Family Psycholog روانشناسی خانواده

2021, Vol 7, No. 2, 17-32 ۱۳۹۹، دوره ۷، شماره ۲، ۳۲-۱۷

The effectiveness of cognitive hypnosis therapy on women's body image and marital satisfaction

Kobra Janbaz Fereydooni
Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Saeideh Bazzazian* (Corresponding author)
Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Mehdi Pourasghar
Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Jafar Pouyamanesh
Department of Psychology, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran

Abstract: This study aimed to investigate the effectiveness of cognitive hypnosis therapy on the body image and marital satisfaction of women. The study's design was of type of quasi-experimental and pre-test-post-test-follow-up with the control group. The statistical population included all women referred to one of the counselling centers of Babolsar. 22 women were selected by available sampling method and according to inclusion criteria and assigned to experimental and control groups randomly (11 subjects for each group). The experimental group individually received cognitive hypnosis therapy for 11 ninety minutes weekly sessions, while the control group did not receive any intervention during this period. Both groups answered the Littleton Body Image Scale (BICI) and Enrich Marital Satisfaction questionnaire (ESQ-47) in three stages of pre-test, post-test, and follow-up. The collected data were analyzed using the covariance analysis statistical method and the Ben Ferroni post hoc test. The results of covariance analysis showed a significant difference between body image and marital satisfaction scores in post-test and follow-up stages of both experimental and control groups and cognitive hypnosis therapy resulted in increasing marital satisfaction and improving women's body image and after two months the results were consistent. Therefore, based on the findings of the present study, the use of cognitive hypnosis therapy can be suggested as a suitable and effective treatment method in individual, familial, and couples counseling.
Keywords: cognitive hypnosis therapy, marital satisfaction, body Image, women

---

* نویسنده مسوول: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر، دانشکده علوم انسانی، گروه روانشناسی. . پست الکترونیکی: sbazzazian@gmail.com

Received: 10 Sep 2020 **Accepted:** 29 Nov 2020 **دریافت:** ۱۳۹۹/۰۶/۲۰ **پذیرش:** ۱۳۹۹/۰۹/۰۹

اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان

کبری جانباز فریدونی
گروه مشاوره، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
سعیده بزازیان (نویسنده مسئول)
گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران
مهدی پوراصغر
گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
جعفر پویامنش
گروه روان‌شناسی، واحد ابهر، دانشگاه آزاد اسلامی، ابهر، ایران

چکیده: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان بود. طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره التیام بابلسر بود که تعداد ۲۲ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس معیارهای ورود انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هرگروه ۱۱ نفر). گروه آزمایش طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت آموزش هیپنوتیزم‌درمانی شناختی قرار گرفتند و گروه کنترل طی این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. هردو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون– پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس تصویر بدنی لیتلتون (BICI) و پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (ESQ-47) پاسخ دادند. داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بنفرونی تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین عملکرد دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات تصویر بدنی و رضایت زناشویی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد و هیپنوتیزم‌درمانی شناختی باعث افزایش رضایت زناشویی و بهبود تصویر بدنی منفی زنان شد و نتایج پس از دو ماه پایدار ماند. بنابراین بر اساس نتایج می‌توان استفاده از هیپنوتیزم‌درمانی شناختی را به‌عنوان یک روش درمانی مناسب و کارآمد در مشاوره‌های فردی، خانوادگی و زوجی پیشنهاد کرد.

واژه‌های کلیدی: هیپنوتیزم‌درمانی شناختی، رضایت زناشویی، تصویر بدنی، زنان

مقدمه

رضایت زناشویی[1] یکی از متغیرهایی است که همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است؛ چراکه رضایت زناشویی بالاتر، باعث دوام زندگی و استحکام خانواده در جامعه می‌شود (کارنی و برادبری[2]، ۲۰۲۰؛ به نقل از براتی و باقری کیان، ۱۳۹۸) و نقش مهمی در سلامت روانشناختی[3] زوجین ایفا کرده (اوسترهاوس، ریگز، کامینسکی و بلومنتال، ۲۰۲۰) و یکی از عوامل مهمی است که در فراهم‌کردن آرامش در بین زوجین نقش اساسی دارد (بنی‌فاطمه و طاهری تیمورلویی، ۱۳۸۸). رضایت زناشویی، انطباقی بین وضعیت موجود و وضعیت مورد انتظار افراد در زندگی مشترک است (ایکرت کانزاک، ۲۰۰۹) که از عمیق‌ترین و اساسی‌ترین لذت‌های بشری به‌شمار می‌آید، به‌گونه‌ای‌که فقدان آن در زندگی، به‌عنوان یکی از بزرگ‌ترین سرچشمه‌های رنج انسانی معرفی شده است (قربانعلی‌پور، نجفی و نسیمی، ۱۳۹۳). رضایت زناشویی یکی از مهم‌ترین تعیین‌کننده‌های عملکرد سالم نهاد خانواده است و به‌عنوان ارتباط بین‌فردی[4] نزدیکی که به انسان‌ها اجازه می‌دهد پذیرفته شوند، مورد ارزش[5]، احترام[6] و دوست داشته‌شدن[7] قرار گیرند و فرصت ارتباط متقابل[8] داشته باشند، شناخته می‌شود (فلچر[9]، ۲۰۰۲؛ به نقل از جوادی، افروز، حسینیان، آذربایجانی و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۴). رضایت زناشویی بر میزان سلامت روانی، جسمانی، رضایت از زندگی (عابدی، مسیبی و عریضی، ۱۳۹۲)، موفقیت در شغل و ارتباطات اجتماعی (آیجبرنهان، اوکونکوو وکالونتا، ۲۰۱۹) مؤثر بوده و یکی از مهم‌ترین شاخص‌های رضایت از زندگی است (بیرامی، فهیمی، اکبری و امیری پیچاکلایی،۱۳۹۱) اما علی‌رغم جایگاه مهم رضایت زناشویی در تحکیم روابط زوجین، این احساس رضایت با گذشت زمان دستخوش تغییر می‌شود (تابان، دولتشاهی، افتخار و پورشهباز، ۱۳۹۵) و این درحالی است که زوجین در ابتدای زندگی‌شان، رضایت‌مندی بالایی را گزارش می‌کنند. به مرور زمان و به دلایل متعدد، میزان رضایت‌مندی آنان کاهش‌یافته و کسب مجدد این احساس رضایت برای زوجین به آسانی امکان‌پذیر نمی‌شود.

