

## اثربخشی زوج درمانگری رفتاری یکپارچه نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به زودانزالی اکتسابی

### The effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) on Sexual Self-Efficacy, Sexual Self-Concept in People with Acquired Premature Ejaculation

**Payam Sarabi \***

M.A, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

[CPsySarabi@gmail.com](mailto:CPsySarabi@gmail.com)

**Vahid Alahyari**

M.A, Department of Clinical Psychology, Nain Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Fardin Parvizi**

M.A, Clinical Psychology, Mental Health Specialist, Kermanshah University of Medical Sciences, Iran.

**Dr. Keivan Kakabaraee**

Associate Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

پیام سرابی (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

وحید الهیاری

کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

فردین پرویزی

کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، کارشناس سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه، ایران.

دکتر کیوان کاکابرای

دانشیار، گروه روان شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

## Abstract

Determining the effectiveness of couple's integrated behavioral therapy on sexual self-efficacy and sexual self-concept was acquired in individuals with acquired premature ejaculation. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest, and follow-up with the control group. The statistical population included all married people aged 25 to 45 years who had been referred to psychology and counseling clinics in Kermanshah in 2020 for premature ejaculation. The sample consisted of 30 men who were selected by the available sampling method and randomly assigned to two experimental and waiting groups (15 people in each group). Data in three stages of pre-test, post-test, and follow-up using sexual self-efficacy questionnaires (SSES) (Vaziri & Lotfi Kashani, 2013), sexual self-concept (MSSCQ) (Snell, Fisher & Walters, 1995), premature ejaculatory diagnostic tools (PEDT) (Simmonds et al., 2007) and time Gauges were collected. Integrative behavioral couple therapy was performed for the experimental group in 9 sessions, but no therapeutic intervention was used for the control group. Analysis of variance with repeated measures and Bephroni post hoc test were used to analyze the data. Coupling integrated behavioral therapy was effective on sexual self-efficacy, sexual self-concept, premature ejaculation, and latency of intravaginal ejaculation (IELT) ( $P < 0.001$ ); And the scores of dependent variables in the post-test and follow-up stages increased compared to the waiting groups and the score of premature ejaculation decreased ( $P < 0.001$ ), also the therapeutic effect was maintained until follow-up. The findings of the present study can be used for clinical and therapeutic interventions to promote sexual self-efficacy and

## چکیده

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی زوج درمانگری رفتاری یکپارچه نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به زودانزالی اکتسابی بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد متأهل ۲۵ تا ۴۵ ساله که برای درمان زودانزالی به کلینیک‌های روان شناسی و مشاوره شهر کرمانشاه در سال ۹۹ مراجعه کرده بودند را تشکیل می داد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و در انتظار درمان (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. داده‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با استفاده از پرسشنامه‌های خودکارآمدی جنسی (SSES) (وزیری و لطفی کاشانی، ۱۳۹۲)، خودپنداره جنسی (MSSCQ) (اسنل، فیشر و والترز، ۱۹۹۵)، ابزار تشخیصی زودانزالی (PEDT) (سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷) و زمان سنج جمع آوری شدند. زوج درمانگری رفتاری یکپارچه نگر برای گروه آزمایش در ۹ جلسه اجرا شد، اما برای گروه در انتظار درمان هیچ گونه مداخله درمانی به کار گرفته نشد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج نشان داد زوج درمانگری رفتاری یکپارچه نگر بر خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی و زمان نهفتگی انزال درون واژنی (IELT) مؤثر بود ( $P < 0.001$ )؛ و نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه در انتظار درمان افزایش و نمره زودانزالی کاهش یافته بود ( $P < 0.001$ )، همچنین اثر درمانی تا زمان پیگیری حفظ شد. از یافته‌های پژوهش حاضر می توان در راستای مداخلات بالینی و درمانی

اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلابه زودانزالی اکتسابی  
The effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) on Sexual Self-Efficacy, Sexual Self-Concept ...

sexual self-concept and, as a result, improve the latency of intravaginal ejaculation (IELT) and premature ejaculation in men.

برای ارتقای خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی و در نتیجه، بهبود زمان نهفتگی انزال درون واژنی (IELT) و زودانزالی مردان استفاده کرد.

