوری دارد و شواهدی مبنی بر انجام یک پروتکل ترکیبی و سازگار آن با روش های دیگر وجود ندارد. از این رو در این مطالعه به‌دنبال پاسخگویی به این سوال اساسی هستیم که آیا بین اثربخشی هیپنوتیزم بالینی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری (CBH) بر علائم جسمی و رضایت جنسی زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا شهر گرگان تفاوت وجود دارد؟

## روش

در این پژوهش از طرح های تک آزمودنی، A-B-A استفاده گردید. جامعه آماری شامل کلیه زنان مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می باشند که در سال ۹۸ به مراکز درمانی شهر گرگان مراجعه نموده اند. بیماران واجد شرایط که توسط پزشک فوق تخصص روماتولوژی تشخیص فیبرومیالژیا گرفته اند به درمانگر ارجاع داده شدند. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند می باشد. با توجه به طرح پژوهش حاضر تعداد ۹ شرکت کننده با توجه به ملاکهای ورود انتخاب شدند سپس به طور تصادفی در ۳ گروه سه نفره قرار گرفتند. ۳ بیمار درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری و ۳ بیمار هیپنوتیزم بالینی دریافت کردند. سه بیمار نیز در گروه در انتظار درمان جای گرفتند. ملاک های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از؛ متاهل بودن، عدم دریافت درمان های روانشناختی منسجم قبل از ورود به پژو هش، حداقل سن ۲۰ سال و حداکثر ۶۰ سال، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی، ابتلاء فرد به سندروم فیبرومیالژیا، نداشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، نداشتن بیماری‌های جدی طبی؛ شامل نارسایی شدید کبدی و کلیوی، عدم وجود ملاک های کامل اختلال شخصیت ضد اجتماعی که کلیه موارد از طریق اخذ شرح حال و اطلاعات پرونده بیماران ارزیابی شد. ملاک خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از یک جلسه، ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی و یا سایر بیماری‌های جسمانی مزمن در حین فرآیند درمان و عدم رضایت برای ادامه همکاری در روند پژوهش بود.

### ابزار سنجش

**پر سشنامه علائم جسمی(PE_PSQ) :** پر سشنامه علائم جسمی که توسط پاول و انرایت (۱۹۹۱) به‌منظور سنجش نشانه های جسمی همچون طپش قلب، سرگیجه و ... تهیه شده است دارای ۱۸ گویه است. نمره گذاری این پرسشنامه در ۴ درجه (۰، ۱، ۲ و ۳) می باشد. شیوه نمره گزاری این ابزار به این صورت است که نمره‌های به دست آمده را جمع کرده و سپس نمره بین ۰ تا ۱۸:میزان نشانه های جسمی پایین، نمره بین ۱۸ تا ۳۶ میزان نشانه های جسمی متوسط و نمره بالاتر از ۳۶ میزان نشانه های جسمی بالا را نشان می دهد. در نسخه اصلی بررسی ساختار عاملی این ابزار به منظور تعیین روایی سازه که توسط سازندگان آن انجام شد نشان داد که کلیه آیتم ها را یک عامل اصلی با روایی ۶۶/۵۵ درصد تبیین می کند. همچنین ضریب پایایی آن را براساس آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۵ بدست آمد. بر این اساس می توان گفت این ابزار یک مولفه اساسی یعنی نشانه ها جسمانی را مورد سنجش قرار می دهد (پاول و انرایت ،۱۳۷۸). در ایران هاشمی و جوکار (۱۳۹۰) ضریب اعتبار محتوا پرسش نامه را ۰/۵۶ و پایایی این پرسشنامه از طریق دوبار اجرا به فاصله دو هفته در شهر اصفهان را ۰/۶۸ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۹ به‌دست آمده است.

[3] .Kraft

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

**پرسشنامه چند بعدی رضایت جنسی زنان[1](SSSW)**: مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان توسط روشن چسلی، میرزائی و نیک آذین (۱۳۹۳) اعتبار و پایایی آن محاسبه شده که دارای ۵ بعد و ۳۰ گویه می باشد. شیوه نمره گذاری این پرسشنامه براساس طیف ۵ درجه ای لیکرت از کاملا موافق تا کاملا مخالف می باشد. این پرسشنامه دارای ۵ بعد اصلی است. از این ابعاد دو بعد به مسائل ارتباطی و سه بعد دیگر به مسائل شخصی در مورد زندگی جنسی فرد می پردازد. این سه بعد شامل گویه های قابل فهم و آسان برای پاسخدهی می باشد که به بررسی بحث در مورد مسائل هیجانی و جنسی(ارتباط)، سازگاری بین زوجین برحسب عقاید، علایق، میل و جذابیت های جنسی(سازگاری)، و بسندگی کلی از جنبه های جنسی و هیجانی ارتباط (بسندگی رضایت) می پردازند. دو بعد دیگر بیشتر به نگرانی ها و دلواپسی های شخصی و رابطه ای می پردازند. نمرات هر بعد از مجموع سوالات آن بعد به دست می آید. نمره بالاتر به معنای رضایت بیشتر است. روشن چسلی، میرزائی و نیک آذین (۱۳۹۳) روایی صوری این ابزار را برابر ۰/۷۶ و ضریب پایایی بر اساس آلفای کرونباخ برای نمره کل را ۰/۹۶ بهدست آوردند که قابل قبول بود. ضرایب باز آزمایی برای نمره رضایت جنسی و ابعاد آن از ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ متغیر بود. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۹۳ بهدست آمده است.