از لحاظ سازگاری زناشویی[10] مهم‌ترین واقعیت برای زنان، احساس و اعتقاد آنها در مورد تصویر بدنی[11] و حالت زنانگی‌شان است (دالتون، راسموسن، کلاسن، گرومن، پالاش و زارکون، ۲۰۰۹). به این‌صورت‌که هرچه تصویر بدنی مثبت‌تر باشد، سازگاری زناشویی بهتر می‌شود (کلیک، تاوکان، بلی و اوزمان، ۲۰۰۷). سازگاری بین زن و شوهر به آنها اجازه می‌دهد تا از تعارض‌ها[12] اجتناب و با شیوه‌های مناسب آنها را حل کنند و درنتیجه هر دو رضایت زناشویی بیشتری را تجربه کنند (بالی، دهینگرا و بارو، ۲۰۱۰). تصویر بدنی ساختاری چندبعدی که شامل ادراک خود[13]، نگرش[14]، احساسات[15] و رفتارهای[16] مربوط به ظاهر بدنی خود است (وان دن برینک، اسمیت، حسن، ورتمن، ۲۰۱۵؛ فلسفی، دشت بزرگی، ۱۳۹۸؛ رقیبی و صنعت نما، ۱۳۹۸) و شامل عدم اختلاف بین تصویر بدنی کنونی و تصویر بدنی ایده‌آل است (فت، لاتیمور، روی و گشویند، ۲۰۰۹؛ استارک، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها تأثیرگذاری تصویر بدنی را بر رضایت زناشویی، عملکرد و رضایت جنسی نشان داده‌اند (فکرت، ابراهیمی‌نژاد و رضوی نعمت‌الهی، ۱۳۹۳؛ لطیف‌نژاد رودسری و کرمی دهکردی، اسماعیلی، موسوی‌فر، آقامحمدیان شعرباف، ۱۳۹۰؛ افضلی و فرخزادیان، ۱۳۹۷؛ شمسی سولاری و مولوی، ۱۳۹۹؛ فانی سبحانی، خلعتبری، رحمتی، ۱۳۹۷؛ ژانت، دی سوتر و ژک، ۲۰۱۳؛ اسپوسیتو، سیوتولا، جیوگلیونو، بسونیاسچیسانو و اوتونینو، ۲۰۰۷). درواقع نارضایتی از تصویر بدن منجربه تغییر در احساس خودارزشمندی[17] می‌شود و این تغییر بر روابط اجتماعی و زناشویی تأثیرگذار است (ورتمن و وندن برینک، ۲۰۱۲).

1. marital satisfaction
2. Karney & Bradbury
3. mental health
4. interpersonal relationship
5. value
6. vespect
7. to be loved
8. interaction
9. Fletcher
10. marital compatibility
11. mhysical Image
12. conflicts
13. perception of self
14. attitude
15. emotions
16. behaviors
17. self-worth

زوجینی که تصویر منفی از بدن خود دارند به احتمال زیاد بیشتر شک دارند که آیا شریکشان آنها را از لحاظ جنسی می‌پذیرد یا نه و در نتیجه اضطراب بیشتر، فعالیت جنسی کمتر و جرأت‌ورزی جنسی[1] پایین را تجربه می‌کنند، در مقابل زوجینی که تصویر مثبتی از بدن خود دارند فعالیت و رضایت جنسی بیشتری را تجربه می‌کنند (ملتزر و مک نولتی، ۲۰۱۰).

استفاده از هیپنوتیزم[2] در درمان بیماری‌ها یکی از کهن‌ترین روش‌های درمانی است. تاریخچه هیپنوتیزم به کشورهای ایران، هند، مصر و یونان باز می‌گردد. هیپنوتیزم اولین بار توسط دکتر برید[3] در حدود ۱۶۰ سال پیش ابداع شد (اخوان اکبری، حسین زاده، ۱۳۹۱). هیپنوتیزم، به‌عنوان شیوه‌ای برای دسترسی مستقیم به ناخودآگاه[4]، می‌تواند در درمان‌های التقاطی[5]، روان‌پویشی[6] و شناختی رفتاری[7] استفاده شود. چندین مدل بالینی از ترکیب این دیدگاه‌ها وجود دارد مانند مدل مهارت‌های شناختی[8]، مدل رشد شناختی[9] و مدل هیپنوتیزم شناختی رفتاری[10] (انیه، دفنیو، ۲۰۱۳). وقتی هیپنوتیزم با درمان‌های شناختی– رفتاری ارائه می‌شود، خیلی مؤثرتر است. هیپنوتیزم می‌تواند به‌عنوان کمک درمانی، برای درمان‌های شناختی– رفتاری باشد و اثربخشی درمانی بهتری دارد (سمپسون، ۲۰۰۵؛ سیدی کی، ۲۰۰۷). نتایج مطالعات نشان داده است هیپنوتیزم‌درمانی شناختی در اختلال بدشکلی بدن[11] (آبرین، زمستانی، ربیعی و باقری، ۱۳۹۶)؛ تقویت خودپنداره[12] (توماس، ۲۰۰۶)؛ اضطراب[13] و عملکرد جنسی[14] (رجایی و عشقی، ۱۳۹۶، والش، ۲۰۰۸؛ جانسون و جانسون، بارتون، و الکینز، ۲۰۱۶؛ استارک، ۲۰۱۹)؛ نمایه توده بدنی و خودپنداره (سهرابی، پاشا، نادری، عسگری، احتشام‌زاده، ۱۳۹۶)؛ نشانه‌های بدنی و روانی (استارک، ۲۰۱۹)؛ نشانگان اضطراب و بهبود کیفیت زندگی (پورحمیدی، سروقد، بقولی، رضایی، ۲۰۱۹) تأثیر داشته است.

هیپنوتراپی شناختی رفتاری[15] این‌گونه فرض می‌کند که علت بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی، اشکال منفی خود هیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می‌شوند (آرائوز، ۱۹۸۵؛ استاک، ۲۰۱۹). برای علاج این افکار ، نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آنها آموزش داد تا با کمک از بازسازی شناختی هیپنوتیزمی، خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تری بسازند (گلدن، داود، فریدبرگز، ۱۹۸۷) در مدل شناختی رفتاری BDD[16]، بر نقش تصویرسازی ذهنی در تداوم اختلال تأکید می‌کند (ویل، ۲۰۰۴؛ ویل و نیجراقلو، ۲۰۱۰). هیپنوتراپی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام‌سازی[17]، تصویرسازی هدایت‌شده[18]، بازسازی شناختی[19]، حساسیت‌زدایی تدریجی[20] و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک[21] است (رابرتسون، ۲۰۰۸). هیپنوتراپی شناختی برای اختلالات هیجانی شامل ۲۰ جلسه هفتگی است که بسته به نیازهای بالینی بیمار، نواحی نگرانی و شدت علائم، تعدیل یا گسترش می‌یابد (الادین، آماندسون، ۲۰۱۶). هیپنوتراپی شناختی برای اختلالات هیجانی، به دو بخش مجزا اما با همپوشانی، تقسیم می‌شود. بخش اول شامل هیپنوتراپی و CBT است که نشانگان را هدف قرار می‌دهد. این بخش از هیپنوتراپی شامل تمرین تن‌آرامی[22]، نشان دادن قدرت ذهن بر بدن[23]، تقویت ایگو[24]، گسترش آگاهی[25]، تعدیل و تنظیم نشانگان[26]، خود هیپنوتیزم[27]، القای خلق مثبت[1]، تلقینات

1. sexual daring
2. hypnosis
3. Berid, J.
4. unconscious
5. eclectic treatment
6. psychodynamics
7. cognitive-behavioral
8. cognitive skills model
9. cognitive development model
10. cognitive-behavioral hypnosis model
11. body deformity
12. strengthen of self-concept
13. anxiety
14. sexual function
15. cognitive-behavioral hypnotherapy
16. body Dysmorphic Disorder
17. calming
18. guided illustration
19. cognitive reconstruction
20. gradual desensitization
21. hypnotic skills training
22. relax your body
23. demonstration of the power of mind over the body
24. ego-strengthening
25. expansion of awareness
26. modulation and regulation of symptoms
27. self-hypnosis

