

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز

غلامرضا رجبی

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

عباس امان الهی

استادیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

رضا خجسته مهر

دانشیار گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

محمدعلی حسینی

استادیار گروه اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

یوسفعلی عطاری

استاد گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۵ پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۵

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به دنبال مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز بود.

روش: ۳۹ مرد بر اساس مصاحبه‌ی بالینی *DSM-TV-TR* و بر اساس نمره‌ی برش ابزار تشخیصی انزال زودرس از بین مردان مراجعه کننده برای درمان این اختلال انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه درمان شناختی-رفتاری، دارو درمانی و کنترل جایگزین شدند. داده‌ها در سه مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پی‌گیری با استفاده از ابزار تشخیصی انزال زودرس، پرسش‌نامه‌ی کیفیت جنسی-مردان و زمان سنج جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که در مرحله‌ی پس آزمون با کنترل پیش آزمون بین گروه‌های درمانی شناختی-رفتاری، دارو درمانی و گروه کنترل در زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس تفاوت معناداری دیده شد. همچنین در مرحله‌ی پی‌گیری با کنترل پیش آزمون بین گروه‌های درمانی و کنترل در زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس (به نفع گروه شناختی-رفتاری) تفاوت معناداری دیده شد. اما بین گروه دارو درمانی و گروه کنترل تفاوت مشاهده نشد.

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری و درمان دارویی در درمان انزال زودرس کارآمد می باشند اما اثرات مثبت مداخله‌ی دارو درمانی ماندگار نمی باشند.

کلیدواژه: درمان شناختی-رفتاری، دارودرمانی، انزال زودرس.



مقدمه

تشکیل خانواده با ازدواج آغاز می‌گردد و رابطه‌ی جنسی یکی از مهم‌ترین بخش‌های زندگی مشترک است. بسیاری از پژوهش‌ها تأکید دارند که رضایتمندی زندگی زوجها به رضایت از زندگی جنسی وابسته است اما اختلال‌ها و بدکارکردی‌های جنسی باعث کاهش رضایت جنسی می‌شوند و در نتیجه زندگی زناشویی را مورد تهدید قرار می‌دهند. انزال زودرس شایع‌ترین بدکارکردی جنسی مردان است که اثرات روان‌شناختی زیادی بر روی این افراد و همسران آن‌ها و رابطه‌ی بین آن‌ها دارد. در طی سال‌های گذشته، تعدادی از پژوهش‌ها (دلانتر و سیل^۱، ۲۰۰۵؛ فیلمن، گلداشترین، هاتزچرستو، کرانه و مک‌کینلی^۲، ۱۹۹۴؛ روسن، وینگک، اشنايدر و جندرانو^۳، ۲۰۰۵) بدکارکردی‌های جنسی^۴ را مورد بررسی قرار داده‌اند. لومن، پایک^۵ و روسن (۱۹۹۹) دریافته‌اند که ۴۳٪ از زنان و ۳۱٪ از مردان برخی از بدکارکردی‌های جنسی را دارند. از بین بدکارکردی‌های جنسی انزال زودرس^۶ شایع‌ترین مشکل جنسی مردان است و شیوع آن بین ۲۰ تا ۳۰ درصد است (لومن، نیکولسی، گلامر، پالیک، جینگل و موریرا^۷، ۲۰۰۵؛ مونتوروسی، سوتومایر و شارلیپ^۸، ۲۰۰۵؛ التوف^۹، ۲۰۰۷؛ هاتزیمورايتدس، امار، اردیل، گیلیان، هاتزیکریستو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰). اسپکتور و کری^{۱۱} (۱۹۹۰) میزان بالاتری از این اختلال را گزارش کرده‌اند (۳۶٪ تا ۳۸٪). هر چند تعدادی از پژوهش‌ها از جمله سیموندز، روبین، هارت^{۱۲} و آلتوف (۲۰۰۳) میزان شیوع آن را تا ۴۰٪ در مردان گزارش داده‌اند. تاریخچه‌ی درمان اختلال‌های جنسی به عنوان یک رشته‌ی علمی قدمت نسبتاً کوتاهی دارد (روسن، لیبلم^{۱۳} و اسپکتور ۱۹۹۴). از آغاز قرن بیستم تا اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰ اختلال‌های جنسی معمولاً در یک چهارچوب روانکاوی درمان می‌شدند (روسن و لیبلم، ۱۹۹۵) در مقابل این رویکرد غالب، برخی درمانگران (مانند آبلر^{۱۴}، ۱۹۷۳؛ ولی^{۱۵}، ۱۹۵۸، برگرفته از امانوئل و فیل^{۱۶}، ۲۰۱۱) به طور آشکار اصول رفتار درمانی را برای درمان اختلال‌های جنسی به کار بردند. درمان اختلال‌های جنسی اساساً به وسیله‌ی مسترز و

1. DeLamater, & Sill

2. Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, & Mc.Kinlay

3. Rosen, Wing, Schneider, & Gendrano

4. Sexual dysfunction

5. Laumann, & Paik

6. premature ejaculation

7. Nicolosi, Glasser, Palik, Gingell, & Moreira

8. Montorsi, Sotomayor, & Sharlip

9. Althof

10. Hatzimouratidis, Amar, Eardle, Giulian, & Hatzichrist

11. Spector, & Carey

12. Symonds, Robin, & Hart

13. Leiblum

14. Obler

15. Wolpe

16. Immanuel, & Phill

جانسون^۱ (۱۹۷۰) پایه گذاری شد، این روش درمانی مختصر، مشکل-محور، مستقیم و رفتاری بود. آن‌ها بر عوامل اجتماعی و شناختی بدکارکردی جنسی تأکید می‌کردند. مدت کوتاهی بعد از مسترز و جانسون، کاپلان^۲ (۱۹۷۹)، مدل درمان اختلال‌های جنسی را مطرح کرد. نظریه‌ی او پلی بین روان‌کاوی ستی و رویکردهای رفتاری بود. مدل وی شامل تأکید بر نشانه‌های فوری بود. اگر درمان رفتاری با مقاومت مواجه می‌شد درمانگر از روش روان‌کاوی استفاده می‌کرد. مسترز و جانسون (۱۹۷۰) نظریه‌ی شناختی-رفتاری انزال زودرس را مطرح کردند و معتقد بودند که شرایط تجربه‌ی اولیه‌ی جنسی که با عجله و ترس از دیده شدن باشد موجب انزال زودرس می‌شود. درمان رفتاری اختلال‌های جنسی عموماً شامل برنامه‌ی (توقف- شروع)^۳ و تکنیک فشار دادن^۴ می‌باشند که توسط مسترز و جانسون مطرح شده‌اند. درمانگران رفتاری بدکارکردی را به عنوان یک پاسخ شرطی یا پاسخ نابهنجار به رخدادهای بین فردی یا محیطی می‌دانند. آن‌ها تمرین‌ها و تکالیف خانه را برای کمک به مردان ایجاد کردند تا با آسودگی با احساس‌هایشان سازگار شوند و یاد بگیرند که به سوی برانگیختگی قدم بردارند (آلتوف، ۲۰۰۵).