**هیپنوتراپی**- در پژوهش حاضر هیپنوتراپی طی ۸ جلسه (هرهفته ۱ جلسه یک ساعته) به صورت انفرادی توسط خود پژوهشگر با کد کارآزمایی بالینی IRCT20191130045558N1 اجرا شد. در جدول زیر محتوا و جلسات درمانی به طور خلاصه آورده شده است.

**جدول۱. محتوای جلسات درمانی هیپنوتیزم بالینی در هر هفته**

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| جلسه اول | مصاحبه و اخذ شرح حال و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم و ارزیابی مراجع |
| جلسه دوم | تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی سازی در جهت هیپنوتیزم سریع برای جلسات بعدی |
| جلسه سوم | تقویت ایگو (در جهت افزایش تاب اوری ارامش حین خواب و کنترل بیشتر علایم جسمی و رضایتمندی روابط جنسی) |
| جلسه چهارم | تلقینات مستقیم در جهت افزایش تاب اوری و کنترل درد |
| جلسه پنجم | تلقینات مستقیم در جهت بهبود روابط جنسی |
| جلسه ششم | بازگشت سنی به تجربیات آسیب رسان گذشته |
| جلسه هفتم | پیشرفت سنی به زمانی که مراجع به توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است |
| جلسه هشتم | جمع بندی جلسات قبلی و آموزش خود هیپنوتیزم |

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری- در پژوهش حاضر، افراد طی ۸ جلسه (هفته ای ۱ جلسه یک ساعته) تحت درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری قرار گرفتند که توسط خود پژوهشگر با کد کارآزمایی بالینی IRCT20191130045558N1 اجرا شد. در جدول زیر محتوا و جلسات درمانی به طور خلاصه آورده شده است(هاموند، ۱۳۹۲).

**جدول۲. محتوای جلسات درمانی درمان شناختی درمانی هیپنوتیزمی در هر هفته**

| جلسات | محتوای جلسات |
|---|---|
| جلسه اول | خوش آمدگویی، معارفه، ارزیابی های اولیه و آشنایی با برنامه+ فرم فعالیت روزانه و رفع سوء برداشت از هیپنوتیزم |
| جلسه دوم | اشنایی با چرخه احساس افکار رفتار و افکار خودایند منفی + بازبینی فرم فعالیت روزانه + تجربه خلسه هیپنوتیزمی و شرطی سازی |
| جلسه سوم | بازبینی فرم فعالیت روزانه + آشنا نمودن مراجع با نحوه تکمیل فرم افکار خودایند(یافتن افکار خودایند منفی و احساسات همراه افکار منفی و یافتن پاسخ های مثبت) تقویت ایگو( تقویت توانمندی در فعالیت های روزانه و مشکلات مرتبط با بیماری) |
| جلسه چهارم | بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند+ تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکارخود ایند منفی ذکر شده در جلسه، |

[2]. Self Sexual Satisfaction of Women

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

| | |
|---|---|
| جلسه پنجم | بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند + تلقینات مستقیم مرتبط با کنترل افکار خود ایند منفی ذکر شده در جلسه |
| جلسه ششم | بازبینی فرم فعالیت روزانه + بازبینی فرم افکار خودایند+ بازگشت سنی به تجربیات اسیب رسان گذشته |
| جلسه هفتم | بازبینی فرم افکار خودایند + پیشرفت سنی به زمانی که مراجع بع توانایی مدیریت شرایط بیماری دست یافته است |
| جلسه هشتم | بازبینی فرم افکار خودایند + جمع بندی جلسات قبلی و اموزش خود هیپنوتیزم |