**Keywords:** Integrative behavioral couple therapy, Sexual self-efficacy, Sexual self-concept, Acquired premature ejaculation

**واژه‌های کلیدی:** زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر، خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی اکتسابی

ویرایش نهایی: دی ۱۴۰۰

پذیرش: شهریور ۱۴۰۰

دریافت: تیر ۱۴۰۰

نوع مقاله: پژوهشی

## مقدمه

عملکرد جنسی مناسب و سالم یکی از نشانه‌های سلامت روان و جسم است، یکی از مولفه‌های کیفیت زندگی جنسی به حساب می‌آید، باعث ایجاد احساس لذت مشترک در بین زوجها می‌شود و توانایی فرد را برای مقابله کارآمدتر با استرس‌ها و مشکلات زندگی افزایش می‌دهد (سرابی، پرویزی و کاکابرابی، ۱۳۹۷؛ دهقانی و خالقی‌پور، ۱۳۹۵). یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی در زندگی زناشویی، روابط لذت‌بخش جنسی است و رضایت‌بخش نبودن آن منجر به احساس محرومیت، ناکامی و عدم ایمنی در همسران می‌شود؛ این محرومیت جنسی در بسیاری از مواقع در نهایت منجر به طلاق و ازهم‌گسستگی زندگی زناشویی می‌گردد (مک‌کارتی، ۲۰۰۸؛ سرابی و همکاران، ۱۳۹۷). یکی از کژکاری‌های جنسی که موجب عملکرد جنسی نامناسب و احساس نارضایتی افراد می‌شود زودانزالی است.

زودانزالی (PE)، با نام‌های دیگری هم‌چون انزال زودرس، انزال زود هنگام یا انزال سریع،<sup>۱</sup> یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی مردان است (کامپینرز، آدریان و دسیل، ۲۰۱۹؛ تسلیمی، ۲۰۱۹؛ لامان و همکاران، ۲۰۰۵؛ سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). در DSM-5 زودانزالی به چند صورت طبقه‌بندی شده است؛ براساس یک طبقه‌بندی، زودانزالی به دو نوع فرعی، سراسر عمر (تمام عمری)، که اختلالی است که از زمان فعالیت جنسی وجود داشته است و اکتسابی، که این اختلال پس از یک دوره فعالیت جنسی نسبتاً بهنجار آغاز شده است. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵؛ گنجی، ۱۳۹۹).

والدینگر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴)، در تلاش برای عملیاتی کردن زودانزالی، زمان نهفتگی انزال درون واژنی (IELT) را معرفی کردند. IELT فاصله زمانی بین دخول و انزال درون واژنی تعریف شده است. عملیاتی کردن زودانزالی با استفاده از مدت‌زمان بین دخول و انزال، اساس اغلب پژوهش‌های کنونی بالینی در مورد زودانزالی است (والدینگر، ۲۰۱۳؛ ۱۹۹۴). در پژوهش‌های مختلف، واریانس IELT در افراد دارای زودانزالی بین ۱ تا ۷ دقیقه ثبت شده است (سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵).

براساس مطالعه راوندان و آگاروال (۲۰۲۱)، زودانزالی یک مشکل شایع جنسی است که حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از مردان در گروه سنی فعال جنسی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. به‌هرحال، شکایت عمده قریب به ۳۵ تا ۴۰ درصد مردانی که به‌علت اختلالات جنسی معالجه می‌شوند زودانزالی است؛ مؤلفین<sup>۳</sup> DSM-5 می‌گویند که با شاخص زمانی جدیدی که در تعریف این اختلال لحاظ شده، زودانزالی را در ۱ تا ۳ درصد مردان می‌توان تشخیص داد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). بنابر گزارش عبهری، ناصحی، رئیسی و یحیوی (۱۳۹۷) به‌نقل از

<sup>۱</sup>Mccarthy

<sup>۲</sup>Premature ejaculation

<sup>۳</sup>Early ejaculation

<sup>۴</sup>Kempeneers, Andrienne & Desselles

<sup>۵</sup>Laumann,

<sup>۶</sup>American Psychiatric Association (APA)