هر چند نقش شناخت‌ها یا افکار فرد مرکز توجه بسیاری از تحقیق‌های آزمایشی درباره‌ی تعداد زیادی از اختلال‌های روان‌شناختی به خصوص اضطراب و افسردگی بوده‌اند (بک، راش، شاو و امری^۵، ۱۹۹۷؛ بک، امری و گرینبرگ^۶، ۱۹۸۵) درمان شناختی-رفتاری مشکلات جنسی بر مطالعه‌ی بیکر و دسیلوا^۷ (۱۹۸۸) مبتنی است. آن‌ها نشان دادند که مردان مبتلا به اختلال جنسی از نوع انزال زودرس یا بدکارکردی نعوظی^۸، عقایدی درباره‌ی چندین افسانه‌ی جنسی یا تصور غلط درباره‌ی مسائل جنسی بیان می‌کنند. حمایت‌های غیرمستقیمی درباره‌ی این مبحث توسط نویسندگان دیگری در زمینه‌ی بدکارکردی جنسی بیان شده است (آشر و بیکر^۹، ۲۰۰۲). نه تنها شناخت‌ها می‌توانند زنجیره‌ای از عوامل منفی را در این زمینه نشان دهند بلکه می‌توانند عوامل منفی اولیه را افزایش دهند یا مقاوم کنند. به علاوه، تداخل‌های شناختی به عنوان عوامل نگهدارنده بدکارکردی جنسی، به خاطر ظرفیت برای عمل می‌توانند به عنوان مانع عمل کنند (بارلو^{۱۰}، ۱۹۸۶). درمانگران شناختی-رفتاری و روان‌پویایی اعتقاد دارند انزال زودرس می‌تواند ناشی از مشکلات رابطه باشد. کشمکش‌ها، ترس از تعهد، ترس از صمیمیت، انتظارات غیر واقعی درباره‌ی عملکرد جنسی که به وسیله‌ی خواسته‌های شریک به وجود آمده‌اند به عنوان عوامل انزال زودرس

1. Masters, & Johnson

2. Kaplan

3. stop.start

4. squeezc

5. Beck, Rush, Shaw, & Emery

6. Greenberg, & De Silva

7. Baker

8. erectile dysfunction

9. Ussher, & Baker

10. Barlow

در نظر گرفته می‌شوند (گاتمن^۱، ۱۹۹۴؛ بتچن^۲، ۲۰۰۱؛ متز و مک کارتی^۳، ۲۰۰۳). در این ارتباط هشت تحریف شناختی که ممکن است با عملکرد جنسی تداخل پیدا کنند، عبارتند از: تفکر همه یا هیچ، تعمیم افراطی، رد کردن جنبه‌های مثبت، ذهن خوانی، پیش‌گویی کردن، استدلال احساسی، بایدها و فاجعه سازی (آلتوف، ۲۰۰۵).

مسترز و جانسون (۱۹۷۰) با استفاده از تکنیک‌های فشردن، تمرکز حسی، به همراه آموزش مهارت‌های جنسی و آموزش ارتباط بر روی ۱۸۶ مرد مبتلا به انزال زودرس نشان دادند که میزان شکست پس از درمان ۲/۲٪ و بعد از ۵ سال از درمان ۲/۷٪ است. کاپلان (۱۹۸۲) میزان موفقیت درمان انزال زودرس را با استفاده از روش مسترز و جانسون ۸۰٪ و هاوتون، کاتالان، مارتین و فاگ^۴ (۱۹۸۶) ۶۴٪ گزارش نمودند. ترادل و پرولکس^۵ (۱۹۸۷) نشان دادند که کتاب درمانی شناختی-رفتاری بهبود قابل توجهی در به تأخیر انداختن انزال زودرس دارد. عبدالحمید، ناگار و گیلانی^۶ (۲۰۰۱) نشان دادند که زمان نهفتگی انزال درون واژنی قبل از درمان دارودرمانی و روش توقف-فشار از تکنیک‌های رفتاردرمانی ۱ دقیقه و پس از درمان میانه‌ی زمان نهفتگی انزال درون واژنی در گروه دارو درمانی سرتالین ۳ دقیقه و در گروه توقف-فشار ۳ دقیقه بود. مک کاب^۷ (۲۰۰۱) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری برای ۵۳٪ از مردان و ۴۵٪ از زنان مبتلا به بدکارکردی جنسی موفقیت آمیز بوده است. در پایان درمان از ۲۱ مبتلا به انزال زودرس ۱۶ نفر (۷۶٪) درمان شدند. این مطالعه نشان داد افراد شرکت کننده نگرش مثبت‌تری نسبت به رابطه‌ی جنسی بیان نمودند و این رابطه را لذت بخش‌تر توصیف کردند. تانگ، ما، ژائو، لو و چن^۸ (۲۰۰۴) با استفاده از دو روش رفتاردرمانی و رفتاردرمانی با داروی ویاگرا^۹ دریافتند که زمان نهفتگی انزال درون واژنی برای گروه‌ها قبل از درمان به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۳ دقیقه و بعد از درمان ۱/۸۲ و ۳/۶۳ دقیقه می‌باشد. همچنین رضایت جنسی در دو گروه افزایش یافته است. دی کاروفل^{۱۰} و ترادل (۲۰۰۶) نشان دادند که درمان رفتاری مبتنی بر تکنیک‌های فشردن و توقف-شروع باعث بهبود زمان مقاربت، رضایت جنسی، کنترل و کارکرد جنسی و کاهش پریشانی افراد مبتلا به انزال زودرس شدند. نتایج مرحله‌ی پی‌گیری نیز نشان داد که اثر درمان پایا هستند.