در این مطالعه متغیر وابسته سه بار در طی مرحله خط پایه و ۴ بار در مراحل درمانی (بعد از جلسات دوم، چهارم، ششم و هفتم) یعنی زمانی که متغیر مستقل ارائه می شود اندازه گیری شد. برای اندازه گیری خط پایه حداقل سه بار اندازه گیری مورد نیاز است (بارلو و هرسن، ۱۹۹۴؛ نقل از بیابانگرد، ۱۳۸۶). لذا قبل از اجرای متغیر مستقل، متغیر وابسته از بیست روز قبل با فاصله یک هفته ای تا روز اجرای جلسه مقدماتی به منظور اندازه گیری خطوط پایه مورد اندازه گیری قرار گرفت و نتایج آنها با مشاهدات دیگری که در خلال درمان یا پس از آن به دست امد، مقایسه شد. با مقایسه اندازه های پس از درمان با اندازه های خط پایه، اثربخشی درمان مشخص گردید. لازم به ذکر است که تکمیل کننده پرسشنامه ها فردی به غیر از درمانگر است که در جریان درمان نیز نمی باشد، تمامی مراحل درمان در روش های درمانی توسط پژوهشگر انجام گرفته است. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده در این پژوهش بدین صورت بود که در ابتدا هدف از اجرای ازمون صادقانه و به دور از ابهام توسط درمانگر برای شرکت کنندگان بطور کامل توضیح داده شد و گفته شد چنانچه مایل باشند نتایج را بدانند بعد از اجرای پژوهش به آن ها گزارش می شود. همچنین افراد شرکت کننده در هر زمانی که مایل به کناره گیری از پژوهش باشند می توانند کناره گیری کنند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی و درصد بهبودی استفاده شد. بهترین روش برای بررسی معناداری فرضیه و اثربخشی مداخلات موردی روش جاکوبسن و تراکس است. داده ها از طریق نرم افراز Spss-۲۶ مورد تجزیه وتحلیل قرار گرفتند.

## یافته‌ها

مشخصات و سوابق نمونه ها براساس پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت. سن شرکت کنندگان گروه هیپنوتیزم بالینی ۳۷، ۳۸ و ۴۰ سال و میانگین سن آنها ۳۸/۳۳ سال بوده است. سن شرکت کنندگان گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری نیز ۳۹، ۴۰ و ۴۱ سال و میانگین سن آنها ۴۰ سال بوده است. همچنین سن شرکت کنندگان گروه در انتظار درمان ۳۸، ۳۹ و ۴۰ سال و میانگین آن ۳۹ سال بوده است. میزان تحصیلات شرکت کنندگان درمان هیپنوتراپی ۱ نفر لیسانس و دو نفر فوق لیسانس بود. در گروه هیپنوتراپی شناختی رفتاری ۲نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بود و در گروه در انتظار درمان بصورت ۱ نفر دیپلم، ۱نفر لیسانس و ۱ نفر فوق لیسانس بود.

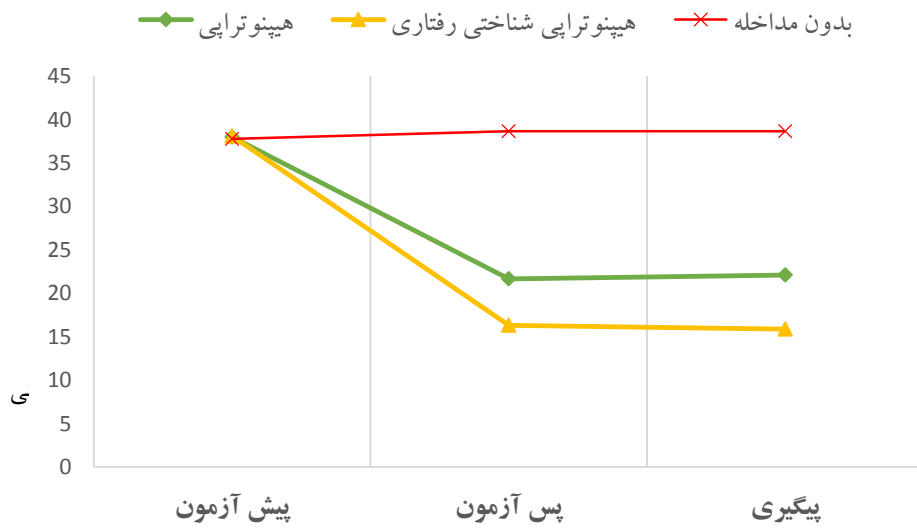
**جدول۳ مقایسه اثربخشی مداخلات در افزایش علائم جسمی بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی کل**

| مولفه ها | شاخص ها / مداخله | هیپنوتیزم بالینی | هیپنوتراپی شناختی رفتاری | بدون مداخله |
|---|---|---|---|---|
| علائم جسمی | متوسط خط پایه | ۳۸/۰۰ | ۳۸/۱۱ | ۳۷/۷۸ |
| | پس آزمون | ۲۱/۶۷ | ۱۶/۳۳ | ۳۸/۶۷ |
| | انحراف استاندارد کل | ۷/۳۶ | ۹/۹۹ | ۰/۵۰ |
| | خطای معیار اندازه گیری | ۲/۹۴ | ۲/۹۴ | ۲/۹۴ |
| | تفاوت پیش آزمون-پس آزمون | ۱۶/۳۳ | ۲۱/۷۸ | -۰/۸۹ |

