

بررسی اثربخشی خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان متاهل سنین باروری در

شهرستان سبزوار در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹

زینب السادات علوی زاده^۱، مریم فرجامفر^۲، شهربانو گلی^۳، امید گرکز^۳، سحر پاریاب^۴، محبوبه پورحیدری^۵،

مهدی فتحی^۶

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۲- دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۳- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۴- گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۵- مرکز تحقیقات سلامت جنسی و باروری، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

۶- دانشیار بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

DOI: [10.18502/ijre.v21i1.19495](https://doi.org/10.18502/ijre.v21i1.19495)

اطلاعات مقاله

تاریخ دریافت

۱۴۰۳/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش

۱۴۰۴/۰۳/۱۱

نویسنده رابط

محبوبه پورحیدری

ایمیل نویسنده رابط

poorheidari@shmu.ac.ir

نشانی نویسنده رابط

گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی،

دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود،

ایران

واژگان کلیدی: خواب درمانی، رفتاری،

عملکرد، زنان

چکیده

مقدمه و اهداف: رابطه جنسی سالم به عنوان یکی از مولفه‌های اساسی زندگی انسان، یکی از نشانه‌های سلامتی جسم و روان بوده که در کیفیت زندگی فردی و زناشویی تاثیر بسزایی دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان متاهل سنین باروری در شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد.

روش کار: این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی ساده قبل و بعد از مداخله و پیگیری یک ماهه با گروه مداخله و کنترل انجام شد. نمونه شامل ۷۰ زن واجد شرایط بود. گروه مداخله (N=۳۵) تحت چهار جلسه مشاوره انفرادی خواب درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل (N=۳۵) هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه دموگرافیک، مقیاس القای هیپنوتیزم (HIP) و شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

یافته‌ها: بر اساس نتایج، عملکرد جنسی بین گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله خواب درمانی شناختی رفتاری ($p > 0/001$) و یک ماه بعد از مداخله ($p > 0/001$) اختلاف معنی دار داشت. تحلیل مولفه‌های عملکرد جنسی (میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت جنسی، ارگاسم، رضایت جنسی و درد) نشان داد که همه مولفه‌ها به جز مولفه درد و رضایتمندی در بعد از مداخله و پیگیری بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری داشتند. مولفه رضایتمندی فقط در یک ماه بعد از مداخله تفاوت معنی دار داشت ($p = 0/010$).

نتیجه‌گیری: مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری روی بهبود عملکرد جنسی زنان و اغلب مولفه‌های آن موثر است. توصیه می‌شود از این رویکرد در ارتقا عملکرد جنسی زنان استفاده شود. و همچنین انجام مطالعات کامل و جامع تر می‌تواند کمک کننده باشد.

مقدمه

نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و

نیاز به خواب قرار می‌گیرد، در حیطه نیازهای معنوی و

عرفانی نظیر نیاز به زیبایی و کمال نیز در نظر گرفته

مطالعه و شناخت تمایلات و رفتارهای جنسی انسان از

جمله مهم‌ترین مسائل بهداشت عمومی و به خصوص

بهداشت روانی است. نیاز جنسی علاوه بر اینکه در رده

آموزش مهارت‌های ارتباطی، ارتقاء مهارت‌های زوجین ناباور بر عملکرد جنسی و درمان تحلیل رفتار متقابل بر عملکرد جنسی است. در طی دهه ۱۹۶۰، رویکردهای رفتار درمانی، به خصوص حساسیت‌زدایی منظم برای درمان برخی از مشکلات جنسی معرفی شدند. طبق این رویکردها اکثر مشکلات جنسی اکتسابی‌اند و بنابراین می‌توان آن‌ها را با استفاده از روش‌های درمانی مبتنی بر یادگیری تغییر داد. از نظر درمانگران، فرآیند پردازش شناختی مهم‌تر از عوامل زیست‌شناختی و فیزیولوژیک است. نگرش منفی نسبت به فعالیت جنسی، می‌تواند علائم را تشدید و یا دائمی کند. بنابراین بررسی خودتلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل مشکلات جنسی کمک‌کننده است (۸، ۹).

رویکرد مشاوره شناختی‌رفتاری از جمله رویکردهای متداول در درمان اختلالات جنسی است. اکثر برنامه‌هایی که برای درمان اختلالات جنسی مطرح شده‌اند بر این فرض مبتنی هستند که تغییر شناختی، تغییر رفتاری را نیز به دنبال دارد و از این‌رو از رویکرد رفتاری نیز استفاده می‌کنند. پژوهشگران، رفتار درمانی شناختی، آموزش آرمیدگی، خواب درمانی و راهنمایی ذهنی را به عنوان درمان‌های موفق عملکرد نامطلوب جنسی بیان کرده‌اند (۱، ۲). نمونه‌هایی از تکنیک‌های شناختی مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از: افزایش آگاهی جنسی از طریق ارائه اطلاعات، آموزش خیال‌پردازی، مهارت تمرکز-توجه، بازسازی نگرش‌های غیرمنطقی جنسی، بازسازی

می‌شود (۱). سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را تعادلگر و همسوکننده فکر، جسم و احساس می‌داند که عامل ارتقادهنده ابعاد اجتماعی و معنوی شخصیت افراد نیز می‌باشد و منجر به عشق ورزی می‌گردد (۲). عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است (۳). عملکرد جنسی در زنان عبارت است از توانایی رسیدن به هیجان و میل جنسی، رطوبت و لغزندگی، ارگاسم و رضایتمندی که باعث ارتقا سلامت و کیفیت زندگی می‌شود (۴). اختلال عملکرد جنسی زنان شامل شرایط مختلفی است که با ناراحتی شخصی گزارش شده در یک یا چند زمینه زیر مشخص می‌شود: میل، برانگیختگی، ارگاسم و درد. اگرچه اختلال عملکرد جنسی زنان نسبتاً شایع است، اما کمتر اتفاق می‌افتد زنان آن را با ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی خود در میان بگذارند (۵). در حالی که رابطه جنسی خوب، باعث لذت، رضایت و نزدیکی هیجانی زوجین می‌شود، اختلال در کارکرد جنسی می‌تواند سبب ناراحتی شدید فردی شده و بر کیفیت زندگی و ارتباطات بین فردی تأثیری منفی بگذارد. آمارهای موجود بیانگر آن است که حدود ۱۹ تا ۴۵ درصد از زن‌ها حداقل از یک مشکل جنسی رنج می‌برند (۶). اختلال عملکرد جنسی به شدت می‌تواند کیفیت زندگی بسیاری از زنان را کاهش دهد (۷). انواع مختلفی از رویکردها بر عملکرد جنسی زنان تأثیر دارد که شامل رویکرد شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مدل سلامت جنسی بر عملکرد جنسی، مدل پلیست، مدل بتر،