1. Gottman

2. Betchen

3. Metz, & McCarthy

4. Hawton, Catalan, Martin, & Fagg

5. Trudel & Proulx

6. Abdel.Hamid, Nagggar, & Gilany

7. Mc Cub

8. Tang, Ma, Zhao, Liu, & Chen

9. viagra

10. De Carufel

علاوه بر رشد و گسترش نظریه‌های روان‌شناختی، نظریه‌ی عصب زیست شناختی والدینگر^۱ (۲۰۰۲) که بر پایه‌ی تأثیر داروهای ضد افسردگی^۲ و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین^۳ (SSRIs) پایه گذاری شده‌اند بیان می‌کند که داروهای SSRIs، به علت افزایش انتقال دهنده‌های عصبی^۴ سروتونین و تغییر در گیرنده‌های مخصوص سروتونین در سیستم عصبی مرکزی^۵ باعث تأخیر در انزال می‌شوند.

والدینگر، هنگویلد، زیندرمن و آلیور^۶ (۱۹۹۸) دریافتند که ۹۱٪ از مردان مبتلا به انزال زودرس مربوط به تمام عمر یک خویشاوند درجه یک مبتلا به انزال زودرس دارند. مطالعات عصب شناختی نشان داده‌اند که انزال در مغز وساطت می‌شود و انتقال دهنده‌های عصبی پیام را از یک رشته عصبی به رشته عصبی دیگر منتقل می‌کنند (والدینگر، ۲۰۰۲). به هر حال سروتونین به عنوان کنترل کننده‌ی انزال مشخص شده است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انزال زودرس مربوط به تمام عمر به کاهش یا نقصان انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی وابسته است (والدینگر، ۲۰۰۳). اولین گزارش از تأثیر ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای^۷ برای به تأخیر انداختن انزال در سال ۱۹۷۰ منتشر شد (آیتون^۸، ۱۹۷۳). اما استفاده از این داروها تا دهه‌ی ۱۹۹۰ مورد استفاده عمومی قرار نگرفتند (التوف، لوین، کورتی، رینسن، استرن و کوریت^۹، ۱۹۹۵). نخستین مطالعه درباره‌ی تأثیر پاروکستین^{۱۰} برای به تأخیر انداختن انزال توسط والدینگر، هنگویلد، زیندرمن (۱۹۹۴) انجام شد. بر اساس مطالعات انجام شده والدینگر و الیور (۱۹۹۸) ادعا کردند که انزال زودرس به علت کاهش انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی و حساسیت شدید گیرنده‌های هیدروکسی تروپتامین-۱۵^{۱۱} می‌باشد.

بیری، اسین، سینیک، اوناران، کاپلی^{۱۲} و همکاران (۱۹۹۸) نشان دادند که پس از ۴ هفته، زمان نهفتگی انزال درون واژنی در گروه دارودرمانی سرتالین به طور معناداری بیشتر از گروه دارونما^{۱۳} بود (زمان نهفتگی انزال درون واژنی در گروه دارو درمانی در قبل از درمان ۴۰/۹۳ و در گروه دارونما ۴۳/۵۳ ثانیه و در بعد از درمان در گروه دارودرمانی ۳۲۵/۴ ثانیه و در گروه دارونما ۱۱۴/۴ ثانیه بود). کیم و سو^{۱۴} (۱۹۹۸) با استفاده از داروی سرتالین بر روی افراد مبتلا به انزال زودرس نشان دادند که پس از چهار هفته درمان، انزال در گروه سرتالین به

¹.Waldinger neurobiological theory

².antidepressant

³.selective serotonin reuptake inhibitors

⁴.neurotransmitter

⁵.central nervous system

⁶.Hengeveld, Zwinderman, & Olivier

⁷.tricyclic antidepressant

⁸.Eaton

⁹.Levine, Corty, Risen, Stern, & Kurit

¹⁰. paroxitin

¹¹.hydroxytryptamine

¹².Biri, Isen, Sinik, Onaran, & Kupeli

¹³.placibo

¹⁴.Kim, & seo

۴/۲۷ دقیقه و در گروه کنترل به ۲/۲۷ دقیقه رسید. آرفا و شملول^۱ (۲۰۰۶) با استفاده از داروی سرتالین نشان دادند که در حدود ۸۱٪ از مردان در شاخص انزال زودرس افزایش نمره را نشان دادند. میانگین نمره‌ها از ۱۸/۲ به ۳۱/۳ و میانگین زمان نهفتگی انزال درون واژنی از ۰/۷ دقیقه در قبل از درمان به ۳/۳ دقیقه پس از درمان رسید. در پی‌گیری زمان نهفتگی انزال درون واژنی به ۰/۸ دقیقه و نمره‌ی شاخص انزال زودرس به ۱۹/۷ کاهش یافت. این مطالعه نشان داد که سرتالین باعث افزایش کنترل و رضایت جنسی و کاهش پریشانی شده است. اما در زمان پی‌گیری اثرات دارو پایدار نبودند. در مطالعه‌ی آکگول، کاراکان، آیلدیز و جرمیانوگلو^۲ (۲۰۰۸) افراد تحت تجویز داروهای سرتالین و سیتالوپرام افزایش نمره در شاخص انزال زودرس نشان دادند. نمره‌های مردان در گروه‌های دارو درمانی سرتالین و سیتالوپرام قبل از درمان به ترتیب ۲۰/۹ و ۲۱/۴ و پس از درمان ۳۹/۵ و ۳۹/۸ بود. یعنی این دو دارو باعث افزایش کنترل و رضایت جنسی و کاهش پریشانی شدند. اما تفاوت معناداری بین دو گروه دارودرمانی دیده نشد.