<sup>۷</sup>Sadock & Sadock

<sup>۸</sup>Waldinger, M. D

<sup>۹</sup>Intravaginal Ejaculatory Latency Time

<sup>۱۰</sup>Raveendran & Agarwal

<sup>۱۱</sup>Diagnostic and statistical manual of mental disorders

درسنامه‌ی سکسولوژی بالینی<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، زودانزالی با شیوع بین ۱۵ تا ۲۵ درصد شایع‌ترین شکایت جنسی گزارش شده در مردان زیر ۶۰ سال است. سیموندز و همکاران (۲۰۰۷) و آلتوف<sup>۲</sup> (۲۰۱۶؛ ۲۰۱۴) میزان شیوع زودانزالی را تا حدود ۴۰ درصد برآورد نموده‌اند. در سال‌های اخیر مطالعات زیادی برای فهم نحوه ارزیابی و تشخیص زودانزالی انجام گرفته است (کامپینزو و همکاران، ۲۰۱۹؛ رویکی و همکاران، ۲۰۰۸). به‌رغم تعاریف‌های زیاد و متعددی که از این اختلال صورت گرفته است، هنوز هیچ تعریف قابل قبول جهانی برای PE در دسترس نیست (الحمد، صالح و مجذوب، ۲۰۱۹). تعریف زودانزالی در DSM-5 عبارت‌است از: زودانزالی، ارگاسم یا انزال عودکننده یا دائمی با تحریک کم جنسی، قبل، در حین یا مدت کوتاهی پس از دخول و قبل از این‌که فرد بخواهد رُخ می‌دهد، به‌طوری‌که این اختلال منجر به فشار محسوس یا مشکل بین‌فردی گردد و منحصرآ ناشی از تاثیرات مستقیم مصرف مواد نباشد؛ زودانزالی باید در تجربه جنسی با شریک جنسی و به‌صورت دخول مهملی تجربه گردد، هرچند این امکان وجود دارد که این اختلال در مردان هم‌جنس‌گرایی که دخول مهملی ندارند نیز بروز کند؛ زودانزالی باید ۶ ماه به‌طور مداوم یا در حداقل ۷۵ درصد تجارب رابطه جنسی مهملی تجربه گردد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به‌معنای دیگر، براساس تعریف DSM-5، به‌زمان کمتر از ۱ دقیقه دخول واژینال و انزال، زودانزالی گفته می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نگرش‌ها، ترس‌ها یا خاطرات افراد، از عوامل زیربنایی مشکلات جنسی است، افرادی که مشکلات جنسی دارند، معمولاً اعتمادبه‌نفس پایینی داشته، مضطرب و نگران‌ترند (لارنت و سیمونز، ۲۰۰۹؛ دسروگرز و دیگران، ۲۰۰۹؛ پینبرو و دیگران، ۲۰۱۰)، افسرده‌ترند (بارایی و دیگران، ۲۰۰۹؛ چن و همکاران، ۲۰۰۹؛ سیمونز، ۲۰۰۹)، رابطه جنسی آن‌ها تحت‌تاثیر پیش‌بینی شکست آن‌ها قرار می‌گیرد (دایتز و دیگران، ۲۰۰۹)، بهزیستی ذهنی پایین (دیوسن و دیگران، ۲۰۰۹) و تجارب ناخوشایندی دارند (بارایی و دیگران، ۲۰۰۹). باتوجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که تمام موارد فوق، نقش خودکارآمدی جنسی<sup>۳</sup> را به‌عنوان یک متغیر اصلی و پنهان در کژکاری‌های جنسی، به‌خصوص زودانزالی تایید می‌کند (وزیری، لطفی کاشانی، حسینیان و بهرام غفاری، ۱۳۸۹)؛ و در مطالعه فرحبخش (۱۳۸۹)، نشان می‌دهد که خودکارآمدی جنسی پایین باعث زودانزالی و عدم کنترل انزال می‌شود. خودکارآمدی جنسی ساختاری چندبُعدی دارد و یکی از جنبه‌های خودکارآمدی عمومی به‌شمار می‌رود، و شامل باور و اعتقاد هر فرد در مورد توانایی خود برای داشتن یک عملکرد جنسی موثر و مناسب، قابل رضایت داشتن برای شریک جنسی، توانایی مدیریت چالش‌های زندگی جنسی و ارزیابی توانایی و خودکارآمدی خود در مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی جنسی می‌باشد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ رجبی و جلوداری، ۲۰۱۵؛ وزیری و کاشانی، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از عوامل روان‌شناختی که می‌تواند در زودانزالی نقش داشته باشد خودپنداره جنسی<sup>۴</sup> است (بلغان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۷). ارزشیابی کلی فرد از شخصیت خود را خودپنداره می‌نامند؛ یا به‌عبارت دیگر درک فرد از تمایلات و گرایش‌های جنسی همان خودپنداره جنسی است (زارعی محمودآبادی، صالحی و موسوی، ۱۳۹۸). خودپنداره جنسی یعنی این‌که فرد، طبیعت وجود خودش را در بُعد جنسی چگونه درک می‌کند و در مورد موضوعات جنسی در کل چگونه فکر و احساس می‌کند (گاگنون و سیمونز، ۲۰۰۵؛ زارعی محمودآبادی و همکاران، ۱۳۹۸). خودپنداره جنسی جزء بزرگی از سلامت جنسی است و هسته تمایلات جنسی فرد را تشکیل می‌دهد.