پس‌هیپنوتیزمی[2] می‌شود و بخش دوم درمان متمرکز بر آشکارکردن و بهبود دلایل زیربنایی اختلال هیجانی است. در این بخش از درمان که بیشتر حالت سایکوداینامیک[3] دارد که می‌توان به تکنیک‌های القائات مستقیم[4]، واپس‌روی سنی هیپنوتیزمی[5]، پل عاطفه[6]، کاوش هیپنوتیزمی[7]، بازسازی شناختی در هیپنوتیزم[8]، اصلاح و پاک‌کردن پرونده ناخودآگاه[9] و تکنیک صندلی خالی[10] اشاره کرد (الادین، ۲۰۱۲؛ یاپکو، ۲۰۱۲). نتایج یکی از فراتحلیل‌ها نشان داد مراجعانی که با هیپنوتراپی شناختی رفتاری درمان شده بودند، به‌طور متوسط از ۷۰ درصد مراجعاتی که درمان بدون هیپنوتیزم دریافت کرده بودند، بهبودی بیشتری نشان دادند (گرچ، مونتگومری، ساپستین، ۲۰۰۵؛ استاک، ۲۰۱۹). این پژوهش با بررسی میزان اثربخشی روش هیپنوتیزم‌درمانی شناختی در تصویر بدنی و رضایت زناشویی در پی یافتن راه‌حلی مناسب‌تر، کاربردی‌تر، به‌صرفه‌تر، مؤثرتر و در مجموع کارآمدتر برای تصویر بدنی مثبت‌تر و افزایش رضایت زناشویی است تا به‌عنوان روشی مؤثر و کاربردی در جهت کمک به مراجعین فوق مورد استفاده قرار گیرد. از سوی دیگر با توجه به شیوه آسان و کوتاه هیپنوتیزم‌درمانی شناختی و آرامش عضلانی و بازسازی شناختی در صورت موفقیت، این شیوه درمانی می‌تواند از نظر زمان و همچنین از عوارض جانبی داروها که بیماران جهت درمان مشکلات روان‌شناختی به مصرف آنها روی می‌آورند، بکاهد و تأثیرات چشمگیری در درمان این افراد داشته باشد و زمانی که نتیجه تحقیق حاضر با نتایج سایر تحقیقات انجام‌گرفته موردتوجه قرار گیرد، می‌تواند به کاربردهای مفیدی بینجامد و گامی مؤثر برای افزایش رضایت زناشویی و تصویر بدنی زنان برداشته و می‌تواند مورداستفاده مشاوران و روانشناسان و روان‌پزشکان که در این زمینه فعالیت دارند، واقع شود. با توجه به ادبیات بیان‌شده در پژوهش حاضر محقق درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا هیپنوتیزم‌درمانی شناختی بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان تأثیر دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره التیام بابلسر در سال ۱۳۹۹ بودند (N = ۹۷)، که از بین آنها تعداد ۲۲ نفر با درنظرگرفتن معیارهای ورود و خروج پژوهش (گروه آزمایش و کنترل هریک ۱۱ نفر) که در مقیاس نگرانی از تصویر بدن لیتلتون[11] نمره ۵۱ یا بیشتر و در مقیاس رضایت زناشویی انریچ (فرم کوتاه)[12] نمره کمتر از ۱۴۰را دریافت کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس[13] انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. اعضای هر گروه در سه نوبت، قبل از شروع جلسات درمانی (پیش‌آزمون) و بعد از اتمام مراحل درمانی (پس‌آزمون) و دو ماه پس از مداخله (پیگیری) پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. گروه آزمایش به مدت ۱۱ هفته، هر هفته ۱ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه ، تحت درمان هیپنوتیزم شناختی قرار گرفتند و جهت رعایت اصول اخلاقی، مقرر شد اعضاء گروه کنترل پس از اتمام پژوهش و مرحله پیگیری (با فاصله زمانی ۲ ماه پس از اجرا)، درمان هیپنوتیزم شناختی را دریافت می‌کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تکمیل فرم رضایت‌نامه، دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۰ سال، سواد خواندن و نوشتن، کسب نمره ۲۱ یا بیشتر در مقیاس نگرانی از تصویر بدن لیتلتون، کسب نمره کمتر از ۴۰ در مقیاس رضایت زناشویی انریچ (فرم کوتاه)، نداشتن سوءمصرف یا وابستگی به مواد طی سه ماه گذشته، انجام‌ندادن جراحی زیبایی طی ۳ ماه گذشته و طی دوره درمان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: شرکت هم‌زمان در روان‌درمانی مشابه درمان هیپنوتیزم شناختی، غیبت بیش از دو جلسه مداوم، همکاری‌نکردن با درمانگر و انجام ندادن تکالیف، انصراف از شرکت در تحقیق. در ارتباط با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی میانگین و انحراف

1. positive mood induction
2. posthypnotic suggestions
3. psychodynamics
4. direct suggestions
5. hypnotic age regression
6. affect bridge
7. hypnotic exploration
8. cognitive restructuring under hypnosis
9. editing and deleting the “unconscious file
10. empty-chair technique
11. body Image Concern Inventory
12. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (Short Form)
13. available sampling

استاندارد سنی شرکت‌کنندگان به‌ترتیب در گروه آزمایش برابر (۳۶/۵، ۴/۷۱) و در گروه کنترل (۳۳/۹۱، ۳/۵۹) بود . بسته راهنمای انجام هیپنوتیزم‌درمانی شناختی بر اساس نظریه هیپنوتیزم‌درمانی شناختی آسِن آلدین (۲۰۰۸) تدوین‌شده است. در جدول ۱ خلاصه‌ای از ساختار جلسات درمانی ارائه شده است.

جدول ۱

محتوای جلسات هیپنوتیزم‌درمانی شناختی

فرایند درمان	محتوا
جلسه اول	آشنایی با مراجع و بیان هدف درمان، آشنایی مراجع با درمان هیپنوتیزم شناختی، اصلاح باورهای نادرست در مورد هیپنوتیزم.
جلسه دوم و سوم	توضیح مدل شناختی همراه با مدل ABC و توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر مدل شناختی، شناسایی افکار خودآیند منفی، باورها اصلی منفی یا مطلق‌گرا و انتظارات غیرواقع‌بینانه در رابطه با تصویر بدنی و رضایت زناشویی و تمرین‌های آرام‌سازی عضلانی، تنفسی و مغز به همراه تلقینات برای تقویت ایگو و القائات تصویرسازی توأم با فراخوانی ذهنی در حالت خلسه هیپنوتیزمی و همچنین ثبت افکار در منزل.
جلسه چهارم	بررسی تکالیف، فرایند خود- اکتشافی، بررسی محتوی افکار درباره خود، دنیا و آینده، تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین‌های آرام‌سازی) و دادن تکالیف منزل (ثبت رویدادهای ناگوار روزانه و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، آرام‌سازی و تصویرسازی هدایت‌شده مربوط به تصویر بدنی و رابطه زناشویی).
جلسه پنجم	بررسی تفکرات، بررسی شقوق دیگر افکار منفی و پیآمد تفکر، بررسی خواسته‌ها، هدف‌ها، نگرش‌ها و اصلاح باورهای نادرست در رابطه با تصویر بدن و رابطه زناشویی (مهارت‌های شناختی) و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی در حالت خلسه و دادن تکلیف برای منزل.
جلسه ششم	شناسایی افکار خودآیند منفی مربوط به عملکرد تصویر بدنی و رابطه زناشویی، بررسی سود و زیان باورها و ارائه راهبردهایی برای اصلاح آنها به همراه تلقینات مربوطه برای بهبود تصویر بدنی ورابطه زناشویی در حالت خلسه هیپنوتیزمی و دادن تکلیف برای منزل.
جلسه هفتم	بررسی مهارت‌های ارتباطی و بررسی افکار ناکارآمد، رفع سوءتفاهم ،شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، آرام‌سازی اجرای عمل آن به‌منظور شرطی‌سازی مثبت.
جلسه هشتم	استفاده از استعاره‌های رضایت‌مندی از رابطه‌های بین فردی به‌منظور ارتقاء رابطه مثبت فرد با بدن خود و رابطه زناشویی و اجرای تمرین بازسازی شناختی و تکالیف منزل.
جلسه نهم	بررسی هیجان‌های ناخوشایند، جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آنها در حالت خلسه هیپنوتیزمی، به‌کارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی و تکنیک‌هایی که در مراجع (در جلسات قبل) تغییرات مثبت‌تری ایجاد کرده بود و تمرین خودهیپنوتیزمی و تکالیف منزل.
جلسه دهم	بیان تکنیک‌های مقابله‌ای شناختی و باورهای جایگزین همراه با ارائه فن‌هایی تقویت ایگو به وسیله تلقینات مربوطه در حالت خلسه هیپنوتیزمی، خلاصه‌سازی کلی جلسات به همراه بازخورد و ارائه تکالیف منزل.
جلسه یازدهم	بررسی پیشرفت مراجعان، اخذ پس‌آزمون تصویر بدنی و رضایت زناشویی.