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

| | | | |
|---|---|---|---|
| شاخص تغییر پایا*پس آزمون | -۳/۹۳ | -۵/۲۴ | ۰/۲۱ |
| درصد بهبودی پس از مداخله | ۴۲/۹۸ | ۵۷/۱۴ | -۲/۳۵ |
| متوسط پیگیری | ۲۲/۱۱ | ۱۵/۸۹ | ۳۸/۶۷ |
| تفاوت پیش آزمون-پیگیری | ۱۵/۸۹ | ۲۲/۲۲ | -۰/۸۹ |
| شاخص تغییر پایا*پیگیری | -۳/۸۲ | -۵/۳۴ | ۰/۲۱ |
| درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله | ۴۱/۸۱ | ۵۸/۳۱ | -۲/۳۵ |

به منظور بررسی یافته های پژوهش و معناداری اثربخشی مداخلات درمانی بر علائم جسمانی بیماران فیبرومیالژیا از روش جاکوبسن و تراکس استفاده شد. در این روش ابتدا شاخص تغییر پایا-پس آزمون و سپس شاخص تغییر پایا-پیگیری انجام شد. همچنین میزان درصد بهبودی نیز در دو مرحله پس آزمون و پیگیری محاسبه گردید. نتایج جدول (۳) مبین آن است که در رابطه با علائم جسمانی بیشترین اثربخشی میزان درصد بهبودی پس از مداخله مربوط به هیپنوتراپی شناختی رفتاری با ۵۷/۱۴ درصد تاثیر بوده است. همچنین درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله برای روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری برابر با ۵۸/۳۱ گزارش شده است که در مقایسه با هیپنوتراپی موثرتر بوده است. به طور کلی بر اساس یافته های به دست آمده می‌توان بیان داشت هر دو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیر علائم جسمی تاثیر بگذارند.



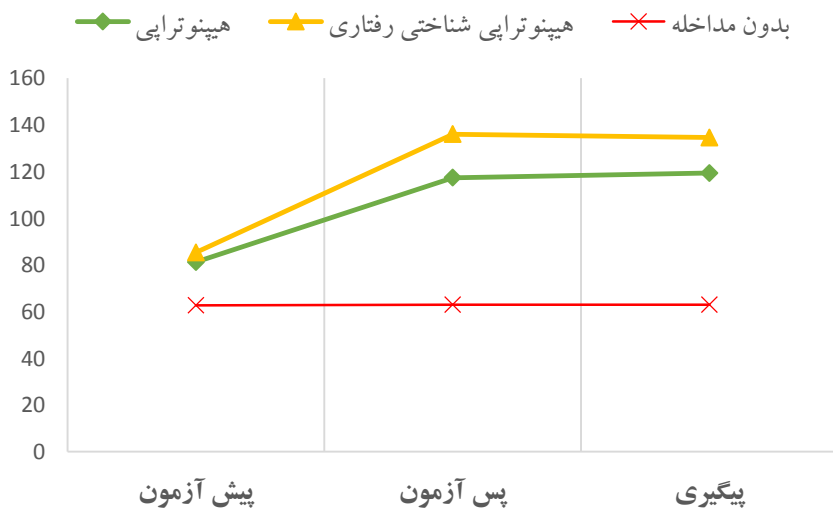

بر ا ساس نمودار (۱) هر دو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند علائم جسمانی را کاهش دهند. با این حال همانطور که دیده می شود درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با درمان هیپنوتراپی در کاهش علائم جسمانی موثر تر بوده است.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

**جدول۴ مقایسه اثربخشی مداخلات در افزایش رضایت جنسی بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی کل**

| مولفه ها | شاخص ها / مداخله | هیپنوتیزم بالینی | هیپنوتراپی شناختی رفتاری | بدون مداخله |
|---|---|---|---|---|
| رضایت جنسی | متوسط خط پایه | ۸۱/۲۲ | ۸۵/۳۳ | ۶۲/۶۷ |
| | پس آزمون | ۱۱۷/۳۳ | ۱۳۶/۰۰ | ۶۳/۰۰ |
| | انحراف استاندارد کل | ۱۷/۶۰ | ۲۲/۳۹ | ۰/۸۹ |
| | خطای معیار اندازه گیری | ۸/۲۵ | ۸/۲۵ | ۸/۲۵ |
| | تفاوت پیش آزمون-پس آزمون | -۳۶/۱۱ | -۵۰/۶۷ | -۰/۳۳ |
| | شاخص تغییر پایا*پس آزمون | ۳/۰۹ | ۴/۳۴ | ۰/۰۳ |
| | درصد بهبودی پس از مداخله | -۴۴/۴۶ | -۵۹/۳۸ | -۰/۵۳ |
| | متوسط پیگیری | ۱۱۹/۳۳ | ۱۳۴/۵۶ | ۶۲/۸۹ |
| | تفاوت پیش آزمون-پیگیری | -۳۸/۱۱ | -۴۹/۲۲ | -۰/۲۲ |
| | شاخص تغییر پایا*پیگیری | ۳/۲۷ | ۴/۲۲ | ۰/۰۲ |
| | درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله | -۴۶/۹۲ | -۵۷/۶۸ | -۰/۳۵ |