خودگویی‌های سازگارانه، آموزش مهارت حل مساله. همچنین تکنیک‌های رفتاری مورد استفاده در درمان اختلالات جنسی عبارتند از: تکالیف خودپایی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، آموزش آرمیدگی و تکالیف رفتاری مثل تمرکز حسی-بدنی و تمرکز حسی-تناسلی. این رویکرد به جای تمرکز صرف بر جنبه‌های آشکار کارکرد جنسی، عوامل شناختی را نیز در جریان ارزیابی و درمان مورد توجه قرار می‌دهد (۸). خواب درمانی حالت گذرایی است که از تغییر در دقت فرد به وجود می‌آید و منجر به تغییر در آگاهی و حافظه، افزایش حساسیت، تلقین پذیری و بروز پاسخ‌ها و تصوراتی می‌شود که در حالت عادی در فرد نیست. خواب درمانی نوعی فعالیت طبیعی ذهن بهنجار است که از طریق آن توجه متمرکز شده و قضاوت انتقادی به طور نسبی تعلیق می‌شود و آگاهی از محیط کاهش می‌یابد. در خواب درمانی، فرد بر یک محرک خاص تمرکز می‌کند و به سایر محرک‌ها از جمله محرک‌های محیطی یا بدنی توجهی ندارد. خواب درمانی به طور معمول شامل تلقینات برای تغییر در تجربه ذهنی، ادراک، احساس، فکر یا رفتار می‌شود. پیچیدگی انسان و تمایلات جنسی و منحصر به فرد بودن آن، درمانگران را به استفاده از هیپنوز تشویق می‌کند. تحقیقات (آرائوز و کارس، ۱۹۹۸) نشان داده‌اند که رویکردهای شامل تکنیک‌های هیپنوتیزمی در سکس‌تراپی، موثرتر از انواع بدون هیپنوتیزم بوده‌اند (۱۰-۱۴).

خواب درمانی تکنیکی برای تسهیل ارتباط بین بیمار و درمانگر است تا بیمار راحت‌تر مشکلات خود را بیان کند و سپس درمانگر با دادن تلقینات مناسب و ایجاد تجربه مثبت، احساس مثبتی در فرد به وجود می‌آورد. خواب درمانی شناختی رفتاری ترکیب خواب درمانی با روش‌ها و مفاهیم درمان شناختی رفتاری است. درمان‌های مبتنی بر خواب درمانی، قدرت مضاعفی را در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارائه می‌کنند. در حالت خواب درمانی، بیمار تلقین‌پذیرتر می‌شود و می‌تواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد. کریش، خواب درمانی را به عنوان یک درمان کمکی در درمان شناختی-رفتاری در هفته مطالعه بررسی کرد و به این نتیجه رسید که تا ۷۲ درصد اثر بهتری از درمان شناختی-رفتاری به تنهایی دارد (۱۵، ۱۶). به دلیل اثربخشی این رویکرد جهت ارتقای عملکرد جنسی در زنان و از طرف دیگر عدم وجود مطالعه‌ای مناسب در ایران و جهان و علی‌الخصوص در شهرستان سبزوار، و به دلیل اهمیت بالای کیفیت روابط جنسی در حفظ و پایداری خانواده و اثر چشمگیر آن به ویژه بر سلامت روانی زنان، به خصوص در دوران پاندمی کرونا، بر آن شدیم تا با انجام این پژوهش کارایی خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی در زنان متاهل را سنجیده و با گروه کنترل مقایسه کنیم و این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان متاهل سنین باروری در شهرستان سبزوار در سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۹۹ انجام شد.

روش کار

این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی شده ساده در زمستان ۱۳۹۹ و بهار ۱۴۰۰ بر روی زنان متاهل سنین باروری مراجعه‌کننده به ۳ مرکز جامع سلامت شهر سبزوار انجام شد. ۷۰ نفر از زنانی (نمودار ۱) که نمره عملکرد جنسی آن‌ها بر اساس تست FSFI کمتر از ۲۸ و امتیاز هیپنوتیزم‌پذیری بر اساس تست HIP بیشتر از ۵ بود، وارد مطالعه شدند. از دیگر شرایط ورود به مطالعه، ملیت ایرانی، سن ۱۸ تا ۴۰ سال، گذشت حداقل سه سال از ازدواج، در حال زندگی با ثبات با همسر، داشتن حداقل یک فرزند، گذشت حداقل یک سال از آخرین زایمان، تحصیلات راهنمایی و بالاتر، و در دسترس بودن طی دو ماه آینده را می‌توان نام برد. معیارهای خروج شامل حضور در جلسه‌های مشاوره و روان‌درمانی غیر از مداخله پژوهش، تعارضات شدید زناشویی، ابتلا به بیماری‌هایی که روی عملکرد جنسی تاثیر می‌گذارند، سابقه بیماری‌های روان، مصرف داروهای روانپزشکی و خواب‌آور و داروهای هورمونی، مراجعه به روانشناس، مشاور یا روانپزشک در طول مداخله علی‌الخصوص استرس و اضطراب به خاطر کرونا، مواجهه با مرگ عزیزان یا حادثه تنش‌زای سنگین طی ۳ ماه گذشته علی‌الخصوص به خاطر کرونا، اعتیاد به مواد مخدر یا نوشیدنی‌های الکلی بود. همچنین شروع

مصرف داروهای تاثیرگذار بر عملکرد جنسی مانند داروهای آرام‌بخش، هورمونی و ... باردار شدن، دور بودن از همسر به مدت بیش از ده روز، غیبت بیش از یک جلسه، رخ دادن واقعه ناگوار مانند مرگ عزیزان، حوادث و اتفاقات غیرمترقبه در طی پژوهش، مبتلا شدن به بیماری جسمی یا اختلالات روان شدید و ناتوان‌کننده حین جلسات مثل اثرات روانی بیماری کرونا، شرکت در کلاس‌ها و کارگاه‌های سلامت جنسی در سایر موسسات و کلینیک‌ها در طول مداخله، و عدم تمایل فرد برای ادامه همکاری باعث ریزش افراد از شرکت در پژوهش می‌شد.

حجم نمونه با استفاده از میانگین تغییرات عملکرد جنسی و انحراف معیارهای آنها در دو گروه مداخله و کنترل در نتایج حاصل از مطالعه میرمحمد علی‌ئی و همکاران (۱۷)، (این مطالعه با هدف تاثیر برنامه آموزشی چگونگی روابط جنسی بر عملکرد جنسی زنان یائسه به صورت گروه مداخله و کنترل در ۴ جلسه دو ساعته انجام شد که اطلاعات نیز قبل از مداخله و دو ماه پس از پایان مداخله جمع‌آوری شد) با در نظر گرفتن توان ۸۰ درصد و خطای نوع اول ۰/۰۵ در هر گروه ۳۲ نفر به دست آمد که با احتساب ۱۰ درصد ریزش، ۳۵ نمونه در هر گروه برآورد شد (فرمول ۱).

$$n = \frac{(z_{(1-\alpha/2)} + z_{(1-\beta)})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{d^2} = \frac{(1.96 + 0.84)^2 (4.5^2 + 4.02^2)}{(2.4 - (-0.59))^2} = 32 \quad (1)$$

باتوجه به اهداف تحقیق، مطالعه جدیدترین منابع و مقالات مرتبط تهیه شده است.