با توجه به اهمیت مسائل جنسی در زندگی مشترک و اثرات منفی انزال زودرس هدف اصلی این پژوهش بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی و ماندگاری درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی بر درمان انزال زودرس در مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز است. در زیر دو فرضیه و دو سوال مورد بررسی قرار می‌گیرند: ۱- درمان شناختی-رفتاری باعث درمان انزال زودرس می‌شود. ۲- درمان دارویی باعث درمان انزال زودرس می‌شود. ۱- کدامیک از درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان انزال زودرس موثرترند؟ ۲- آیا تأثیر درمان شناختی-رفتاری در درمان انزال زودرس ماندگار است؟ ۳- آیا تأثیر دارودرمانی در درمان انزال زودرس ماندگار است؟ ۴- کدامیک از درمان‌های شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان انزال زودرس ماندگارتر است؟

روش

پژوهش حاضر یک طرح آزمایشی تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل (درمان شناختی-رفتاری، دارو درمانی و گروه کنترل) است. جامعه‌ی آماری پژوهش را مردان مبتلا به انزال زودرس مربوط به تمام عمر مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز تشکیل می‌دهند. ۳۹ مرد بر اساس مصاحبه‌ی بالینی مبتنی بر *DSM-TR* در خصوص ملاک‌های انزال زودرس (انزال مستمر یا تکرار شونده با حداقل تحریک جنسی، قبل از دخول، ضمن آن یا با فاصله کوتاهی پس از دخول و پیش از زمان دلخواه شخص)، نمره‌های بالاتر از ۹ در ابزار تشخیصی انزال زودرس^۳ (سیموندز، پرلمن^۴، آلتوف، جیالیانو، مارتین^۵ و همکاران، ۲۰۰۷) و زمان نهفتگی انزال

1. Arafa, & Shamloul

2. Akgül, Karakan, Ayyıldız, & Germiyanoğlu

3. Premature Ejaculation Diagnostic Tool

4. Perelman

5. Giuliano, & Martin

درون واژنی کمتر از ۲ دقیقه انتخاب شدند و به طور تصادفی ساده، در دو گروه درمانی (درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی) و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۳ نفر) واگذار شدند. حداقل سطح تحصيلات مردان مبتلا به انزال زودرس و همسران آنها دپلم بود و میانگین و انحراف معیار سن، سن همسر و طول مدت ازدواج آنها به ترتیب ۳۰/۱۷ (۴/۳۳)، ۲۵/۹۲ (۴/۰۴) و ۶/۹۷ (۵/۴۲) سال بود.

برای اندازه گیری انزال زودرس از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- **ابزار تشخیصی انزال زودرس (PEDT).** ابزار تشخیصی انزال زودرس ساخته‌ی سیموندز و همکاران (۲۰۰۷) یک ابزار ۵ ماده‌ای است که در یک مقیاس پنج درجه ای لیکرت (۰=اصلاً مشکل نبود تا ۴= شدیداً مشکل بود) تنظیم شده است. نمره‌ی این ابزار بین ۰ تا ۲۰ متغیر می باشد. در این ابزار نمره‌ی بالاتر نشان دهنده‌ی شدت بیشتر انزال زودرس می‌باشد. ماده‌های این پرسش‌نامه بر اساس مصاحبه با افراد مبتلا به انزال زودرس و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) ساخته شده است. سیموندز و همکاران (۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۳ گزارش کردند. همچنین این ابزار از توان تشخیصی بین افراد مبتلا به انزال زودرس و عادی برخوردار است و افرادی که نمره‌ی ۹ یا بالاتر کسب کنند مبتلا به انزال زودرس تشخیص داده می‌شوند (سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷). در این مطالعه آلفای کرونباخ ابزار تشخیصی انزال زودرس در مردان مبتلا به انزال زودرس ۰/۷۱ و روایی همزمان این ابزار با پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی جنسی مردان^۱ برابر با ۰/۶۹ ($p < ۰/۰۰۱$) به دست آمده است.

۲- **زمان سنج.** برای اندازه‌گیری زمان نهفتگی انزال درون واژنی از زمان سنج استفاده شد. در جلسه‌ی درمانی به همسران افراد مبتلا به انزال زودرس آموزش داده شد که از فاصله‌ی زمانی شروع مقاربت تا زمان انزال درون واژنی همسر را به وسیله‌ی زمان سنج ثبت نمایند. این زمان به عنوان زمان نهفتگی انزال درون واژنی مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: مداخله‌ی درمانی برای گروه درمانی شناختی-رفتاری شامل ده جلسه درمان شناختی-رفتاری انزال زودرس بود. که بر اساس برنامه‌های درمانی اسپنس (۱۹۹۱)؛ هاوتون، سالکوس کیس، کرک و کلارک^۲ (۱۹۹۸)، برگرفته از قاسم زاده، (۱۳۸۱)؛ آشر و بیکر (۲۰۰۲) و کاترین، هرتلین و ویکز^۳ (۲۰۰۹) و وینکز، بیچ و بارلو (۲۰۰۸) برای ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت موردی تنظیم گردیدند. این جلسات درمانی با حضور همسر فرد مبتلا به انزال زودرس به صورت موردی (هر زوج در جلسات جداگانه) انجام شدند. جلسات این گروه به غیر از دو جلسه‌ی اول که در یک هفته برگزار می‌شدند به صورت هفتگی بودند. گروه دارو درمانی در دو جلسه اول مورد ارزیابی و مصاحبه بالینی قرار گرفتند. پس از تأیید نهایی تعداد ۵۶ عدد قرص سرتالین ۵۰ میلی گرم به همراه فرم‌های لازم برای ثبت روند تغییر زمان مقاربت و اثرات جانبی احتمالی دارو در اختیار آنها قرار

^۱. Sexual Quality of Life Questionnaire.Male

^۲.Hawton, Salkovskis, Kirk, & Klark

^۳.Katherine, Hertlein, & Weeks

داده شد. در طی دوره‌ی درمان هر هفته به صورت تلفنی روند درمان پی‌گیری شد. در این مدت افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نمودند. افراد شرکت‌کننده در گروه‌های درمانی شناختی-رفتاری و دارو درمانی و گروه کنترل در سه مرحله (قبل از درمان، پس از درمان و یک ماه پس از درمان) در خصوص زمان نهفتگی انزال درون واژنی مورد سنجش قرار گرفتند و به پرسش‌نامه‌های فوق‌الذکر پاسخ دادند. در جلسه اول اطلاعات لازم درباره‌ی درمان و استفاده از پرسش‌نامه‌های تکمیل شده توسط آن‌ها در کار پژوهشی داده شد و رضایت آن‌ها جلب گردید همچنین ابعاد محرمانه بودن کار نیز برای آن‌ها توضیح داده شد.

صورت جلسه‌ی درمان شناختی-رفتاری: جلسه اول: مصاحبه بالینی تشخیص اختلال، ارزیابی اولیه.