نتایج جداول ۴ نشان می دهد که در رابطه با رضایت جنسی نیز همانند متغیر علایم جسمانی بیشترین اثربخشی مربوط به هیپنوتراپی شناختی رفتاری با ۵۹/۳۸ درصد تاثیر بوده است. همچنین درصد بهبودی رضایت جنسی ۲ ماه پس از مداخله برای روش هیپنوتراپی شناختی رفتاری برابر با ۵۷/۶۸ گزارش شده است که در مقایسه با هیپنوتراپی موثرتر بوده است. به طور کلی بر اساس یافته های به دست آمده می‌توان بیان داشت هردو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند بر متغیر رضایت جنسی تاثیر بگذارند




[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

**نمودار ۲ مقایسه اثربخشی مداخلات در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای رضایت جنسی**

درنمودار (۲) روند درمانی کل در هر سه گروه مشخص شده است. نتایج نشان می دهد که هر دو درمان نسبت به گروه بدون مداخله توانسته اند رضایت جنسی را افزایش دهند. با این حال همانطور که دیده می شود درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بیشتر از درمان هیپنوتراپی توانسته است میزان رضایت جنسی را افزایش دهد.

## بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری نسبت به هیپنوتیزم بالینی دارای اثربخشی بالاتری بر علائم جسمی افراد مبتلا به سندروم فیبرومیالژیا می‌باشد. از آن‌جایی که پژوهش حاضر برای اولین بار اثربخشی این دو درمان را می‌سنجد، پیشینه‌ای جهت تطبیق دقیق یافته‌های حاضر وجود ندارد اما در این راستا پژوهش‌هایی به مقایسه قسمتی از این درمان‌ها با یکدیگر پرداخته‌اند که (پورحمیدی، سروقد، رضایی و بقولی، ۱۳۹۸؛ بهاروند، درتاج، نصری و نصرالهی، ۱۳۹۹؛ فروزنده‌فر، فتحی و داداشی[1] ۲۰۱۹ ؛ الکینز و همکاران ، ۲۰۰۷و ریدل[2] ۲۰۱۲) با پژوهش حاضر همخوان بوده است.

در تبیین یافته‌های پژوهش که نشان داد هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتراپی موثرتر بوده، باید اشاره داشت که این درمان که تلفیقی از درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی است می‌تواند بهبودی مراجعان سلامت روان را در پی داشته باشد. در همین راستا باید گفت که اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثر رساندن آگاهی طولانی مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل‌رساندن حواس‌پرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند (توسی و بایسدن[3] ۲۰۰۸). همچنین هیپنوتیزم، چارچوبی ذهنی ارائه کرد مبنی بر این‌که توجه می‌تواند به سوی تجاربی گسترده‌تر مانند احساس صمیمیت، شادی و احساساتی از این قبیل هدایت شود. چنین راهبردهایی می‌تواند سبب افزایش تفکر واگرا شود و بازسازی واقعیت‌هایی غیرعادی را تسهیل بخشد (علاالدین[4] ۲۰۱۵). این دو مزیت هیپنوتیزم، فرایند باز سازی شناختی را در درمان سندروم فیبرومیالژیا تسهیل می‌کند. ضمن این‌که با تفکر واگرایی که در حالت هیپنوز به دست می‌آورند، بهتر می‌توانند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند. همچنین بینش دادن و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود. به‌طورکلی، یکی از مشکلات در اختلالات روانی مختلف نبودن تفکر واگرا و یک جانبه نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم با تأثیر بر مؤلفهٔ بازبودن ذهن و گسترش آگاهی (مشابه با تکنیک‌های درمان‌های موج سومی همانند ذهن آگاهی) تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف‌کردن این مشکل، کمک‌کننده است (الکینز و همکاران، ۲۰۰۷).

نتایج به دست آمده در این مطالعه نشان می دهد که درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتیزم بالینی تاثیر معناداری بر رضایت جنسی و مولفه های آن دارند. همچنین این تاثیر در مرحله پیگیری نیز ثبات داشته است. در مطالعات گذشته پژوهشی که مقایسه دو روش هیپنوتراپی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری بپردازد یافت نشده است، اما پژوهش‌های گذشته در زمینه تاثیر درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی بیماران واژینیسموس نشان داده است که این روش درمانی در عملکرد جنسی تاثیر دارد (مالکی دلارستاقی، ۲۰۰۵ ؛ خضری مقدم، بانی اسدی و کهرزی، ۲۰۰۵؛ پورحسین و بهرامی، ۲۰۱۱؛ کشاورز، حیرانی مقدم و اکبرزاده، ۲۰۱۲؛ ، بیگلرخانی، ۲۰۱۳؛ ، اوزان، البزون، کالیدرا، اونال، موتلو و کارتلسکی[5] ۲۰۱۵ و لطفی فر، کرمی، شریفی درمدی و فتحی، ۲۰۱۳) که همسو با نتایج پژوهش حاضر می باشد.