ابزار سنجش

پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن لیتلتون (BICI). پرسشنامه نگرانی از تصویر بدن[1] توسط لیتلتون، آکسوم و پوری در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و حاوی ۱۹ آیتم که به بررسی نارضایتی و نگرانی فرد درباره‌ی ظاهرش می‌پردازد. لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) ساختار عاملی پرسشنامه را نیز بررسی کرده‌اند. نتایج، نشانگر دو عامل مهم و معنی‌دار بود که عامل اول از یازده ماده (ماده‌های ۱، ۵، ۳، ۸، ۹، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹) تشکیل شده و نارضایتی فرد از ظاهر خود، وارسی‌کردن و مخفی‌کردن نقایص ادراک‌شده را دربر می‌گیرد و عامل دوم با هشت ماده (ماده‌های۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳) میزان تداخل نگرانی درباره ظاهر را در عملکرد اجتماعی فرد نشان می‌دهد. نمره کل پرسشنامه، بین ۱۹ تا ۹۵ متغیر بوده که کسب نمره بیشتر، نشانگر بالا بودن میزان نارضایتی از تصویر بدنی یا ظاهر فرد است (لیتلتون و همکاران، ۲۰۰۵). لیتلتون و همکاران (۲۰۰۵) پایایی[2] پرسشنامه را به روش همسانی درونی[3] بررسی کرده و ضریب آلفای کرنباخ[4] ۰/۹۳ را به‌دست آوردند. ضریب همبستگی هر یک از سؤالات با نمره کل پرسشنامه، از ۰/۳۲ تا ۰/۷۲ با میانگین ۰/۶۲ بوده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ عامل اول و دوم به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۶ و ضریب همبستگی بین دو عامل ۰/۶۹ گزارش شد. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در جامعه ایران نیز با ضرایب پایایی باز آزمایی[5] و آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و ۰/۸۱ رضایت‌بخش گزارش‌شده است (فکرت، ابراهیمی نژاد، رضوی نعمت‌اللهی، ۱۳۹۳). برای محاسبه ضریب روایی همزمان[6]، از مقیاس ترس از ارزیابی منفی از ظاهر جسمانی[7] و ترس از ارزیابی منفی استفاده شد که به‌ترتیب ضرایب همبستگی ۰/۵۵ و ۰/۴۳ در سطح معناداری ۰/۰۰۱ به‌دست آمد (تکتم جان نثاری، شهیدی، خادمی، ایمانی و گنجویان، ۱۳۹۳).

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ (فرم کوتاه ۴۷ سؤالی) (ESQ-47). پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ فرم کوتاه[8] ۴۷ سوال دارد. نسخه اصلی این پرسشنامه از صد و پانزده سؤال و دوازده زیرمقیاس تشکیل شده است. برای اولین بار سلیمانیان (۱۳۷۳) نسخه کوتاهی از این پرسشنامه را با چهل و هفت پرسش در ایران تهیه کرده است. مقیاس پاسخگویی این پرسشنامه پنج گزینه‌ای لیکرت (کاملا مخالفم = ۱ تا کاملا موافقم = ۵) است. حداکثر نمره آزمودنی در فرم کوتاه ۲۳۵ است و حداقل آن ۴۷ است. ضرایب آلفای زیرمقیاس‌های پرسشنامه انریچ در گزارش اولسون، فورنیر و درکمن[9] (۱۹۹۷؛ به نقل از یوسفی، ۱۳۸۹) بین ۰/۴۸ تا ۰/۹۰ بوده است. سلیمانیان (۱۳۷۳) همسانی درونی آزمون را برای فرم بلند ۰/۹۳ و برای فرم کوتاه ۰/۹۵ محاسبه و گزارش کرده است. در پژوهشی دیگر مهدویان (۱۳۷۶؛ به نقل از نامنی و نامنی، ۱۳۹۵) پایایی[10] آزمون انریچ با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون[11] و با روش بازآزمایی[12] (به فاصله یک هفته)، پایایی آزمون را برای مردان ۰/۹۳ برای زنان ۰/۹۴ و برای مردان و زنان (کل نمونه) ۰/۹۴ به‌دست آورده است. ضریب همبستگی پرسشنامه انریچ با مقیاس‌های رضایت خانوادگی[13] از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت از زندگی[14] بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ گزارش‌شده که نشانه روایی سازه[15] آن است (ثنایی، علاقبند، فلاحتی و هومن، ۱۳۹۲).

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی نمرات گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای تصویر بدنی، رضایت زناشویی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است. اطلاعات جدول ۲ میانگین نمره پس‌آزمون آزمودنی‌ها در متغیرهای تصویر بدن در مقایسه با میانگین نمرات پیش‌آزمون روند کاهش را نشان می‌دهد و بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری اختلاف محسوسی مشاهده نشده است. همچنین میانگین نمره پس‌آزمون آزمودنی‌ها در مقایسه با میانگین نمرات پیش‌آزمون در متغیر رضایت زناشویی روند افزایشی را نشان

1. body image concern inventory
2. reliability
3. internal consistency
4. Cronbach’s alpha
5. retest
6. concurrent validity
7. Fear of Negative Evaluation of Physical

8. Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (Short Form)
9. Olson, D., Fournier,E. L., & Deckerman, J.C.
10. validity
11. correlation coefficient of pearson
12. retest
13. family Satisfaction Scales
14. life Satisfaction Scales
15. structural validity

می‌دهد و بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری اختلاف محسوسی مشاهده نشده است.