ابزار گردآوری داده‌ها شامل ۳ بخش بود: بخش اول محقق ساخته، شامل ۲۶ سوال مربوط به مشخصات فردی بود که

در عدد فاکتور به دست می‌آید (از آنجا که در این پرسشنامه تعداد سوالات حوزه‌ها با یکدیگر برابر نیستند، ابتدا جهت هم‌وزن کردن حوزه‌ها با یکدیگر، نمرات حاصل از سوال‌های هر حوزه با هم جمع شده و سپس در عدد فاکتور ضرب می‌گردد). نمرات در نظر گرفته شده برای سوال‌های حوزه میل، تحریک روانی، رطوبت جنسی، ارگاسم، رضایتمندی و درد (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 ۶ حوزه با هم نمره کل مقیاس به دست می‌آید. به این ترتیب نمره-گذاری به گونه‌ای است که نمره بیشتر، مبین کارکرد بهتر جنسی است. بر اساس هم‌وزن نمودن حوزه‌ها، حداکثر نمره برای هر حوزه برابر ۶ و برای کل مقیاس ۳۶ خواهد بود. حداقل نمره برای حوزه میل جنسی (۱/۲)، حوزه تحریک روانی، رطوبت مهبل و ارگاسم و درد (۰) و حوزه رضایتمندی (۰/۸) و برای کل مقیاس کمترین نمره برابر ۲ و بیشترین نمره برابر ۳۶ است. نمره کمتر از ۲۸ نشان-دهنده عملکرد جنسی نامطلوب می‌باشد (۱۹). اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های متعدد خارجی و داخلی تعیین و تایید گردیده است و پایایی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمده است (۲۰). روایی و پایایی FSFI توسط محمدی و حیدری در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ در کل افراد و برای کل مقیاس ۰/۷۰ و بالاتر بوده است (۲۱).

روش گردآوری داده‌ها بدین صورت بود که پس از کسب مجوز کتبی از مقامات و مسئولین مربوطه در دانشگاه

بخش دوم پرسشنامه مقیاس القای هیپنوتیزم (HIP) بود که یک روش پنج دقیقه‌ای ارزیابی بالینی است که در یک جمعیت بالینی استاندارد شده و واجد معیارهای لازم است. HIP با به کار گرفتن علامت چرخش چشم به عنوان یک معرف بیولوژیک ظرفیت انفکاک، "جریان شناختی" را اندازه می‌گیرد. نمره کلی تست HIP بیانگر همگرایی سه خصوصیت "تلقین‌پذیری"، با "جذب" و "انفکاک" و نیز ارزیابی درجه حس "بی‌اختیاری" در فرد است، که ۱۲ سوال بوده و بین ۵ الی ۱۲ نمره گذاری می‌شود که نمره پایین‌تر از ۵ فرد دچار اختلال است همچنین علاوه بر اطلاعاتی که با HIP به دست می‌آید، سوژه ورود و خروج از حالت هیپنوز را تجربه می‌کند و اضطراب عملکردی احتمالی، هم در مورد سوژه و هم در مورد فرد تست کننده کاهش می‌یابد. در اصل، هدف اصلی و اختصاصی، ایجاد حالت هیپنوز نیست بلکه آزمودن ظرفیت تجربه هیپنوتیزمی مدنظر است. بنابراین هیچ شکست یا پاسخ غلط وجود ندارد، هدف ما ارزیابی میزان پاسخ است. HIP می‌تواند یک جزء متداول و مرسوم اولین دیدار و ارزیابی بیمار باشد. HIP با علامت چرخش چشم شروع می‌شود که به عنوان معیاری برای توانایی بیولوژیک و ذاتی برای تجربه انفکاک محسوب شده است (۱۸). بخش سوم پرسشنامه شاخص عملکرد جنسی زنان (FSFI) بود که توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال و ۶ حوزه است. طبق دستورالعمل طراح پرسشنامه، نمرات هر حوزه از طریق جمع نمرات سوال‌های هر حوزه و ضرب آن

علوم پزشکی شاهرود و دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، معرفی‌نامه جهت نمونه‌گیری در مراکز خدمات جامع سلامت شهر سبزوار دریافت شد. با همکاری معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، مراکز مختلف بهداشتی شهر (طبق محل استقرار) به سه طبقه اجتماعی اقتصادی ضعیف، متوسط و خوب تقسیم شد. از هر منطقه یک مرکز انتخاب شد. سپس از بین هر گروه یک مرکز درمانی به تصادف انتخاب شد. پژوهشگر در مراکز درمانی منتخب حضور یافته، با خانم‌هایی که به هر علتی به آن مرکز مراجعه کرده بودند ارتباط موثری برقرار می‌کرد، در مورد اهداف و چگونگی انجام پژوهش توضیحاتی ارائه می‌داد و پس از بررسی معیارهای ورود و خروج، پرسشنامه‌های رضایت‌آگاهانه و عملکرد جنسی FSFI را در اختیار فرد قرار می‌داد. همچنین آزمون مقیاس القای خواب درمانی انجام می‌شد. سپس افرادی که نمرات مورد قبول برای ورود به پژوهش را کسب می‌کردند، توسط پژوهشگر کددهی شده و توسط فرد دیگری به طور تصادفی و با رعایت بلوک‌های ۴ تایی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم می‌شدند. جهت سرعت بخشیدن به روند مطالعه، هم‌زمان با ادامه فرآیند نمونه‌گیری، جلسات

انفرادی مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری برای افراد گروه مداخله آغاز شد. به این ترتیب با توجه به انفرادی بودن جلسات مشاوره، برای هر فرد در گروه مداخله با هماهنگی خودش، یک روز در هفته، در ساعتی مشخص و برای ۴ هفته متوالی، جهت برگزاری جلسات مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری اختصاص داده می‌شد (جدول ۱). برای افراد گروه کنترل نیز زمان مناسبی جهت پر کردن پرسشنامه‌های مرحله قبل از مداخله در نظر گرفته شد، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ انجام شد. در این مطالعه جهت مقایسه متغیرهای کمی با توجه به نرمال بودن آن-ها از آزمون تی مستقل و برای مقایسه مقایسه متغیرهای کیفی در دو گروه مداخله و کنترل از آزمون خی دو و آزمون دقیق فیشر استفاده شد. میزان p کمتر از $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد و مقایسات به صورت دو طرفه انجام شد. همچنین این مطالعه در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود با کد اخلاق IR.SHMU.REC.1399.066 تصویب شده است و کد کارآزمایی بالینی آن IRCT20200705048009N1 می‌باشد.