1. Forouzandehfar, Fathi, Dadashi
2. Riedel
3. Tosi , Baisden
4. Alladin
5. Özcan, Elbozan, Karlida, Ünal, Mutlu, Kartalci

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

همچنین در راستای اثربخشی هیپنوتراپی شناختی ـ رفتاری بر باورهای و تفکرات پیرامون رضایت جنسی عموماً از تکنیک‌های تصویرسازی هدایت شده استفاده می‌گردد که از مراجع خواسته می‌شود که روبه‌رو شدن با یک موقعیت استرس‌زا یا مشکل‌ساز مانند مشکلات جنسی و یا روابط زناشویی و اداره کردن آن از طریق آرام‌سازی یا استفاده بیشتر از شیوه‌های مواجهه را تصور کند. اغلب اوقات درمانگر می‌تواند در یک موقعیت استرس‌آمیز، از طریق آموزش دادن به مراجعان برای این‌که خودشان را در حال رفتار کردن یا فکر کردن به شیوه‌های مشخص‌تصور کنند، با آن‌ها حرف بزنند. زمانی که فرد هیجان‌ها و افکار خود را طی تصویرسازی‌های هیپنوتراپی بروز داد با استفاده از تکنیک‌های بازسازی شناختی و به هنگام قرار گرفتن فرد در حالت خلسه، خودگویی‌های کارآمد، جایگزین شناخت‌ها و خودگویی‌های ناکارآمد می‌شوند (علاالدین، ۲۰۱۵). این تمرینات در اغلب موارد، باعث کاهش تنش‌های جنسی پیش‌بینی نشده می‌شود. ارتباط عاطفی زوجین طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود بیشتر به هم ابراز محبت کنند. این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطراب را کاهش داده و باعث تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط می‌شود. از بین بردن احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده و غلط می‌تواند توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح‌ریزی جزئیات روند نزدیکی به گونه‌ای است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی خالی از تنش‌های جنسی به دست می‌آورد (بکتریا، نذری، صباح و رافی،[1] ۲۰۲۰).

در اثربخش بودن هیپنوتراپی درمانی شناختی–رفتاری در مقایسه با هیپنوتراپی برای افزایش رضایت جنسی زنان و بهبود آن می توان بیان داشت که به طور کلی هیپنوتراپی شناختی رفتاری 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 (بریانت، مولدز و نیکسون،[2] ۲۰۰۶). 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 توانایی‌های جنسی می‌گردد و برخی بیماران نیاز به روشهایی دارند تا بتوانند با نادیده گرفتن مشکلات روزمره علایق جنسی خود را ابراز نمایند. خود هیپنوتیزم می‌تواند شرایطی را فراهم کند تا اضطراب و تنش‌های بیمار کاهش یابد و از طریق تجسم جنسی قبل از نزدیکی موجب کاهش اضطراب و برانگیختن تمایلات جنسی گردد (هاموند، ۱۳۸۴). درمانگر با استفاده از روش های هیپنوتیزمی توام با روش های شناختی رفتاری در اصلاح تغییر و تصویرسازی سازنده و از همه مهم‌تر 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 (رجایی، ۲۰۱۸).

درمان هیپنوتراپی شناختی ـ رفتاری با تأکید بر مقابله با استرس و مشکلات شناختی و هیجانی به جهت عمل مؤثر در برابر علائم جسمی فیبرومیالژیا مانند درد و مساعل ارتباطی متل رضایت جنسی با استفاده از راه‌کارهای موجود به بهترین شکل ممکن سعی دارد که راه‌حلی مفید را ارائه دهد که فرد با ویژگی‌های شناختی و شخصیتی منحصر به فرد با سازگاری و بدون تشویش با مشکلاتی ناشی از این بیماری روبه‌رو شود. این درمان اطمینان خواهد داد که فرد از نظر ذهنی برای کنترل افکار و هیجان‌ها و به تبع آن رفتارهایش آماده است چرا که فرد سطح مطلوبی از عملکرد روانی را آموخته است و روش‌ها و تمهیدهایی در اختیار دارد که مؤثر و نسبت بر دارودرمانی صرف، مقرون به صرفه است. بنابراین هیپنوتراپی شناختی رفتاری در مقایسه با هیپنوتراپی موثرتر بوده و می‌تواند بهبودی مراجعان سلامت روان را در پی داشته باشد