جلسه دوم: ارزیابی شناختی رفتاری، ارائه منطبق درمان، ارائه اطلاعات اولیه، آموزش مختصر درمان شناختی-رفتاری آموزش آرام سازی (مرحله اول).

جلسه سوم: آموزش آرام سازی، بررسی شناخت‌ها، دادن اطلاعات اولیه آگاهی جنسی، دادن جزوه آموزشی، جلسه چهارم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی توانایی تصویر سازی ذهنی، آموزش تصویر سازی ذهنی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تمرین تمرکز حسی، آموزش تمرین خود تمرکز جنسی، آموزش تمرین خود-تحریکی مرحله‌ی اول و تکنیک فشردن، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف، آموزش آرام سازی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تصویر سازی ذهنی، تمرکز توجه، تمرکز حسی مرحله دوم، آموزش تمرین خود-تحریکی مرحله‌ی دوم و تکنیک فشردن، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

جلسه ششم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، آموزش مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله‌ی اول تمرین تحریک توسط همسر و تکنیک فشردن، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، ادامه مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله‌ی دوم تمرین تحریک توسط همسر و تکنیک فشردن.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، ادامه مرحله چهارم تمرکز حسی، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

جلسه نهم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، ادامه آموزش تکنیک توقف-شروع و فشردن، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

جلسه دهم: بررسی تکالیف، تمرین آرام سازی، بررسی و چالش با طرحواره‌ها، ارائه‌ی اطلاعات و آموزش جنسی.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس گروه‌های درمانی و کنترل در مراحل سه‌گانه‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس در سه مرحله

گروه	زمان نهفتگی انزال درون واژنی			انزال زودرس		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
شناختی - رفتاری	۱۶/۴۶	۲۵۱/۹۲	۲۶۲	۱۷/۶۲	۸/۳۱	۸(۵/۹۳)
دارو درمانی	۲۲/۱۵	۲۱۹/۶۹	۴۴/۷۷	۱۷/۱۵	۱۱/۵۴	۱۶/۳۸
کنترل	۱۹/۵۴	۱۷/۳۸ (۱۷/۸۸)	۱۸/۱۵	۱۷/۰۸	۱۷/۳۱	۱۶/۴۶
	(۱۹/۰۹)	(۲۲۶/۶۶)	(۳۱۰/۹۶)	(۲/۹۳)	(۶/۳۹)	(۴/۲۷)
	(۱۷/۸۵)	(۲۴۴/۹۹)	(۶۵/۷۱)	(۳/۱۱)	(۳/۰۹)	(۲/۲۵)

نتایج آزمون لوین^۱ برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها در دو گروه درمانی و یک گروه کنترل در متغیر زمان نهفتگی انزال درون واژنی $F=۰/۶۲$ ، $p=۰/۵۴۳$ و در متغیر انزال زودرس وابسته برابر هستند. همچنین نتایج فرض همگنی شیب رگرسیون^۲ برای متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی $F=۰/۷۴$ ، $p=۰/۴۹۲$ و انزال زودرس $F=۰/۵۳$ ، $p=۰/۵۹۱$ به دست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که فرض همگنی شیب رگرسیون برای سه گروه مورد مطالعه در دو متغیر وابسته رعایت شده است.

نتایج آزمون لمبدای ویلکز^۳ از آزمون‌های معنی‌داری تحلیل کوواریانس چند متغیری، برای متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس به ترتیب برابر با $F=۴/۶۲$ ، $p<۰/۰۰۱$ به دست آمد. این یافته‌ها نشان می‌دهند بین گروه‌های درمانی و کنترل از لحاظ متغیر وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

^۱. Leven's test

^۲. homogeneity of regression

^۳. Wilk's Lambda

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش-آزمون

منبع تغییر	SS	df	MS	F	p
زمان نهفتگی انزال درون واژنی	۴۲۵۶۳۷/۰۵	۲	۲۱۲۸۱۸/۵۲	۵/۸۱	<۰/۰۰۷
انزال زودرس	۵۸۶/۴۷	۲	۲۹۳/۲۴	۱۲/۷۷	<۰/۰۰۱

جدول ۳. مقایسه‌های زوجی بین گروهی در مرحله‌ی پس‌آزمون

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (سطح معناداری)
زمان نهفتگی انزال درون واژنی	گروه کنترل	شناختی- رفتاری	(۰/۰۰۹) - ۲۳۹/۴۳
	گروه کنترل	دارو درمانی	(۰/۰۳۷) - ۱۹۸/۱۵
	شناختی- رفتاری	دارو درمانی	۴۱/۲۹ (p=۱)
انزال زودرس	گروه کنترل	شناختی- رفتاری	(۰/۰۰۱) ۹/۴۴
	گروه کنترل	دارو درمانی	(۰/۰۱۱) ۵/۸۳
	شناختی- رفتاری	دارو درمانی	۳/۶۱ - (۰/۱۹۱) (p=)

نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی ($F=5/81$) و $p<0/007$) و انزال زودرس ($F=12/77$) و $p<0/001$) بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌های درمان شناختی-رفتاری، دارو درمانی و کنترل است (جدول ۲). نتایج آزمون پی‌گیری توکی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در سطح آماري $p<0/009$ و درمان دارویی در مقایسه با گروه کنترل در سطح آماري $p<0/037$ باعث افزایش زمان متغیر نهفتگی انزال درون واژنی در مردان مبتلا به انزال زودرس شده‌اند. اما بین درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی $p=1$) تفاوت وجود ندارد. از سوی دیگر، نتایج آزمون پی‌گیری نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه

کنترل در سطح آماری $p < 0/001$ و درمان دارویی در مقایسه با گروه کنترل در سطح $p < 0/011$ باعث کاهش مدت زمان انزال زودرس در مردان مبتلا به انزال زودرس شده‌اند. اما بین درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی $3/61 - (p = 0/191)$ در متغیر وابسته انزال زودرس تفاوت مشاهده نشد (جدول ۳).
 نتایج آزمون اثر پیلاهی و آزمون لمبدای ویلکز از آزمون‌های معنی داری تحلیل کوواریانس چند متغیری، متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس در مرحله‌ی پی‌گیری به ترتیب برابر با $F = 3/83$ ، $(p < 0/001)$ و $F = 4/33$ ، $(p < 0/001)$ به دست آمده است. که نشان می‌دهند بین گروه‌های درمانی و گواه در متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی و انزال زودرس در مرحله‌ی پی‌گیری تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نمره‌های پی‌گیری با کنترل پیش آزمون