جدول ۲

شاخص‌های توصیفی زیرمقیاس‌های متغیر تصویر بدن و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

مولفه	مرحله	گروه آزمایش		کنترل	
		M	SD	M	SD
نمره کل تصویر بدن	پیش‌آزمون	۷۴/۵۵	۷/۲۳	۶۹/۹۱	۴/۹۸
	پس‌آزمون	۳۲	۵/۲۵	۶۸/۲۷	۵/۸۸
	پیگیری	۲۷/۹۱	۴/۰۶	۶۸/۷۳	۷/۱۹
نمره کل رضایت زناشویی	پیش‌آزمون	۱۱۹/۶۴	۱۲/۴۶	۱۲۳/۶۴	۹/۹۰
	پس‌آزمون	۲۰۱/۶۴	۱۲/۲۰	۱۲۵/۱۸	۱۱/۷۳
	پیگیری	۲۰۶	۱۱/۳۳	۱۲۴/۲۷	۱۰/۸۹

جهت بررسی معناداری تغییرات از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA)[1] استفاده شد. در راستای رعایت پیش‌فرض‌های مربوط به انجام تحلیل کوواریانس با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F در آزمون لوین[2] در سطح خطای کوچک‌تر از ۰/۰۵ و با توجه به این که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با هم برابر بوده، بنابراین فرض یکسانی واریانس‌های خطا تائید شد. در ارتباط با پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون، سطوح معنی‌داری، تعامل متغیر مستقل (گروه)، با متغیرهای همپراش، از ($p > ۰/۰۵$) بیشتر است و معنی‌دار نیست. بنابراین با اطمینان می‌توان گفت که بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعاملی وجود ندارد و شرط همگنی شیب رگرسیون، برای انجام تحلیل کوواریانس برقرار است.

همچنین در نتایج آزمون M BOX برای بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس p به دست آمده برای متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، لذا ماتریس کوواریانس پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها با همدیگر برابر است. در نهایت کلیه ضرایب چولگی بین ۳- و ۳ و کلیه ضرایب کشیدگی بین ۵- و ۵ قرار دارد. بنابراین شرط اولیه برای نرمال بودن نمرات متغیرهای پژوهش وجود دارد.

همان‌طورکه نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، سطوح معنی‌داری ($p < ۰/۰۰۱$) همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. همچنین این نتایج نشان می‌دهد که در بین گروه‌های آزمایش و کنترل، حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تصویر بدن و رضایت زناشویی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره در نمرات مؤلفه‌ها و نمره کل تصویر بدن و رضایت زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر		مقدار	F	Df فرض	Df خط	Sig	مجذور اتا
گروه	اثر پیلایی	/۹۶۵	۲۸/۸۳۲	۳	۱۴	۰۰۰	۰/۹۶۵
تصویر بدن	لامبداویکلز	/۰۳۵	۲۸/۸۳۲	۳	۱۴	۰۰۰	۰/۹۶۵
	اثر هتلینگ	۷/۴۹۸	۲۸/۸۳۲	۳	۱۴	۰۰۰	۰/۹۶۵
	بزرگ‌ترین ریشه خط	۷/۴۹۸	۲۸/۸۳۲	۳	۱۴	۰۰۰	۰/۹۶۵
گروه	اثر پیلایی	/۹۴۰	۱۸/۲۶	۶	۷	۰۰۱	۰/۹۴۰
رضایت زناشویی	لامبداویکلز	/۰۶۰	۱۸/۲۶	۶	۷	۰۰۱	۰/۹۴۰
	اثر هتلینگ	۵/۶۲۵	۱۸/۲۶	۶	۷	۰۰۱	۰/۹۴۰
	بزرگ‌ترین ریشه خط	۵/۶۲۵	۱۸/۲۶	۶	۷	۰۰۱	۰/۹۴۰

1. analysis of covariance
2. Levine test

جدول ۴ معناداری یا عدم معناداری کل مدل و همچنین تأثیرات متغیر مداخله (هیپنوتیزم‌درمانی شناختی) بر متغیر رضایت زناشویی و تصویر بدنی را در مرحله پس‌آزمون به تفکیک نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر بین گروهی مداخله در افزایش نمره تصویر بدن و رضایت زناشویی معنادار است (p < ۰/۰۰۱).

جدول ۴

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای تصویر بدن و رضایت زناشویی

مؤلفه	منبع تغییر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور سهمی اتا(Eta)
	پیش‌آزمو	۱۹۹/۴۱۸	۱	۱۹۹/۴۱۸	۸/۹۶۲	۰۷	۰/۳۲۱
نمره کل	گروه	۱۱۶/۹۵۸	۱	۱۱۶/۹۵۸	۱۹/۸۵۳	۰۰	۰/۹۴۲
تصویر بدن	خطا	۴۲۲/۷۶۴	۹	۲۲/۲۵۱			
	کل	۶۳۱۵۹	۲				
	پیش‌آزمو	۳۷۷/۴۴۹	۱	۳۷۷/۴۴۹	۱۷/۹۲۰	۰۱	۰/۴۹۹
نمره کل	گروه	۱۱۶۶/۵۶۸	۱	۱۱۶۶/۵۶۸	۱۵/۱۷۶	۰۱	۰/۴۵۷
رضایت	خطا	۶۸۳/۶۳۰	۸	۷۶/۸۶۸			
زناشویی	کل	۶۲۲۴۷۱	۲				

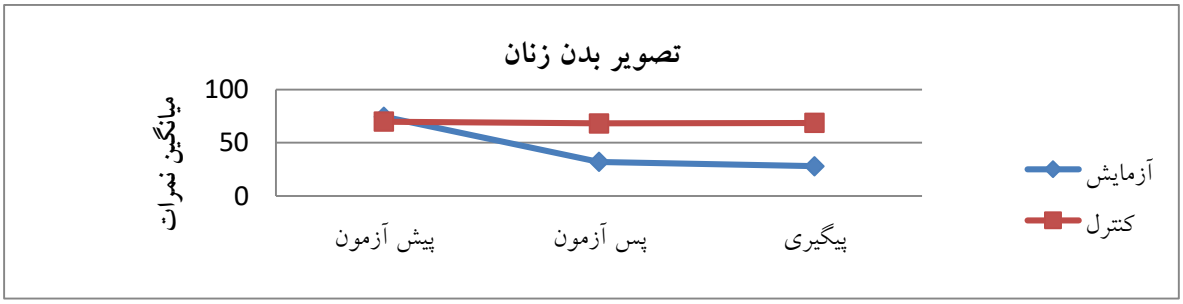
جدول ۵

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دوتایی گروه‌ها در متغیرهای تصویر بدن زنان و رضایت زناشویی

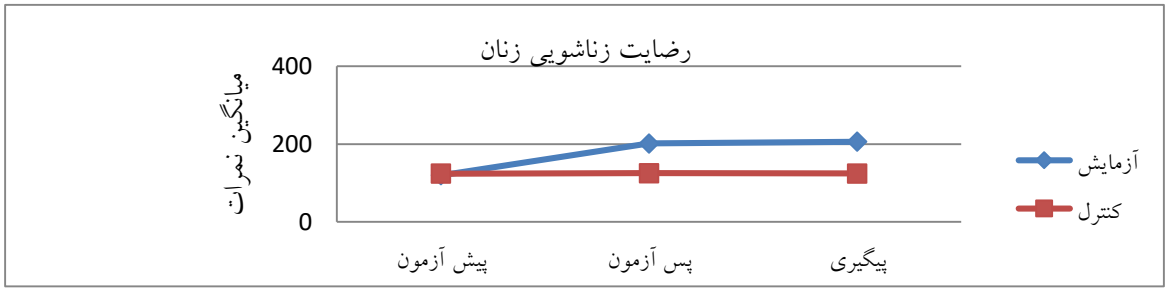
مؤلفه	مرحله	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
نمره کل تصویر بدن	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	آزمایش	-۳۷/۵۰۸	۲/۱۷۲	۰/۰۰۰
		کنترل	۳۷/۵۰۸	۲/۱۷۲	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	آزمایش	-۴۲/۵۹۰	۲/۳۳۵	۰/۰۰۰
		کنترل	۴۲/۵۹۰	۲/۳۳۵	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون- پیگیری	آزمایش	-۳/۳۷۶	۴/۳۷۵	۰/۴۵۲
		کنترل	۳/۳۷۶	۴/۳۷۵	۰/۴۵۲
نمره کل رضایت زناشویی	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	آزمایش	۸۳/۸۲۷	۶/۹۸۳	۰/۰۰۰
		کنترل	-۸۳/۸۲۷	۶/۹۸۳	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون- پیگیری	آزمایش	۹۳/۴۹۲	۷/۰۳۹	۰/۰۰۰
		کنترل	-۹۳/۴۹۲	۷/۰۳۹	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون- پیگیری	آزمایش	۱۰۹/۵۵۰	۶۴/۴۹۸	۰/۱۱۵
		کنترل	-۱۰۹/۵۵۰	۶۴/۴۹۸	۰/۱۱۵