هر پژوهشی با توجه به امکانات و موقعیتی که در آن به اجرا درآمده است دارای محدودیت‌هایی است که تعمیم‌پذیری آن را به جامعه با مشکلاتی همراه می‌سازد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می توان به عدم استفاده از ابزارهای دقیق جهت سنجش شاخص‌های زیستی و ارزیابی وضعیت روانی و اکتفا صرف به گزارش‌های مراجعان و اطلاعات پرونده، عدم اعتبار بیرونی و قدرت تعمیم پذیری و همچنین عدم همتاسازی گروه ها اشاره کرد. در راستای محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود از ابزارها و شاخص‌های پزشکی و

[1] Baktriya, Nazri, Sabah , R
[2]. Bryant, Moulds, Nixon

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

همچنین از ابزارهای تشخیصی برای ارزیابی وضعیت روانی جهت سنجش دقیق میزان متغیرهای مدنظر استفاده گردد تا درک صحیح‌تری از میزان بهبودی فرد حاصل گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر با تعداد بیشتری از مراجعان با سندرم فیبرومیالژیا صورت گیرد که مردان و بازه‌های سنی دیگری را نیز شامل شود. علاوه بر این بهتر است متغیرهایی دیگر روان‌شناختی و جسمانی مدنظر قرار گیرد تا گستره و میزان اثربخش بودن درمان‌های ترکیبی مانند هیپنوتراپی شناختی ـ رفتاری مشخص گردد. پژوهش حاضر نشان داد که هیپنوتراپی شناختی رفتاری تاثیر فزاینده ای در بهبود نشانه های بیماری در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد پزشکان با همکاری روان درمانگران به درمان‌های ترکیبی روان‌شناختی بپردازند تا همراه با دارودرمانی‌های متداول جهت درمان و تسکین سندرم فیبرومیالژیا، بهبودی بیشتری را در حوزه‌های روان‌شناختی وابسته به این سندرم و نیز مشکلات جسمی همبود به دست آورند. همچنین پیشنهاد می‌گردد کارگاه هایی برای تشریح تاثیر درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری و هیپنوتراپی برگزار شود و با دادن آگاهی به بیماران مزمن به ویژه افراد مبتلا به فیبرومیالژیا، گامی موثر در راستای ارتقاء و بهبود مشکلات آنها برداشته شود.

## منابع

بهاروند، و.، و درتاج، ف.، و نصری، ص.، و نصرالهی، ب. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با هیپنوتراپی شناختی و حساسیت زدایی از طریق حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR) بر کاهش علایم استرس پس از سانحه زنان سیل زده. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۶ )، ۲۰۳-۲۱۲.

پاول و انرایت (۱۹۹۱). *کنترل اضطراب و فشارهای روانی*، ترجمه پژمان(۱۳۸۷)، انتشارات غزل- چاپ اول.

پورحمیدی، م.، و سروقد، س.، و رضایی، آ.، و بقولی، ح. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش علایم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی دانش آموزان دوره متوسطه اول دارای اضطراب امتحان. *روش‌ها و مدل‌های روان شناختی*، ۱۰(۳۵ )، ۱۷- ۳۹.

روشن چسلی، ر.، و میرزایی، ص.، و نیک آذین، ا. (۱۳۹۳). اعتبار و پایایی مقیاس چند بعدی رضایت جنسی زنان (SSSW) در نمونه ای از زنان ایرانی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۲۱(۱۰)، ۱۴۰-۱۲۹ .

هاموند، ر. (۱۳۹۲). *تلقینات و استعارات هیپنوتیزمی*. ترجمه مدرسان انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران. تهران: انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران.

Adler-Neal, A. L., & Zeidan, F. (2017). Mindfulness meditation for fibromyalgia: mechanistic and clinical considerations. *Current rheumatology reports*, *19*(9), 59.

Akkaya, N., Akkaya, S., Atalay, N. S., Acar, M., Catalbas, N., & Sahin, F. (2013). Assessment of the relationship between postural stability and sleep quality in patients with fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, *32*(3), 325-331.

Alladin, A. (2015). Integrative CBT for anxiety disorders: An evidence-based approach to enhancing cognitive behavioural therapy with mindfulness and hypnotherapy. *John Wiley & Sons*

Anuhgera, D., Kuncoro, T., Sumarni, S., Mardiyono, M., & Suwondo, A. (2017). Hypnotherapy is more effective than acupressure in the production of prolactin hormone and breast milk among women having given birth with caesarean section. *Medicine and Clinical Science*. 1 (5); 43-56.

Biglarkhani B.(2013). The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of vaginismus. Master's thesis, *Tehran Islamic Azad University*.

Bryant R A., Moulds M. L., Nixon R. D., Mastrodomenico J., Felmingham K., Hopwood S.(2006). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up. *Behaviour research and therapy*. 44(9): 1331-5.

Collado-Mateo D., Olivares P. R., Adsuar J. C., Gusi N.(2018). Impact of fibromyalgia on sexual function in women. Journal of back and musculoskeletal rehabilitation ،(Preprint). 1.