منابع تغییر	SS	df	MS	F	p
زمان نهفتگی انزال درون واژنی	۴۵۶۹۵/۰۸	۲	۲۲۸۴۷۵/۰۴	۶/۵۸	<0/004
انزال زودرس	۶۵۷/۷۸	۲	۳۲۸/۸۹	۱۹/۸۸	<0/001

جدول ۵. مقایسه‌های زوجی بین گروهی در مرحله پی‌گیری

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (سطح معناداری)
زمان نهفتگی انزال	گروه کنترل	شناختی-رفتاری	۲۴۳/۳۲ - (۰/۰۰۶)
درون واژنی	گروه کنترل	دارو درمانی	۲۷/۰۶ - (۱)
انزال زودرس	شناختی-رفتاری	دارو درمانی	۲۱۶/۲۶ - (۰/۰۱۱)
	گروه کنترل	شناختی-رفتاری	۸/۸۱ - (۰/۰۰۱)
	گروه کنترل	دارو درمانی	۰/۱۳ - (۱)
	شناختی-رفتاری	دارو درمانی	۸/۶۸ - (۰/۰۰۱)

نسبت‌های F تحلیل کوواریانس تک متغیری گروه‌های درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی و کنترل در متغیرهای زمان نهفتگی انزال درون واژنی $F = 6/58$ ، $(p < 0/004)$ و انزال زودرس $F = 19/88$ ، $(p < 0/001)$ نشان می‌دهند که بین گروه‌ها گانه در متغیرهای وابسته تفاوت معنادار دیده می‌شود (جدول ۴). نتایج آزمون پی‌گیری توکی نشان داد که درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل در سطح آماری $p < 0/006$ و درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان دارویی در سطح

۰/۰۱۱ < p در مرحله‌ی پی‌گیری هنوز هم اثرات درمانی اش در متغیر زمان نهفتگی انزال درون واژنی پایدار مانده است. اما مقایسه گروه دارودرمانی با گروه کنترل نشان می‌دهد که اثرات دارو درمانی در مرحله‌ی پی‌گیری در گروه دارودرمانی ماندگار نیست (p = ۱). از سوی دیگر، آزمون پی‌گیری نشان داد که گروه درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با گروه کنترل و در مقایسه با گروه دارو درمانی اثرات مثبت درمانی را در متغیر انزال زودرس پس از یک ماه از درمان هنوز نشان می‌دهد. یعنی کاهش مدت زمان انزال زودرس. اما بین گروه کنترل و گروه دارو درمانی در متغیر فوق‌تر پس از یک ماه از درمان (p = تفاوت دیده نشد. (جدول ۵).

نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی و مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس بود. فرض بر این بود که درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی باعث درمان انزال زودرس (افزایش زمان نهفتگی انزال درون واژنی و کاهش نمره‌ی انزال زودرس) مردان می‌شود و این سوال مطرح گردید که آیا بین تأثیر و ماندگاری درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی در درمان انزال زودرس تفاوت وجود دارد؟ این جنبه‌های مثبت مداخله‌های درمانی تا یک ماه پس از مداخله‌ها نیز ادامه خواهند داشت؟ یافته‌ها نشان داد که در مرحله‌ی پی‌گیری آزمون مداخله‌ی شناختی-رفتاری و دارو درمانی نسبت به گروه کنترل در درمان انزال زودرس موثرند و در این مرحله تفاوتی بین میزان تأثیر دو روش درمانی وجود ندارد. اما در مرحله‌ی پی‌گیری یافته‌ها نشان داد که اثرات مثبت درمان شناختی-رفتاری ماندگار می‌باشند ولی اثرات مثبت دارودرمانی ماندگار نمی‌باشند و تفاوت معناداری بین ماندگاری تأثیر درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی وجود دارد (به نفع گروه شناختی-رفتاری).

بر اساس نظریه‌ی شناختی-رفتاری انزال زودرس که توسط مسترز و جانسون (۱۹۷۰) مطرح گردید اگر تجربه‌ی اولیه‌ی جنسی با عجله و ترس از دیده شدن صورت گیرد انزال زودرس رخ می‌دهد. بر این اساس تکنیک‌های حساسیت‌زدایی منظم و تمرین‌های تمرکز حسی را برای درمان انزال زودرس معرفی کردند و با استفاده از این تکنیک‌ها به درمان مراجعان پرداختند و موفقیت بالایی را درمان این اختلال گزارش نمودند. همچنین بیکر و دیسلوا (۱۹۸۸) مطرح نمودند که مردان مبتلا به اختلال جنسی از نوع انزال زودرس یا مشکلات نعوظی، عقایدی و باورهایی را درباره‌ی چندین افسانه‌ی جنسی یا تصور غلط درباره‌ی مسائل جنسی بیان می‌کنند. درمانگران شناختی-رفتاری و روان‌پویایی اعتقاد دارند انزال زودرس می‌تواند ناشی از مشکلات رابطه باشد. کشمکش‌ها، ترس از تعهد، ترس از صمیمیت، انتظارات

غیرواقعی درباره‌ی عملکرد جنسی که به وسیله‌ی خواسته‌های شریک به وجود آمده‌اند به عنوان عوامل انزال زودرس در نظر گرفته می‌شوند (گاتمن، ۱۹۹۴؛ بتچن، ۲۰۰۱؛ متز و مک کارتی، ۲۰۰۳). همچنین تحریف‌های شناختی ممکن است با عملکرد جنسی تداخل پیدا کنند (آلتوف، ۲۰۰۵). در نتیجه استفاده از روش شناختی-رفتاری که در بردارنده‌ی تکنیک‌های رفتار درمانی فوق‌الذکر و تکنیک‌های شناخت درمانی می‌باشد باعث درمان انزال زودرس می‌شود این یافته همچنین با یافته‌های کاپلان (۱۹۸۲) و هاوتون و همکاران (۱۹۸۶) که استفاده از روش مستر و جانسون را در درمان انزال زودرس موفقیت آمیز گزارش نمودند هماهنگ است. زیرا بر اساس نظریه‌ی کاپلان انزال زودرس به دلیل عدم آگاهی حسی مردان صورت می‌گیرد. بنابراین استفاده از تکنیک‌هایی برای بالا بردن آگاهی حسی در درمان شناختی-رفتاری باعث درمان انزال زودرس می‌شود. بارلو (۱۹۸۶) فرض کرد که مردان و زنان مبتلا به بدکارکردی جنسی بر شناخت‌های منفی و متمرکز بر خود تمرکز می‌کنند این مسئله آن‌ها را از نشانه‌های شهودانی غافل می‌کند و با توانایی آن‌ها برای برانگیخته شدن تداخل می‌نماید. لذا درمان شناختی-رفتاری با کمک به بازسازی شناختی افراد مبتلا به انزال زودرس به درمان آن‌ها کمک می‌کند.