نمودار شماره ۱- نمودار کانسورت مطالعه

جدول شماره ۱- محتوی جلسات خواب درمانی شناختی رفتاری

شماره جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه	تکلیف	زمان
۱	جلسه مقدماتی خوش آمدگویی معارفه، ارزیابی و بیان منطق درمان	معرفی و آشنایی مشاور و مراجع توضیح جلسات مشاوره، تشریح اهداف آن و آشنایی با رویکرد خواب درمانی شناختی رفتاری ایجاد رابطه مبتنی بر اعتماد ابلاغ قوانین و تعهد برای شرکت در جلسات جلب رضایت برای اجرای تمرین‌ها ایجاد انگیزه برای درمان توضیح راجع به عملکرد جنسی و اهمیت آن در کیفیت روابط زناشویی آموزش آناتومی و فیزیولوژی زنان تشریح مراحل چرخه پاسخ جنسی بررسی آزمون FSFI و مشکل جنسی احتمالی اصلاح باورهای نادرست درباره خواب درمانی انجام آرام سازی عضلانی	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 جلسه بعد با خود به همراه بیاورد.	۶۰ دقیقه
۲	استخراج باورهای ناکارآمد جنسی و چالش با آنها همراه با تلقینات خواب درمانی	مرور لیست باورها و افکار مثبت و منفی درمانجو بررسی افکار با کمک درمانجو خواب درمانی شناختی رفتاری با هدف آرامش و ریلکس شدن جایگزینی افکار غیرمنطقی و منفی با افکار منطقی و مثبت	از درمانجو خواسته شد روزی ۱۵ دقیقه تمرین آرامش عضلانی و تنفس عمیق را انجام دهد. تکرار و تمرین تلقینات گفته شده هرروز با تمرکز بر خودگویی‌های مثبت	۶۰ دقیقه
۳	آموزش حس یابی جنسی و غیرجنسی به همراه تکنیک خواب درمانی	آموزش مهارت تمرکز و توجه بر احساس جهت افزایش خودآگاهی جنسی بررسی ارتباط کلامی و چگونگی بیان هیجانات با همسر انجام خواب درمانی شناختی رفتاری آموزش انواع شیوه‌های مقاربت متناسب با مشکل درمانجو و تکنیک‌های آن به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه خواب درمانی	از درمانجو خواسته شد به منظور افزایش صمیمیت کلامی، تلقینات گفته شده را هرروز تکرار کند و تمرین آرامش عضلانی را همراه با مرور تلقینات گفته شده انجام دهد. تمرین تکنیک‌ها و شیوه‌های مقاربت آموزش داده شده	۶۰ دقیقه
۴	جلسه پایانی بررسی میزان حصول اهداف درمانی	مرور جلسات قبل ارزیابی تکنیک‌های مختلف به کار گرفته شده بررسی اثربخشی درمان رفع اشکالات موجود ارزیابی نتایج مثبت حاصل از درمان اجرای پس آزمون آرام سازی عضلانی		۶۰ دقیقه
۵	پیگیری یک ماه بعد از آخرین جلسه	اجرای آزمون‌ها تشکر و قدردانی به خاطر شرکت در مطالعه		۳۰ دقیقه

یافته‌ها

شامل سن فرد، سن همسر، نسبت خویشاوندی، تحصیلات فرد، تحصیلات همسر، وضعیت مسکن، شغل فرد، شغل همسر، مدت ازدواج، تعداد بارداری، تعداد فرزندان، نوع زایمان، فاصله از آخرین زایمان، روش پیشگیری از بارداری، درآمد، داروی مصرفی و نمره خواب درمانی پذیری در دو گروه مداخله و کنترل همگن بودند.

در مطالعه حاضر، اطلاعات دموگرافیک در ۷۰ نفر شرکت‌کننده و نمرات عملکرد جنسی در ۳۳ شرکت‌کننده در گروه مداخله و ۳۳ شرکت‌کننده در گروه کنترل جمع‌آوری شد. متغیرهای دموگرافیک و مامایی در جدول ۲ به تفکیک گروه مداخله و کنترل آورده شده است. با مقایسه این متغیرها چنین نتیجه‌گیری شد که تمامی متغیرها

جدول شماره ۲- مشخصات دموگرافیک و باروری افراد شرکت‌کننده در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه	مداخله (n=۳۵)		کنترل (n=۳۵)	
		انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	سطح معنی‌داری	سطح معنی‌داری
سن فرد (سال)		۳۱/۰۳ ± ۴/۱۳	۳۱/۴۴ ± ۳/۹۷	*.۰/۶۶۹	
سن همسر (سال)		۳۵/۱۸ ± ۴/۷۵	۳۴/۸۶ ± ۴/۶۰	*.۰/۷۷۹	
نسبت خویشاوندی	دارد	۷ (۲۰)	۱۰ (۲۸/۵۷)		
تعداد (درصد)	ندارد	۲۸ (۸۰)	۲۵ (۷۱/۴۳)	**۰/۳۸۱	
تحصیلات فرد	دیپلم و زیر دیپلم	۱۱ (۳۱/۴۳)	۱۱ (۳۱/۴۳)		
تعداد (درصد)	فوق دیپلم و لیسانس	۱۸ (۵۱/۴۳)	۲۲ (۶۲/۸۶)	**۰/۲۴۱	
	فوق لیسانس	۶ (۱۷/۱۴)	۲ (۵/۷۱)		
تحصیلات همسر	دیپلم و زیر دیپلم	۱۲ (۳۴/۲۹)	۱۴ (۴۰)		
تعداد (درصد)	فوق دیپلم و لیسانس	۱۹ (۵۴/۲۹)	۲۰ (۵۷/۱۴)	***۰/۴۱	
	فوق لیسانس	۴ (۱۱/۴۲)	۱ (۲/۸۶)		
وضعیت مسکن	ملکی	۱۴ (۴۰)	۱۴ (۴۰)		
تعداد (درصد)	استیجاری	۱۹ (۵۴/۲۸)	۱۷ (۴۸/۵۷)	***۰/۸۲۱	
	منزل والدین	۲ (۵/۷۲)	۴ (۱۱/۴۳)		
شغل فرد	آزاد	۵ (۱۴/۲۹)	۵ (۱۴/۲۹)		
تعداد (درصد)	کارمند	۷ (۲۰)	۶ (۱۷/۱۴)	**۰/۹۰	
	خانه‌دار	۲۳ (۶۵/۷۱)	۲۴ (۶۸/۵۷)		
شغل همسر	آزاد	۲۷ (۷۷/۱۴)	۳۰ (۸۵/۷۱)		
تعداد (درصد)	کارمند	۸ (۲۲/۸۶)	۵ (۱۴/۲۹)	**۰/۴۵۷	
مدت ازدواج (سال)		۹/۵۶ ± ۴/۶۲	۱۰/۵۵ ± ۳/۴۸	*.۰/۳۱۰	
تعداد بارداری		۱/۵۹ ± ۰/۸۶	۱/۶۹ ± ۰/۸۶	*.۰/۶۰۶	
تعداد فرزند		۱/۳۲ ± ۰/۵۹	۱/۴۴ ± ۰/۶۱	*.۰/۴۰۱	
نوع زایمان	طبیعی	۲۴ (۶۸/۵۷)	۲۴ (۶۸/۵۷)		
تعداد (درصد)	سزارین	۱۱ (۳۱/۴۳)	۹ (۲۵/۷۱)	***۰/۳۷۳	