نتایج آزمون بونفرونی[1] نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش (هیپنوتیزم‌درمانی شناختی) و گروه کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معنی‌داری (p < ۰/۰۰۱) وجود دارد. بدین معنی که هیپنوتیزم‌درمانی شناختی در تصویر بدن زنان و رضایت زناشویی آنان مؤثر بوده است. اما بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پیگیری نسبت به پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بنابراین افزایش نمره تصویر بدنی و رضایت زناشویی در اثر هیپنوتیزم‌درمانی شناختی، در مرحله پیگیری پایدار مانده است (نمودار ۱ و ۲).

1. Bonferoni test



نمودار ۱. نمره کل تصویر بدن زنان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری



نمودار ۲. نمره کل رضایت زناشویی زنان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان انجام شد.. نتایج پژوهش نشان داد انجام مداخله هیپنوتیزم‌درمانی شناختی توانست نمره مؤلفه‌های تصویر بدن زنان را نسبت به گروه کنترل ارتقا دهد. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج پژوهش‌های آبرین و همکاران (۱۳۹۶)؛ استارک (۲۰۱۹)؛ افضلی و فرحزادیان (۱۳۹۶)؛ جانسون و همکاران (۲۰۱۶)؛ شمسی سولاری و مولوی (۱۳۹۹)؛ رجایی و همکاران (۱۳۹۶)؛ رقیبی و صنعت نمل (۱۳۹۷)؛ عطار و همکاران (۱۳۹۹)؛ فرحزادی و همکاران (۱۳۹۶)؛ محمدی (۱۳۹۶)؛ والش (۲۰۰۸) همسویی دارد. در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت اغلب افراد مبتلا به تصویر بدنی منفی، بینش ضعیف یا باورهای هذیانی مرتبط با این اختلال دارند و تمایل دارند این‌طور فکر کنند که نظر بیشتر افراد در رابطه با نقص خیالی‌شان، مانند آنهاست. هیپنوتیزم، فرایند بازسازی شناختی را در تصویر بدنی تسهیل می‌کند و فرد با تفکر واگرایی[1] که در حالت هیپنوز به‌دست می‌آورد، بهتر می‌تواند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند. به‌طورکلی، یکی از مشکلات در اختلالات روانی مختلف، نبودن تفکر واگرا و یک‌جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی[2] و تحریف واقعیت[3] منجر می‌شود. این‌گونه به‌نظر می‌رسد که هیپنوتیزم با تأثیر بر مؤلفه بازبودن ذهن و گسترش آگاهی (مشابه با تکنیک‌های درمان‌های موج سومی همانند ذهن‌آگاهی[4]) تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف‌کردن این مشکل، کمک‌کننده است. زمانی‌که درمان‌جویان مستعد خطر، تحت شرایط هیپنوتیزمی، تصویرسازی ذهنی مختلف نگران‌کننده را از خود بروز می‌دهند، اثر عینی از آن تصویر در ذهن وجود داشته باشد (لازاروس، آمولد، ۲۰۰۸) این موضوع احتمالا می‌تواند موجب تجربه نسبتا واقعی از مواجهه با رویدادهای اجتناب‌شده و جلوگیری از آیین‌واره‌ها[5] در افراد

1. divergent thinking
2. cognitive errors
3. reality distortion
4. mindfulness
5. rituals

مبتلا به تصویر بدنی باشد که هیپنوتیزم موجب می‌شود این رفتارها به‌تدریج حساسیت‌زدایی شود.

خودهیپنوتیزمی می‌تواند با القاهای هیپنوتیزمی مختلف و تلقینات پس‌هیپنوتیزمی افزایش یابد. درنتیجه توسعه خود هیپنوتیزمی مثبت از طریق انحراف از تمایل به تلقینات منفی خودهیپنوتیزمی، صورت می‌گیرد (رابرتسون، ۲۰۰۸). با توجه به این نکات، خودهیپنوتیزم‌های منفی در تصویر بدنی نیز می‌تواند با تمرین‌های خودهیپنوتیزمی مثبت برای شکل‌دهی افکار سالم‌تر و تمرین‌های شناختی رفتاری، اصلاح و تعدیل شود. با توجه به اینکه در حالت هیپنوتیزمی، یادگیری فرد افزایش می‌یابد، استفاده از خود هیپنوتیزم علاوه بر دیگر هیپنوتیزمی، یادگیری مهارت‌های درمانی را بیشتر می‌کند.

یافته دیگر این بود که هیپنوتیزم‌درمانی شناختی در افزایش رضایت زناشویی زنان نیز تأثیر معناداری گذاشته است. نتایج مطالعات مختلف نشان داده‌اند 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 حساسیت‌زدایی منظم بوده است (سفاک اوزتورک و آرکار، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات مختلف مؤید این بوده است که درمان شناختی - رفتاری جنسی بر بهبود سردمزاجی زنان و عملکرد جنسی آنها (ماشب، کرن، لوزانو، مین کین و ریچمن، ۲۰۰۹)، سازگاری زناشویی و کاهش دل‌زدگی زناشویی[1] (تیرکوئیل، باس و وان لانکولد، ۲۰۱۰)، بهبود لذت جنسی[2] (ذوالفقاری، مولوی، کجباف و صالح‌زاده،۱۳۹۰)، مؤثر بوده است. استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثر رساندن آگاهی طولانی‌مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل رساندن حواس‌پرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند (تاسی، بایسدن، ۲۰۰۸). همچنین هیپنوتیزم، چارچوبی ذهنی ارائه می‌کند 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 واقعی افکار غیرعادی را تسهیل بخشد (الادین، ۲۰۰۸). همچنین هیپنوتیزم ارائه‌دهنده‌ی تلقینات پس‌هیپنوتیزمی[3] است که می‌توانند در تغیر مشکلات رفتاری، ناتوانی‌های شناختی و عواطف منفی بسیار قدرتمند باشد. اغلب تلقینات پس‌هیپنوتیزمی به‌منظور شکل‌دهی رفتار استفاده می‌شود (الادین، ۲۰۰۸). از آنجایی‌که می‌توان درمان شناختی را نیز نوعی شرطی‌سازی در باورها و رفتارها درنظر گرفت، الحاق هیپنوتیزم به درمان شناختی را می‌توان تسهیل‌کننده این شرطی‌سازی دانست. ترکیب دو درمان روان‌درمانی شناختی-رفتاری و هیپنوتراپی، موجب افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی و همچنین کاهش خستگی و ضعف عضلانی می‌شود (پیرایرانی، سلیمانخانی، معتمدی شلمزاری و صیاد، ۱۳۹۷). در این رابطه می‌توان گفت ازآنجایی‌که عوامل روان‌شناختی در پیدایش، شدت یا تداوم درد نقش حیاتی دارند و درد ایجادشده سبب ناراحتی و افت عملکرد می‌شود و با توجه به اینکه پیام ارسال‌شده از اندام‌ها پس از عبور از طریق نخاع و رسیدن به مغز، توسط قشر مخ ادراک می‌شود، هیپنوتیزم با تأثیر بر روی ادراک قشر مخ بر کاهش دردهای روانشناختی بسیار مؤثر است (کیلستروم، ۲۰۱۳).