درمان‌های دارویی از جمله داروهای ضد افسردگی اثرات جانبی بر کارکرد جنسی دارند. برخی از این اثرات ممکن است مفید باشند. استفاده از این داروها نشان داده شده است که فلوکستین، پاروکستین و سرتالین همه اثرات جانبی جنسی دارند. مهمترین اثرات جانبی این داروها کاهش میل جنسی و افزایش زمان انزال است (والدینگر و همکاران، ۱۹۹۲). این یافته با یافته‌های پژوهش بیری و همکاران (۱۹۹۸)، آرفا و شملول (۲۰۰۶) و آکگول و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشند. بر اساس نظریه-ی عصب زیست شناختی والدینگر (۲۰۰۲) که بر پایه‌ی تأثیر داروهای ضد افسردگی و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین (SSRIs) قرار دارد بیان می‌کند که داروهای SSRIs به علت افزایش انتقال دهنده-های عصبی سروتونین و تغییر در گیرنده‌های مخصوص سروتونین در سیستم عصبی مرکزی باعث تأخیر در انزال می‌شوند. مطالعات عصب شناختی نشان داده‌اند که انزال در مغز وساطت می‌شود و انتقال دهنده-های عصبی پیام را از یک رشته عصبی به رشته عصبی دیگر منتقل می‌کنند (والدینگر، ۲۰۰۲). سروتونین به عنوان کنترل کننده‌ی انزال مشخص شده است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انزال زودرس مربوط به تمام عمر به کاهش یا نقصان انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی وابسته است (والدینگر، ۲۰۰۳). والدینگر و الیور (۱۹۹۸) ادعا کردند که انزال زودرس به علت کاهش انتقال دهنده-های عصبی سروتونرژیک می‌باشد در نتیجه استفاده‌ی از داروی سرتالین که از داروهای SSRIs می-باشد باعث افزایش انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک و در نتیجه درمان انزال زودرس می‌شود.

اثر بخشی هر دو درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی و عدم وجود تفاوت در این مرحله بیانگر تایید آسیب‌شناسی نظریه‌ی شناختی-رفتاری انزال زودرس و نقش گیرنده‌های بازجذب سروتونین در انزال زودرس می‌باشند. این پژوهش نشان داد که این دو درمان در میزان اثربخشی پس از درمان با هم تفاوت معناداری ندارند زیرا استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی باعث حذف عوامل تأثیرگذار بر انزال زودرس همانند افکارخودکار، تحریف‌های شناختی، آموزش جنسی ناکافی، شرطی شدن اولیه، اضطراب و دیگر عوامل تأثیرگذار می‌گردد و استفاده از داروهای بازجذب سروتونین نیز بر روی سیستم عصبی و افزایش جذب سروتونین بر کاهش انزال زودرس مؤثر می‌باشد.

اما یافته‌های مرحله‌ی پی‌گیری نشان داد پی‌آمدهای مثبت مداخله‌ی شناختی-رفتاری تا یک ماه پس از درمان ادامه دارد و در مقایسه‌ی با درمان دارویی اثرات درمان شناختی-رفتاری ماندگارتر می‌باشد.

در درمان شناختی-رفتاری انزال زودرس از تکنیک‌هایی همانند درمان آرام‌سازی، آموزش، حساسیت زدایی منظم، آموزش مهارت‌های ارتباطی و تمرین تمرکز جنسی و بازسازی شناختی استفاده می‌شود. چون مشکلات جنسی همراه با اضطراب می‌باشند. نتایج نشان داده است که این روش باعث کاهش اضطراب، رضایت از رابطه (سوتایل و کیلمن، ۱۹۷۸) و همچنین باعث افزایش خود-پذیری و افزایش لذت جنسی می‌شود (اندرسن، ۱۹۸۱). این روش‌های شناختی و رفتاری زمینه ساز مداخله‌هایی هستند که هدفشان ایجاد تغییر مثبت در کارکرد جنسی و در حقیقت، ایجاد تغییر در رابطه به طور کلی است. اگرچه طیفی از تمرین‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما روش‌های فوق نشان دهنده‌ی ساز و کارهایی هستند که در این تمرین‌ها عمل نموده و به موجب آن‌ها تغییرات شناختی-رفتاری ایجاد می‌شود. به عنوان مثال، تکنیک تمرکز حسی که به طور معمول مورد استفاده قرار می‌گیرد فرصتی فراهم می‌آورد تا تکنیک‌های شناختی و رفتاری متفاوتی به کار برده شود. این تکنیک ممکن است امکان استفاده از مواجهه‌ی تدریجی با موقعیت‌های ترسناک، آموزش مهارت‌های ارتباطی، تکالیف درجه‌بندی شده، افزایش آگاهی جنسی، افزایش مهارت‌های تمرکز-توجه و تکالیف رفتاری که شناخت‌های ناسازگارانه را کاهش می‌دهند، میسر سازد. بنابراین در این درمان فرد روش کاهش اضطراب، مقابله با افکار خودآیند منفی و چالش با عقاید غیر منطقی را می‌آموزد، فرض‌های غلط او درباره مسائل جنسی اصلاح می‌گردند و آگاهی جنسی وی افزایش می‌یابد. در نتیجه اثرات درمان ماندگار می‌شوند. اما بر اساس دیدگاه والدینگر و الیور (۱۹۹۸) انزال زودرس به علت کاهش انتقال دهنده‌های عصبی

سروتونرژیک می‌باشد در نتیجه استفاده‌ی از داروی سرتالین که از داروهای SSRI، می‌باشد باعث افزایش انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک و در نتیجه درمان انزال زودرس می‌شود. اما این داروها فقط تا زمانی که مصرف می‌شوند انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک را افزایش می‌دهند و با قطع مصرف دارو اثرگذاری آن‌ها نیز پس از مدت کوتاهی از بین می‌رود. در نتیجه ماندگاری اثربخشی داروی سرتالین کمتر از درمان شناختی-رفتاری می‌باشد.