	هر دو	۰ (۰)	۲ (۵/۷۲)
فاصله از آخرین زایمان (سال)	۳/۷۹ ± ۲/۷۵	۳/۴۳ ± ۲/۰۴	*.۰/۵۳۱
طبیعی	۲۵ (۷۱/۴۳)	۲۳ (۶۵/۷۱)	
کاندوم	۹ (۲۵/۷۱)	۷ (۲۰)	
آیودی	۱ (۲/۸۶)	۴ (۱۱/۴۳)	***.۰/۵۱۱
واژکتومی	۰ (۰)	۱ (۲/۸۶)	
درآمد	۲ (۵/۷۱)	۳ (۸/۵۷)	
تعداد (درصد)	۱۹ (۵۴/۲۹)	۱۹ (۵۴/۲۹)	***.۰/۹۹
متوسط	۱۴ (۴۰)	۱۳ (۳۷/۱۴)	
خوب	۳۵ (۱۰۰)	۳۴ (۹۷/۱۴)	
ندارد	۰ (۰)	۱ (۲/۸۶)	***.۰/۴۹۳
ویتامین و تقویتی	۲/۱۳ ± ۹/۵۸	۱/۸۲ ± ۹/۷۷	*.۰/۴۰۰
نمره خواب درمانی پذیری			

*آزمون تی مستقل، **آزمون خی دو، ***آزمون دقیق فیشر

و آزمون تی مستقل این تفاوت را معنادار نشان داد (p < ۰/۰۰۱). مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود عملکرد جنسی افراد در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل شد. همچنین در مرحله پیگیری که یک ماه بعد از پایان مداخله انجام شد میانگین نمره عملکرد جنسی در گروه مداخله بالاتر از گروه کنترل بود که بر اساس آزمون تی مستقل این تفاوت معنادار بود (p < ۰/۰۰۱).

با توجه به جدول ۳ در مولفه‌های میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت جنسی، ارگاسم و رضایت جنسی نیز اثر متقابل گروه زمان معنی‌دار شد. با توجه به میانگین نمرات که در جدول ۳ به تفکیک آمده است؛ مقایسه نمرات این مولفه‌ها بین دو گروه در بعد از مداخله نشان داد که مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری موجب بهبود میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت جنسی و ارگاسم شد.

جدول ۳ تحلیل نمرات عملکرد جنسی و مولفه‌های آن با استفاده از آنالیز اندازه‌گیری مکرر را نشان می‌دهد. نرمال بودن پیامدها با استفاده از نمودار و آزمون شاپیروویلیکس مورد تایید قرار گرفت. همگنی واریانس‌ها بین گروه مداخله و کنترل به تفکیک زمان‌های قبل، بعد از مداخله، و مرحله پیگیری مورد تایید قرار گرفت. همچنین فرض کرویت مورد بررسی قرار گرفت و در صورت برقرار نبودن از آماره گرینهایس گیسر استفاده شد. معنی‌دار شدن اثر متقابل زمان‌گروه در عملکرد جنسی به این معناست که روند تغییرات عملکرد جنسی از قبل از مداخله به بعد و پیگیری در دو گروه تفاوت معنی‌داری (p < ۰/۰۰۱) داشته است. با توجه به میانگین نمرات که در جدول ۳ به تفکیک آمده است، مقایسه عملکرد جنسی بین دو گروه در بعد از مداخله نشان داد که میانگین عملکرد جنسی در گروه مداخله ۱۸/۲۸ و در گروه کنترل ۵۶/۲۳ بوده است.

پیگیری خود را نشان داده است (جدول ۴). در مولفه درد، بین نمرات قبل از مداخله و بعد از مداخله در گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده نشد. در مرحله پیگیری نیز تغییرات معنی‌دار نبودند (نمودار ۲).

میانگین نمره مولفه رضایت جنسی در بعد از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌دار را نشان نمی‌دهد، اما معنی‌دار شدن اثر زمان گروه به این معنی است که روند تغییرات این مولفه از قبل مداخله به بعد و پیگیری تفاوت معنی‌داری ($p=0/010$) دارد. در واقع اثر مداخله در مرحله

جدول شماره ۳- تحلیل نمرات عملکرد جنسی و مولفه‌های آن با استفاده از آنالیز اندازه‌گیری مکرر

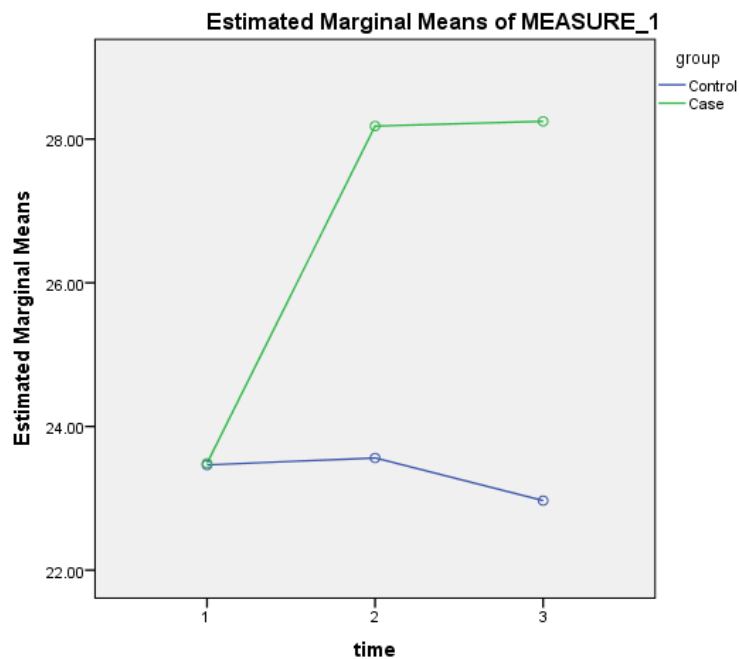
متغیر	p-value مربوط به اثر زمان	p-value مربوط به اثر متقابل	p-value مربوط به اثر گروه
عملکرد جنسی	<0/001	<0/001	<0/001
مولفه‌های عملکرد جنسی			
میل جنسی	<0/001	<0/001	<0/001
تحریک جنسی	<0/001	<0/001	<0/001
رطوبت جنسی	0/826	<0/001	0/034
ارگاسم	0/239	0/004	0/071
رضایت جنسی	0/062	0/010	0/212
درد جنسی	0/914	0/459	0/270