با عنایت به اینکه پژوهش حاضر در بین زنان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره التیام بابلسر صورت گرفته است و به دلیل اندک بودن تعداد نمونه مورد مطالعه پیشنهاد می‌شود جهت افزایش گستره تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در نمونه‌های وسیع‌تر و جوامع دیگر تکرار شود. همچنین این پژوهش یک مطالعه مقطعی بوده است که تاثیرات روش درمانی را تنها طی یک دوره دو ماهه مورد بررسی قرار داده است، بر این اساس پیشنهاد می‌شود جهت بررسی تأثیرات بلندمدت این روش درمانی تحقیقات طولی مناسبی صورت گیرد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده و با عنایت به مزایای هیپنوتراپی که می‌تواند به بهبود تصویر بدنی و افزایش رضایت زناشویی کمک کند، به‌نظر می‌رسد الحاق هیپنوتیزم به درمان شناختی، قابل توجیه است. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی در قالب برنامه‌هایی با فشردگی یکسان، مقایسه شود. همچنین اثر متغیرهایی

1. marital boredom
2. sexual pleasure
3. inductions after hypnosis

مانند میزان هیپنوتیزم‌پذیری بیماران و اختلالات همانند در میزان اثربخشی درمان لحاظ شود.

سپاسگزاری:
پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان جهت مشارکت در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع:
این پژوهش برگرفته از رساله‌ی دکتری رشته مشاوره کبری جانباز فریدونی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر است. بدین وسیله پژوهشگران تصریح می‌نمایند در طول فرایند مطالعه تعارض منافعی درخصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

آبرین، م.، زمستانی، م.، ربیعی، م.، و باقری، ا.ه. (۱۳۹۶). کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن: مطالعه موردی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۳، ۴۰۷-۳۹۷.

اخوان اکبری، پ.، و حسین‌زاده, م. (۱۳۹۱). *تاریخچه و سیر تحول هیپنوتیزم*. اولین همایش ملی علمی پژوهشی دانشجویی قران پژوهی و طب اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی، ۱۹ شهریور ۱۳۹۱.

افضلی، ع.، و فرخزادیان، ع. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) در تغییر سطح رضایت جنسی، رضایت زناشویی و نگرانی از تصویر بدنی (BICI) در کارمندان زن متأهل مبتلا به افسردگی. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۱۶*، ۱۲۱-۱۱۳.

براتی، ه.، و باقری کیان، آ. (۱۳۹۸). بررسی نقش واسطه‌ای تعارض کار- خانواده در رابطه بین ویژگی شخصیتی کنشور و رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی خانواده، ۶* ، ۲۸-۱۵.

بنی فاطمه، ح.، و طاهری تیمورلویی، ط. (۱۳۸۸). تعیین عوامل اجتماعی فرهنگی مرتبط با میزان رضایت از زندگی زناشویی در میان زنان متأهل آذرشهر. *جامعه شناسی*، ۲، ۲۹-۷.

بیرامی، م.، فهیمی اکبری، ا.، و امیری پیچاکلایی، ا. (۱۳۹۱). پیش‌بینی رضایت زناشویی بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و مؤلفه‌های تمایزیافتگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴، ۷۷-۶۴.

پیرایرانی، س.، سلیمانخانی، ح.، معتمدی شلمزاری، ع.، و صیاد، س. (۱۳۹۷). اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی در کاهش افکار مزاحم، اجتناب، بیش برانگیختگی و شدت درد در زنان مبتلا به سرطان پستان. *دو فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۲، ۱۰۸-۹۹.

تابان، م.، دولتشاهی، ب.، افتخار، م.، و پوزشهباز، ع. (۱۳۹۵). رابطه رضایتمندی زناشویی زوجین با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در جمعیت منتخب تهرانی سال ۹۵. *نشریه پرستاری و مامایی*، ۹۴، ۶۳-۴۸.

تکتم جان نثاری، ن.، شهیدی، ش.، خادمی، ع.، ایمانی، س.، و گنجویان، م.ص. (۱۳۹۳). مقایسه نگرانی درباره تصویر بدنی و حرمت خود بین نوجوانان مبتلا به اسکولیوز بدون بریس، تحت درمان بریس و نوجوانان عادی. *روانشناسی معاصر*، ۹، ۲۸-۱۷.

ثنایی، ب.، علاقبند، س.، فلاحتی، ش.، و هومن، ع. (۱۳۹۲)، *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارت بعثت.

جوادی، ب.، افروز، غ.، حسینسان، س.، آذربایجانی، م.، و غلامغلی لواسانی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی و تعاملات عاطفی با رویکرد ارزش‌های دینی بر رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی خانواده*، ۲، ۳-۱۴.

ذوالفقاری، م.، مولوی، ح.، کجباف، م. ب.، و صالح‌زاده، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر میزان اختلالات جنسی زنان. مطالعات *روان‌شناختی*، ۷، ۳۲-۱۱.

رجایی، ف.، و عشقی، ر. (۱۳۹۶). تأثیر هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر بهبود اضطراب و عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس. *مجله روانشناسی بالینی*، ۹، ۲۲-۶.

رقیبی، م.، و صنعت‌نما، م. (۱۳۹۸). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر کاهش دل‌زدگی زناشویی زوجین و تصویر بدنی زنان. *سلامت جامعه، ۱۳*، ۳۲-۲۱.

سلیمانیان، ع. ا. (۱۳۷۳). *بررسی تفکرات غیرمنطقی بر رضایت زناشویی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تربیت‌معلم.

سهرابی، ف.، پاشا، ر.، نادری، ف.، عسگری، پ.، و احتشام‌زاده، پ. (۱۳۹۶). بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نمایه توده بدنی و خودپنداره افراد با اضافه‌وزن. *مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران، ۱۲*، ۵۱-۴۳.

شمسی سولاری، م.، و مولوی، ح. (۱۳۹۹). تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر توانایی کنترل وزن, رضایت از تصویر بدنی و رضایت از زندگی در زنان مبتلا به چاقی شهر اصفهان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۲۱*، ۲۴-۱۴.

عابدی، ا.، مسیبی، ع.، و عریضی، ح. ر. (۱۳۹۲)، فراتحلیل اثربخشی مداخلات روان‌شناختی به‌صورت گروهی بر میزان رضایت زناشویی: (ایران ۱۳۸۳-۱۳۸۹). *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۳*، ۲۱-۱.

عطار، س.، بهنیا اصل، ف.، حیدری، ز.، و محمودی، ن. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری (CBT)برافزایش صمیمیت جنسی و کاهش نگرانی از تصویر بدن در زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۴۳*، ۲۵-۱۳.

فانی سبحانی، ف.، خلعتبری، ج.، و رحمتی، ص. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت جنسی و سازگاری زناشویی زنان نابارور. *روان‌شناسی کاربردی، ۱۲*، ۴۶-۲۵.