با توجه به نقش مسائل جنسی در تحکیم روابط زوج‌ها و مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری در درمان انزال زودرس پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در درمان افراد مبتلا به انزال زودرس استفاده شود. احتیاط در تعمیم دادن یافته‌های پژوهش مهمترین محدودیت این پژوهش می‌باشد. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی گروه درمان ترکیبی (شناختی-رفتاری و دارودرمانی) نیز در طرح پژوهش مورد استفاده قرار گیرد. همچنین در صورت امکان افرادی که قبل از مقاربت دچار انزال می‌گردند در گروه جداگانه‌ای از افرادی که مدت زمان نهفتگی انزال درون واژنی آن‌ها کوتاه است قرار گیرند.

سپاس و قدردانی

در پایان از همه‌ی افراد شرکت کننده در پژوهش و همسران آن‌ها و همچنین از متخصصین محترمی که در اجرای پژوهش همکاری نمودند تشکر می‌کنیم.



منابع

- Abdel-Hamid, A., Naggar, E. A., & Gilany, A. H. (2001). Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 13, 41-45.
- Abraham, I., Psychol, C., symond, T., & morris, F. M. (2008). Psychometric validation of a sexual quality of life questionnaire for use in men with premature ejaculation or erectile dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 5, 595-601
- Akgul, T., Karakan, T., Ayyıldız, A., & Germiyanoglu, C. (2008). Comparison of sertraline and citalopram for treatment of premature ejaculation. *Urology Journal*, 5, 41-45.
- Althof, S. (2005). Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects and outcome. *World Journal of Urology*, 23, 89-92.
- Althof, S. (2007). Treatment of rapid ejaculation: psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In S. Leiblum (Ed.), *Principles and practice of sex therapy* (4th ed., pp. 212-240). New York: Guilford.
- Althof, S., Levine, S. B., Corty, E. W., Risen, C. B., Stern, E. B., & Kurit, D. M. (1995). A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 402-407.
- Arafa, M., & Shamloul, R. (2006). Efficacy of sertraline hydrochloride in treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study using a validated questionnaire. *International Journal of Impotence Research*, 18, 534-538.
- Baker, C. D., & De Silva, P. (1988). The relationship between male sexual dysfunction and belief in Zilbergeld's myths: an empirical investigation', *Sexual and Marital Therapy*, 3(2), 229-238.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunctions: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York: Guilford Press.

- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*, New York: Basic Books.
- Betchen, S. (2001). Premature ejaculation as symptomatic of age difference in a husband and wife with underlying power and control conflicts. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26, 34-44.
- Biri, H., Isen, K., Sinik, Z., Onaran, M., Kupeli, B., & Bozkirli, I. (1998). Sertraline in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *International Urology and Nephrology*, 30, 611-615.
- De Carufel, F., & Trudel, G. (2006). Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 32, 97-114.
- DeLamater, J., & Sill, M. (2005). Sexual desire in later life. *Journal of Sex Research*, 42(4), 138-149.
- Eaton, H. (1973). Clomipramine in the treatment of premature ejaculation. *Journal International Medicine Research*, 1, 432-434.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Gottman, J. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardle, E., Giulian, F., Hatzichristo, D., Montorsi, F., Vardi, Y &., Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Journal of Urology*, 14, 361-371
- Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behavior Research Therapy*, 24, 665-675.
- Kaplan, H. S. (1982). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Katherine, M., Hertlein, G. R., & Weeks, N G. (2009). *Systemic sex therapy*. Taylor & Francis Group. New York.
- Kim, S. C., & Seo, K. K. (1998). Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo controlled study. *Journal of Urology*, 159, 425-427.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Palik, A., Gingell, C., & Moreira, E. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80 years:

- Prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behavior, *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 1, 537-544.
- Li, P., Zhu, G. S., Xu, P., Sun, L. H., & Wang, P. (2006). Interventional effect of behavior psychotherapy on patients with premature ejaculation. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 12, 717-719.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. (2001). Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 27, 259-271.
- Metz, M., & McCarthy, B. (2003). *Coping with premature ejaculation: How to overcome PE, please your partner and have great sex*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, 93-101.
- Rosen, R. C., & Leiblum, S. R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrate Lazarus, group treatment for impotence and frigidity. *Sexology*, 36, 22-25.
- Rosen, R., Leiblum, S., & Spector, I. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 67-85.
- Rosen, R., Wing, R., Schneider, S., & Gendrano, N. (2005). Epidemiology of erectile dysfunction: The role of medical comorbidities and lifestyle factors. *Urological Clinics of North America*, 32, 403-417.
- Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389-408.
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, M., Abraham, L., Crossland, A., & Morris, M. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European Urology*, 5, 565-573.

- Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3, 361-370.
- Tang, W., Ma, L., Zhao, L., Liu, Y., & Chen, Z. (2004). Clinical efficacy of Viagra with behavior therapy against premature ejaculation. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 10, 366-370.
- Trudel, G., & Proulx, S. (1987). Treatment of premature ejaculation by bibliotherapy: An experimental study. *Sexual and Marital Therapy*, 2, 163-167.
- Ussher, J. M., & Baker, C. D. (2002). *Psychological perspectives on sexual problems*. New York: Routledge.
- Waldinger, M. D. (2002). The neurobiological approach of premature ejaculation. *Journal of Urology*, 168, 2359-2367.
- Waldinger, M. D. (2003). Rapid ejaculation. In S. Levine, C. Risen., & S. Althof (Eds.), *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (pp. 257-274). New York: Brunner/ Routledge.
- Waldinger, M. D. & Olivier, B. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and sexual side effects: differences in delaying ejaculation. In Sacchetti, E., Spano, E. P. eds, *Advances in Preclinical and Clinical Psychiatry*, Vol. I. Fluvoxamine: established and emerging roles in psychiatric disorders(pp.117-130). Milan: Excerpta Medica.
- Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., & Zwinderman, A. H. (1994). Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1377-1379.
- Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (1998). An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2, 287- 293.
- Wincze, J. P., Bach, A. K., & Barlow, D. H. (2008). Sexual Dysfunction. In D. H. Barlow (Eds.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 615-662). New York: Guilford Press.