جدول شماره ۴- میانگین نمرات عملکرد جنسی و مولفه‌های آن قبل، بعد و یک ماه پس از پایان مداخله در دو گروه مداخله

و کنترل

سطح معناداری	گروه مداخله انحراف معیار \pm میانگین	گروه کنترل انحراف معیار \pm میانگین	گروه	متغیر
۰/۹۳۰	۴۳/۲۳ \pm ۱۰/۳	۵۱/۳ \pm ۳۶/۲۳		میانگین نمره عملکرد جنسی قبل مداخله
۰/۰۰۱	۵۶/۲۳ \pm ۱۵/۳	۶۰/۳ \pm ۱۸/۲۸		میانگین نمره عملکرد جنسی بعد مداخله
۰/۰۰۱	۹۷/۲۲ \pm ۴۰/۳	۵۵/۳ \pm ۲۵/۲۸		میانگین نمره عملکرد جنسی پیگیری
مولفه‌های عملکرد جنسی				
*۰/۶۸۹	۳/۱۱ \pm ۰/۶۸	۳/۱۳ \pm ۰/۸۶		میانگین نمره میل جنسی قبل مداخله
*۰/۰۰۱	۳/۲۳ \pm ۰/۶۸	۴/۰۵ \pm ۰/۶۶		میانگین نمره میل جنسی بعد مداخله
*۰/۰۰۱	۳/۱۸ \pm ۰/۷۲	۴/۱۱ \pm ۰/۶۸		میانگین نمره میل جنسی پیگیری
*۰/۶۳۰	۳/۳۴ \pm ۰/۷۶	۳/۴۳ \pm ۰/۷۸		میانگین نمره تحریک روانی قبل مداخله
*۰/۰۰۱	۳/۴۹ \pm ۰/۸۳	۴/۳۰ \pm ۰/۷۱		میانگین نمره تحریک روانی بعد مداخله
*۰/۰۰۱	۳/۲۴ \pm ۰/۸۲	۴/۳۲ \pm ۰/۷۸		میانگین نمره تحریک روانی پیگیری
*۰/۸۴۰	۴/۱۷ \pm ۰/۷۴	۴/۱۳ \pm ۰/۰۸		میانگین نمره رطوبت جنسی قبل مداخله
*۰/۰۲۱	۳/۸۶ \pm ۱/۰۱	۴/۵۱ \pm ۱/۲۸		میانگین نمره رطوبت جنسی بعد مداخله
*۰/۰۰۶	۳/۷۳ \pm ۱	۴/۵۳ \pm ۱/۳۳		میانگین نمره رطوبت جنسی پیگیری
*۰/۸۴۳	۴/۰۸ \pm ۱/۰۸	۴/۰۲ \pm ۱/۲۱		میانگین نمره رطوبت جنسی قبل مداخله
*۰/۰۴۱	۳/۹۱ \pm ۱/۳۵	۴/۶۱ \pm ۱/۴۷		میانگین نمره رطوبت جنسی بعد مداخله
*۰/۰۱۰	۳/۷۸ \pm ۱/۲۶	۴/۶۵ \pm ۱/۴۸		میانگین نمره رطوبت جنسی پیگیری
*۰/۳۱۷	۴/۲۱ \pm ۰/۹۸	۳/۹۶ \pm ۱/۰۷		میانگین نمره ارگاسم قبل مداخله
*۰/۰۹۳	۴/۱۶ \pm ۱/۲۸	۴/۶۹ \pm ۱/۳۶		میانگین نمره ارگاسم بعد مداخله
*۰/۰۴۷	۴/۰۴ \pm ۱/۱۶	۴/۶۷ \pm ۱/۴۳		میانگین نمره ارگاسم پیگیری
*۰/۷۱۴	۴/۶۰ \pm ۱/۳۵	۴/۷۰ \pm ۱/۰۲		میانگین نمره رضایت جنسی قبل مداخله
*۰/۱۶۲	۴/۴۰ \pm ۱/۱۵	۴/۸۵ \pm ۱/۴۸		میانگین نمره رضایت جنسی بعد مداخله
*۰/۳۶۳	۴/۵۰ \pm ۱/۲۵	۴/۸۰ \pm ۱/۴۸		میانگین نمره رضایت جنسی پیگیری

*آزمون تی مستقل



نمودار شماره ۲- بررسی اثر متقابل زمان، گروه در عملکرد جنسی در گروه مداخله و کنترل

شناختی رفتاری منجر به بهبود عملکرد جنسی بیماران مبتلا به واژینیسموس شد که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت (۱). مطالعه کارآزمایی بالینی مرادی و همکاران (۲۰۱۶) که اثر مشاوره ۳ جلسه‌ای بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را سنجید نیز یافته‌های پژوهش حاضر را تایید می‌کند. در این مطالعه مشاوره جنسی تاثیر مطلوبی بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت گذاشت (۲۴). مطالعه جانسون و همکاران (۲۰۱۶) که نتایج یک کارآزمایی بالینی است نشان داد خواب درمانی می‌تواند باعث بهبود عملکرد جنسی در زنان یائسه شود. یافته‌ها نشانگر افزایش نمرات عملکرد جنسی در زنان گروه مداخله در پایان مداخله بود (۲۵). رستمخانی و همکاران (۲۰۱۲) در یک مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی تاثیر مشاوره بر اساس مدل PLISSIT بر عملکرد جنسی زنان را بررسی کردند. نتایج نشانگر این

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که خواب درمانی شناختی رفتاری در عملکرد جنسی زنان متاهل سنین باروری موثر است. مطابق این نتایج، در مطالعه کارآزمایی بالینی سالاری و همکاران (۲۰۲۱) مشاوره جنسی گروهی مبتنی بر نظریه خودتعیین‌گری توانست عملکرد جنسی زنان را بهبود بخشد (۲۲). استفاده از این رویکرد بعد از ۵ جلسه توانست نمرات عملکرد جنسی را ارتقاء دهد. این اثر یک ماه بعد از اتمام مداخله نیز باقیمانده بود که این یافته همسو با پژوهش حاضر است. مطالعه باکتريا و همکاران (۲۰۲۰) که اثر مداخله‌ای خواب درمانی ۳ جلسه‌ای را بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس بررسی کرد (۲۳)، نیز همسو با مطالعه حاضر بود. در مطالعه رجایی و عشقی (۲۰۱۸) که از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود، ۸ جلسه خواب درمانی

رستمخانی و همکاران (۲۰)، نیز همسو با مطالعه حاضر است و یافته‌ها را تایید می‌کند.