فرحزادی، م.، مداحی، م. ا.، و خلعتبری، ج. (۱۳۹۶). مقایسه‌ی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه‌درمانی شناختی-رفتاری بر نارضایتی از تصویر بدنی و حساسیت بین‌فردی زنان دارای نارضایتی از تصویر بدنی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره (مطالعات تربیتی و روان‌شناسی)، ۷*، ۸۶-۶۹.

فکرت، ف.، ابراهیمی‌نژاد، غ.، و رضوی نعمت‌الهی، و. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط بین تصویر بدنی و عزت‌نفس با سازگاری زناشویی در کارمندان زن دانشگاه علوم پزشکی کرمان. *مجله بهداشت و توسعه، ۳*، ۳۱۴-۳۰۴.

فلسفی، آ.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۸). تأثیر آموزش مثبت‌نگری بر نشخوار فکری, تصویر بدن و رضایت جنسی در زنان با سقط مکرر. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۷*، ۲۱۰-۲۰۲.

قربانعلی‌پور، م.، نجفی، م.، و نسیمی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی واقعیت‌درمانی بر شادکامی و امیدواری در زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴*، ۲۴-۱۱.

لطیف‌نژاد رودسری، ر.، کرمی دهکردی، ا.، اسماعیلی، ح.، موسوی‌فر، ن.، و آقامحمدیان شعرباف، ح. ر. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط تصویر ذهنی از بدن با سازگاری زناشویی در زنان نابارور. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۴*، ۱۹-۹.

محمدی، ف. (۱۳۹۶). *اثربخشی برنامه شناختی– رفتاری مبتنی بر تصویر بدن بر رضایت و عملکرد جنسی دانشجویان زن متأهل*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی گرایش علوم تربیتی. دانشگاه تهران.

نامنی، ا.، و نامنی، ا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای ارتباطی و رضایت زناشویی زنان ناسازگار. *پژوهش‌های مشاوره، ۱۵*، ۴۳-۳۱.

یوسفی، ر.، عابدین، ع.، تیرگری، ع.، و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزشی مبتنی بر مدل طرحواره‌ها در ارتقاء رضایت زناشویی. *مجله روانشناسی بالینی، ۲*، ۱۱-۱.

REFERENCES

Aigbiremhon, I. J., Okonkwo, E. A., & Kalunta, O. G. (2019). Job variables as predictors of marital satisfaction and marital conflict among female bank employees. *Journal of Social Sciences*, *4*, 28-44.

Alladin A., & Amundson J. (2016). Cognitive hypnotherapy as a

transdiagnostic protocol for emotional disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64,* 147-66.

Alladin, A. (2008). Cognitive Hypnotherapy. *Chichester: John Wiley & Sons*. [DOI:10.1002/9780470773239].

Alladin, A. (2008). *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Alladin, A. (2012). Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis, 54*, 249-62.

Araoz, D. L. (1985). *The New Hypnosis*. New York: Bruuner/Mazel.

Bali, A., Dhingra, R., & Baru, A. (2010). Marital adjustment of childless couples. *Journal of Social Science, 24,* 73-76.

Dalton, E. J., Rasmussen, V. N., Classen, C. C., Grumann, M., Palesh, O. G. & Zarcone, J. (2009). Sexual adjustment and body image scale (SABIS): A new measure for breast cancer patients. *The Breast Journal, 15*, 287- 290.

Eckert, R. M. (2009). *Intimacy, libido, depressive symptoms and marital satisfaction in postpartum couple.* Unpublished Doctoral Dissertation. Drexel University.

Eneaa, V., & Dafinoiua, I. (2013). Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 13*, 36-40.

Esposito, K., Ciotola, M., Giugliono, F., Bisogni, C., Schisano, B. & Autorino, R. (2007). Association of body weight with sexual function in women. *International Journal of Impotence Research, 19*, 353-357.

Fett, A. K., Lattimore, P., Roefs, A. & Geschwind, J. A. (2009). Food cue exposure and body image satisfaction: The moderating role of BMI and dietary restraint. *Body Image, 6*, 14- 18.

Geonet, M., De Sutter, P., & Zech, E. (2013). Cognitive factors in women hypoactive sexual desire disorder. *Sexologies, 22*, 9-15.

Golden W. L., Dowd, E. T., & Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy: A modern approach*. Oxford: Pergamon Press.

Johnson, A. K., Johnson, A. J., Barton, D., & Elkins, G. (2016). Hypnotic Relaxation Therapy and Sexual Function in Postmenopausal Women: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 64*, 213–224.

Kihlstrom, J.F. (2013). Neuro-Hypnotism: Prospects for Hypnosis and Neuroscience. *Cortex, 49*, 365-374.

Kilic, E., Taycan, O., Belli, A.K., & Ozmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on boby image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning Turk. *Turk Psikiyatri Derg, 18*, 302-310.

Kirsch I, Montgomery G, & Sapirstein G. (2005). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis.Consulting and Clinical Psychology. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 63*, 214-20.

Lazarus, A. A. (2008). *A multimodal framework for clinical hypnosis. In:*

Alladin A, Editor. Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Littleton, H. L., Axsom, D. & pury, C. L. S. (2005). A development of body image concern inventory. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 224-241.

Masheb R. M., Kerns, R. D., Lozano, C., Minkin, M. J., & Richman, S. (2009). A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain, 141*, 31-40.

Meltzer, A. L. & McNulty, J. K. (2010). Body image and marital satisfaction: Evidence for the mediating role of sexual frequency and sexual satisfaction. *Journal of Family Psychology, 24*, 156-169.

Pourhamidi, M., Sarvghad, S., Baghouli, H., & Rezai, A. (2019). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on Reducing Anxiety Symptoms and Improving the Quality of Life of First Period High School Male Students with Test Anxiety. *Report of Health Care, 5*, 54-63.

Safak Ozturk, C., & Arkar, H. (2017). Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus. *Turk Psikiyatri Dergisi, 28*, 42-57.

Siddiqui, N. (2007). Cognitive Behaviour therapy and hypnosis. Available at:http://www: Nadim. Siddiqui.com

Simpson, S. (2005). Cognitive Behaviour therapy clinical hypnisis. Available at:http.www:cognitive-hypnoshs.co.uk.

Starc, A. (2019). Clinical Hypnosis and Female Sexual Dysfunction: A Case Report. *Journal of Applied Health Sciences, 5*, 105-111.

Ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 595-610.

Tomas, J. H. (2006). *The effects of hypnotic ego strengting on self- esteem*. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of master of arts in education, Washington State University College of Education.

Tosi, D.J., & Baisden, B.S. (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.

Van den Brink, F., Smeets, M. A. M., Hessen, D. J., & Woertman, L. (2015). Positive Body Image and Sexual Functioning in Dutch Female University Students: The Role of Adult Romantic Attachment. *Archives of Sexul Behavior, 31*, 11-23.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image, 1*, 113-125.

Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: A treatment manual*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Walsh, B. J. (2008). Hypnotic Alteration of Body Image in the Eating Disordered.

American *Journal of Clinical Hypnosis*, *50*, 4- 17.

Woertman, L., & Van Den Brink, F. (2012). Body image and female sexual functioning and behavior: A review. *The Journal of Sex Research*, *49*, 184- 211.

Yapko, M. D. (2012). *An introduction to the practice of clinical hypnosis*. Abingdon: Routledge.

COPYRIGHTS

©2021 by the authors. Licensee Family Psychology Association of Iran (FPAI). This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)