Conversano C., Poli A., Ciacchini R., Hitchcott P., Bazzichi L., Gemignani A.(2019). A psychoeducational intervention is a treatment for fibromyalgia syndrome. *Clin. Exp. Rheumatol* .37, S98–S104.

Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287.

Forouzandehfar, G., Fathi, M., & Dadashi, M. (2019). Efficacy of Cognitive-Behavioral Group Therapy versus Group Hypnotherapy on Brain/Behavioral Systems of Social Phobia Patients. Journal of Advances in Medical and Biomedical Research, 27(122), 51-56.

Galvez-Sánchez, C. M., Duschek, S., & del Paso, G. A. R. (2019). Psychological impact of fibromyalgia: current perspectives. *Psychology research and behavior management*, *12*, 117.

Kayhan, F., Küçük, A., Satan, Y., İlgün, E., Arslan, Ş., & İlik, F. (2016). Sexual dysfunction, mood, anxiety, and personality disorders in female patients with fibromyalgia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *12*, 349.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]
[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]

Keshavarz A., HeyraniMoghadam A., Akbarzadeh R.(2012). Treatment of vaginismus with mental imagery and hypnosis (Case Study). Third International Conference on Psychology, Counseling and Guidance, Izmir, Turkey. 2012

Khezri Moghadam N., BaniAsadi H., Kahrazi F.(2005). The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of chronic tension headache disorder. *Journal of Education and Psychology*. 3: 1-16.

Kraft, D. (2011). Counteracting resistance in agoraphobia using hypnosis. *Contemporary Hypnosis & Integrative Therapy*, 28(3), 235-48.

Kravits K. (2013). Hypnosis: adjunct therapy for cancer pain management. *J Adv Pract Oncol*, 42:83-85.

Lotfifar B., Karami A., Sharifi daramadi P., Fathi M.(2013). The effectiveness of hypnosis for anxiety. *Journal of Medicine*. 37(3): 164-70.

McCrae, C., Curtis, A., Staud, R., Berry, R., & Robinson, M. (2019). 0393 *Baseline Pain Severity as a Moderator of the Effect of CBTi on Sleep and Pain Outcomes in Patients with Fibromyalgia. Sleep*, 42(Supplement_1), A159-A160.

Macfarlane, G. J., Kronisch, C., Dean, L. E., Atzeni, F., Häuser, W., Fluß, E., ... & Dincer, F. (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Annals of the rheumatic diseases*, 76(2), 318-328.

Maleki delarstaghi A.(2005). Congress on family and sexual problems. Shahed University, *Tehran*.

Milburn, M. C. (2011). Cognitive-behavior therapy and change: Unconditional self acceptance and hypnosis in CBT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *29*(3), 177-191.

Orellana, C., Gratacós, J., Galisteo, C., & Larrosa, M. (2009). Sexual dysfunction in patients with fibromyalgia. *Current rheumatology reports*, *11*(6), 437-442.

Özcan Ö., Elbozan Cumurcu B., Karlida Ğ. R., Ünal S., Aktan Mutlu E., Kartalci Ş.(2015). Attachment styles in women with vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 16(1).

Plazier M.(2017). Greater occipital nerve stimulation: a surgical treatment for fibromyalgia (Doctoral dissertation، University of Antwerp).

PourHossien R., Bahrami E.(2011). Hypnotherapy in the treatment of Vaginismus: a case report. *Proceedings of Social and Behavioral Sciences*. (15): 3889- 6.

Rajaee, F., Eshghi,, R.(2018). The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance ofvaginismuspatients. *Journal of Clinical Psychology*, 9(4): 55-69.

Rico-Villademoros F., Calandre E. P., Rodríguez-López C. M., García-Carrillo J., Ballesteros J., Hidalgo-Tallón J., & García-Leiva J. M.(2012). Sexual functioning in women and men with fibromyalgia. *J Sex Med*. 9:542–549.

Riedel, S. L. (2012). Effects of Guided Imagery in Persons with Fibromyalgia. University of Virginia.

Schmidt-Wilcke, T., & Diers, M. (2017). New insights into the pathophysiology and treatment of fibromyalgia. *Biomedicines*, *5*(2), 22.

Syrjala, K. L., Cummings, C., & Donaldson, G. W. (1992). Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: *a controlled clinical trial. Pain*, 48(2), 137-146.

Theoharides, T. C., Tsilioni, I., Arbetman, L., Panagiotidou, S., Stewart, J. M., Gleason, R. M., & Russell, I. J. (2015). Fibromyalgia syndrome in need of effective treatments. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 355(2), 255-263.

Tosi DJ, Baisden BS. (2008) Cognitive-experiential therapy and hypnosis. Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach. In: Alladin A, editor. Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Yilmaz H, Yilmaz S D, Polat H A D, Salli A, Erkin G, Ugurlu H.(2012) The effects of fibromyalgia syndrome on female sexuality: a controlled study. *The journal of sexual medicine*. 9(3) ،779-785.

[ Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-02 ]

[ DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.4.20.6 ]