در مورد مولفه رطوبت، نتایج نشان می‌دهد که تغییرات متغیر رطوبت در طول زمان، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت داشته است. میانگین گروه مداخله در هر دو زمان از میانگین گروه کنترل بیشتر بوده است. مطالعه رجایی و عشقی (۱)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)، رستمخانی و همکاران (۲۰)، همسو با مطالعه حاضر است. در مطالعه باکتريا و همکاران مولفه رطوبت جنسی، برخلاف مطالعه حاضر، بلافاصله بعد از مداخله کمی کاهش و در مرحله پیگیری افزایش یافت، به این معنی که اثر مداخله کمی بعد از پایان مداخله نمایانگر شد (۲۳). در مورد مولفه ارگاسم، نتایج نشان می‌دهد که تغییرات متغیر ارگاسم در طول زمان، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت داشته است. میانگین گروه مداخله در هر دو زمان از میانگین گروه کنترل بیشتر بوده است. مطالعه رجایی و عشقی (۱)، باکتريا و همکاران (۲۳)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)، رستمخانی و همکاران (۲۰)، نیز همسو با مطالعه حاضر است و یافته‌ها را تایید می‌کند.

در مورد مولفه رضایت جنسی، نتایج نشان می‌دهد که تغییرات متغیر رضایتمندی در طول زمان، بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت داشته است. میانگین گروه مداخله در هر دو زمان از میانگین گروه کنترل بیشتر بوده است. با توجه به نتایج، این اثر در مرحله پیگیری بیشتر از مرحله بلافاصله بعد از مداخله خودش را نشان داده است.

است که مشاوره سلامت جنسی زنان بر اساس مدل PLISSIT موجب کاهش مشکلات جنسی زنان می‌شود، این نتایج با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۲۰). بررسی مولفه‌های عملکرد جنسی نشان می‌دهد که مولفه‌های میل جنسی، تحریک جنسی، رطوبت جنسی، ارگاسم، و رضایت جنسی در اثر مداخله خواب درمانی شناختی رفتاری ارتقا یافته است. در مورد مولفه درد جنسی، مشاوره خواب درمانی شناختی رفتاری تاثیر نداشت. در یک جمع بندی کلی می‌توان بیان کرد که مداخلات موثر و مفید در بهبود رفتار جنسی زنان موثر است.

مولفه میل جنسی در بعد از مداخله و پیگیری در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشته و میانگین گروه مداخله در هر دو زمان بیشتر از گروه کنترل بوده است. مطالعه رجایی و عشقی (۱)، باکتريا و همکاران (۲۳)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)، رستمخانی و همکاران (۲۰)، نیز همسو با مطالعه حاضر است و یافته‌ها را تایید می‌کند. مطالعه جانباز فریدونی و همکاران (۲۰۲۲) که اثربخشی خواب درمانی شناختی بر تصویر بدنی و بی میلی جنسی بوده است نیز نشان داد که خواب درمانی شناختی در بهبود میل جنسی زنان موثر می‌باشد (۲۳).

مولفه تحریک جنسی در بعد از مداخله و پیگیری در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری داشته و میانگین گروه مداخله در هر دو زمان بیشتر از گروه کنترل بوده است. مطالعه رجایی و عشقی (۱)، باکتريا و همکاران (۲۳)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)،

و با بیشترین شباهت، پرداخته شده است. از نقاط قوت این مطالعه عدم انجام چنین مطالعه‌ای در سطح استان و شهرستان و از نقاط ضعف این مطالعه همکاری ضعیف مادران و دستگاه‌های زیربط بود که هماهنگی لازم برای انجام اقدامات لازمه انجام شد که پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با سایر روش‌ها انجام و باهم مقایسه شود.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج پژوهش رویکرد خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان موثر بود. مشخص شد که عملکرد جنسی در گروه مداخله که تحت خواب درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند، بعد از مداخله و یک ماه بعد بهبود یافته است. همچنین بررسی مولفه‌های عملکرد جنسی نشان می‌دهد که نمرات پنج مولفه در اثر مداخله خواب درمانی شناختی رفتاری افزایش یافته است. تنها مولفه درد بعد از مداخله و پیگیری در گروه مداخله کنترل تفاوت معناداری نداشته‌است. با توجه به یافته‌ها می‌توان از این رویکرد جهت ارتقا عملکرد جنسی زنان بهره برد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از اساتید محترم راهنما و مشاور، مسئولین دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و حمایت‌های مالی این دانشگاه و همچنین مسئولین دانشگاه علوم پزشکی سبزوار و تمام بانوان شرکت‌کننده در پژوهش که بدون همراهی-شان انجام این پژوهش امکان‌پذیر نبود، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مطالعه رجایی و عشقی (۱)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)، رستمخانی و همکاران (۲۰)، همسو با مطالعه حاضر است. در مطالعه باکتیریا و همکاران بر خلاف مطالعه حاضر نمرات افراد گروه مداخله، بلافاصله بعد از پایان مداخله افزایش یافت و در مرحله پیگیری اگرچه نسبت به مرحله قبل از مداخله افزایش داشت اما نسبت به بعد از مداخله کاهش یافته بود (۲۳). که این تفاوت می‌تواند به دلیل تفاوت در جمعیت مورد مطالعه، زمان و مکان باشد که باعث تفاوت می‌شود.

مولفه درد در بعد از مداخله و پیگیری در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری نداشته است. این مساله نشان می‌دهد مداخله خواب درمانی شناختی رفتاری روی مولفه درد موثر نبوده است. نتایج مطالعه رجایی و عشقی (۱)، باکتیریا و همکاران (۲۳)، مرادی و همکاران (۲۴)، سالاری و همکاران (۲۲)، رستمخانی و همکاران (۲۰)، متفاوت با مطالعه حاضر است و یافته‌ها را تایید نمی‌کند. در این مطالعات مولفه درد بعد از مداخله و در مرحله پیگیری، بهبود یافته است.

اما آنچه در تبیین همسو یا ناهمسو بودن نتایج مطالعات با نتایج این مطالعه قابل توجه است این است که در مطالعات فوق رویکردهای مشاوره‌ای متفاوت با رویکرد پژوهش حاضر است و باتوجه به اینکه مطالعه‌ای که عینا تاثیر رویکرد خواب درمانی شناختی رفتاری بر عملکرد جنسی زنان را مورد بررسی قرار دهد یافت نشد، لذا در مقایسه، بحث و تبیین نتایج سایر مطالعات با این مطالعه به همسو یا ناهمسو بودن مطالعاتی با رویکردهای متفاوت

References

1. Rajae F, Eshghi R. The effect of behavioral-cognitive hypnotherapy on improving anxiety and sexual performance of vaginismus patients. *Journal of Clinical Psychology*. 2018;9(4):55-69.
2. Mofid V, Ahmadi A, Etemadi O. The comparison of cognitive-behavioral counseling and solution-oriented counseling on women's sexual satisfaction in Isfahan. 2014;5 (3):67-83.
3. Mazinani R, Akbari Mehr M, Kaskian A, Kashanian M. Evaluation of prevalence of sexual dysfunctions and its related factors in women. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;19(105):59-66
4. Zare O, Simbar M, Ozgoli G, Bahar A, Alavi Majd H. Sexual function between women with gestational diabetes and low risk pregnant women in third trimester of pregnancy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2021;24(9):32-9.
5. Obstetricians ACo, Gynecologists. Female sexual dysfunction: ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists, number 213. *Obstetrics and gynecology*. 2019;134(1):e1-e18.
6. Shairi MR, Asghari Moghadam MA, Rahmati N. The study of the psychometric properties of the 6-item version of the female sexual function index (FSFI-6) amongst Iranian women. *Nursing and Midwifery Journal*. 2014;12(7):532-43.
7. Clayton AH, Juarez EMV. Female sexual dysfunction. *Medical Clinics*. 2019;103(4):681-98.
8. Vatankhah S, Bakhshipour Roodsari A. Studying the Efficacy of Cognitive-behavioral Therapy in Improving Symptoms of Women's Orgasmic Disorder and Increasing Sexual Knowledge and Intimacy in Women with Sexual Dysfunction. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2019;14(54):253-72.
9. Omidvar Z, Bayazi MH, Faridhosseini F. The effect of mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy on cognitive emotion regulation in women with vaginismus. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2021;24(9):40-9.
10. Farshbaf Manei Sefat F, Abolghasemi A, Barahmand U, Hajloo N. Comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy and hypnosis therapy pain self-efficacy and pain severity in girls with primary dysmenorrhea. *Armaghane danesh*. 2017;22(1):87-103.
11. Heidaryan M, Rabii M, Shahidi E, Dowran B, Ahmadi Tahur Soltani M. Effectiveness of Hypnosis-Based Cognitive Behavioral Therapy on Smoking Cessation, Anxiety and Self-Efficacy. *Journal of Police Medicine*. 2018;7(3):103-9.
12. Moghtaderi S, Mirzamani S-M, Bahrami H. The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of subjective tinnitus. *Bimonthly Audiology-Tehran University of Medical Sciences*. 2012;21(4):60-7.
13. Al-Abbadey M, Liossi C, Curran N, Schoth DE, Graham CA. Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review. *Journal of sex & marital therapy*. 2016;42(2):99-142.
14. Araoz DL. Human sexuality, hypnosis, and therapy. *Developing Ericksonian Therapy: Routledge*; 2013. p. 438-45.
15. Mehrani J, Poorasghar M. Uses of hypnosis in dentistry. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;25(133):352-60.
16. Sadat Madani SA, Tavallaii Zavareh A. The effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy in reducing symptoms and treatment of anxiety. *Health Research Journal*. 2019;4(1):16-22.
17. Aliei MM, Ghelichkhani F, Pakghohar M, Abadi MMM. Effectiveness of a sex education program on sexual function in postmenopausal women with sexual dysfunction: A randomized trial. *Payesh (Health Monitor)*. 2016;15(2):181-92.
18. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, vols. 1, 2. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(2):327-340. DOI: [HYPERLINK "https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.327"org/10.1176/appi.ajp.159.2.327](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.327)
19. Nejati B, Kazemi F, Masoumi SZ, Parsa P, Karami M, Mortazavi A. Efficacy of sexual consultation based on PLISSIT model (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therapy) on sexual function among pregnant women: a randomized controlled clinical trial. 2017;35(435):739-748.
20. Fatemeh R, Giti O, Khoei Efat M, Fatemeh J, Majd H A. Effectiveness of the PLISSIT-based Counseling on sexual function of women. 2012;1(2):1-14.
21. Hezbiiyan Z, Khodakarami B, Parsa P, Faradmal MJ. The effect of postnatal counseling on sexual function in women referred to health centers in Hamedan in 1392. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2016;24(4):272-80.
22. Salari Hadki M, Tafazoli M, Tehrani H, Asghari Ebrahimabad MJ. Impact of group sexual counseling based on the self-determination theory on women's sexual function. *Hayat*. 2021;27(3):245-61.
23. Nazari L. The effect of hypnotherapy on sexual function, pain catastrophizing and irrational beliefs about fear of sex in women with vaginismus (genito-pelvic pain/penetration disorder). *Nursing And Midwifery Journal*. 2020;17(11):907-18.
24. Moradi M, Geranmayeh M, Mirmohammadali M, Mehran A. The effect of sexual counseling on sexual function in women with type 2 diabetes mellitus. *Hayat*. 2016;22(2):148-58.
25. Johnson AK, Johnson AJ, Barton D, Elkins G. Hypnotic relaxation therapy and sexual function in postmenopausal women: Results of a randomized clinical trial. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2016;64(2):213-24.

Tehran University of
Medical Sciences

Iranian Epidemiological Association

Original Article

Investigating the Effectiveness of Cognitive Behavioral Hypnotherapy on the Sexual Function of Married Women of Reproductive Age in Sabzevar County in 2021-2022

Zainab al-Sadat Alavizadeh¹, Maryam Farjamfar², Shahrabano Goli³,
Omid Garkaz³, Sahar Paryab⁴, Mahbobeh Pourheidari⁵, Mehdi Fathi⁶

- 1- Student Research Committee, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
- 2- School of Medicine, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
- 3- Department of Epidemiology, School of Health, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
- 4- Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
- 5- Sexual Health and Fertility Research Center, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran
- 6- Associate Professor of Anesthesia, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

DOI: [10.18502/ijre.v21i1.19495](https://doi.org/10.18502/ijre.v21i1.19495)

Article Information

Received

21 December 2024

Accepted

01 June 2025

Corresponding author

Mahbobeh Pourheidari

Corresponding author E-mailpoorheidari@shmu.ac.ir**Keywords:**Sleep therapy, Behavior,
Performance, Women

Abstract

Background and Objectives: Healthy sexual relations, as one of the basic components of human life, are one of the signs of physical and mental health that have a significant impact on the quality of individual and marital life.

The present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive behavioral sleep therapy on the sexual function of married women of reproductive age in Sabzevar city in 2021-2022.

Methods: This study was conducted as a simple randomized clinical trial before and after intervention and one-month follow-up with intervention and control groups. The sample included 70 eligible women. The intervention group (N = 35) received four individual counseling sessions of cognitive-behavioral hypnotherapy, while the control group (N = 35) received no intervention. The research tool included a demographic questionnaire, Hypnotic Induced Profile (HIP), and Female Sexual Function Index (FSFI). Data were analyzed using SPSS version 22 software.

Results: Based on the results of sexual function, there was a significant difference between the intervention and control groups after cognitive behavioral hypnotherapy intervention ($p < 0.001$) and one month after the intervention ($p < 0.001$). The analysis of the components of sexual function (sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction, and pain) indicated that all components except for pain and satisfaction had significant differences between the intervention and control groups after the intervention and follow-up. The satisfaction component had a significant difference just one month after the intervention ($p = 0.010$).

Conclusion: Cognitive behavioral sleep therapy counseling is efficacious in improving women's sexual function and most of its components. This approach is recommended to be used to enhance women's sexual function. Additionally, conducting more comprehensive studies can be beneficial.

Copyright © 2025 The Authors. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.