<sup>۱</sup>Textbook of Clinical Sexology

<sup>۲</sup>Symonds

<sup>۳</sup>Althof

<sup>۴</sup>Revicki

<sup>۵</sup>El-Hamd, Saleh & Majzoub

<sup>۶</sup>homosexual

<sup>۷</sup>Laurent & Simons

<sup>۸</sup>Desrochers

<sup>۹</sup>Pinheiro

<sup>۱۰</sup>Baranyi

<sup>۱۱</sup>Chen

<sup>۱۲</sup>Simon

<sup>۱۳</sup>Duits

<sup>۱۴</sup>Davison

<sup>۱۵</sup>sexual self-efficacy

<sup>۱۶</sup>sexual self-Concept

<sup>۱۷</sup>Gagnon & Simon

همچنین یک پیش‌بینی‌کننده مهم از رفتارهای جنسی است که می‌تواند با سلامت جنسی و روانی فرد رابطه داشته باشد (پوتکی و همکاران، ۲۰۱۷).

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش کنترل و در نهایت درمان زودانزالی به کار گرفته شده است. به‌طور کلی سه دسته درمان برای زودانزالی به کار می‌رود که شامل: روان‌درمانی و دارو درمانی می‌باشد (نصیری‌پور، فراستی‌نسب و خداوردی، ۱۳۹۵). ترکیب کردن روش‌های رفتاری با دارودرمانی اثربخش‌ترین نوع درمان است (پیرا-لورنزو، بریتو و پیرا، ۲۰۱۹). یکی از رویکردهای روان‌درمانی که می‌تواند در مسایل مربوط به سلامت جنسی کاربرد داشته باشد رویکرد یکپارچه‌نگر است (شامکوئیان و همکاران، ۱۳۹۷؛ لطفی کاشانی، ۱۳۷۶). رویکرد یکپارچه‌نگر از زوج‌درمانی رفتاری سنتی نشأت گرفته است؛ نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر بافت است که به زوج‌ها کمک می‌کند تا رضایتمندی و سازگاریشان افزایش یابد (جاکوینسن و کریستنسن، ۱۹۹۸؛ کریستنسن، ۲۰۱۷؛ گورمن، ۲۰۰۸). این رویکرد به‌منظور رفع برخی از محدودیت‌های زوج‌درمانی رفتاری سنتی، مفاهیم و فن‌های پذیرش هیجانی را به کار گرفت. فن‌های پذیرش بیشتر از تغییر رفتار با پذیرش رفتاری هماهنگ است و تلاش می‌کند که از حوزه‌های تعارض به‌عنوان وسیله‌ای برای ایجاد صمیمیت و نزدیکی بیشتر زوج‌ها استفاده کند. این روش درمانی می‌کوشد تا رویکرد سنتی به زوج‌درمانی رفتاری را حول این اندیشه بازسازی کند که همه جنبه‌های روابط زوج‌هایی قابل تغییر نیست. پذیرش در این حیطه‌ها به این معنی است که زوج‌ها تلاش کنند تا علیرغم مشکلات لاینحل صمیمیت و نزدیکی خود را حفظ کنند (پورسردار، صادقی، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۷؛ کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۴).

در مطالعه بلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، که به اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه بر خودپنداره جنسی و زودانزالی مردان پرداخته شد؛ نتایج گویای این بود که نمرات خودپنداره جنسی و زودانزالی مردان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه کنترل افزایش یافته بود. شامکوئیان و همکاران (۱۳۹۷)، در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی گروه درمانی یکپارچه‌نگر بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اسکرودرمی سیستمیک پرداختند؛ یافته‌ها نشان داد که مداخله درمانی موجب افزایش معنی‌داری در میانگین نمرات پس‌آزمون عملکرد جنسی و شش زیرمولفه آن در دو گروه کنترل و آزمایش گردید. در مطالعه باوی، امان‌الهی و عطاری (۱۳۹۳)، که به اثربخشی آموزش جنسی بر خودپنداره جنسی پرداختند، یافته‌ها نشان داد که مداخله درمانی باعث افزایش خودپنداره جنسی شده است. رجیبی و همکاران (۱۳۹۱)، در مطالعه‌ای که به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به زودانزالی انجام دادند به این نتیجه دست یافته‌اند که بین گروه‌های درمانی شناختی - رفتاری، دارو درمانی و گروه کنترل در زمان نهفتگی انزال درون‌واژنی و زودانزالی تفاوت معناداری دیده شد؛ همچنین در مرحله پیگیری بین گروه‌های درمانی و کنترل در زمان نهفتگی انزال درون‌واژنی و زودانزالی، به نفع گروه شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری دیده شد، اما بین گروه دارو درمانی و گروه کنترل تفاوت مشاهده نشد. فرحبخش (۱۳۸۹)، در طی مطالعه‌ای به اثربخشی فنون رفتاری - شناختی و افزایش خودکارآمدی جنسی در درمان زودانزالی مردان پرداخت که یافته‌ها نشان داد میزان زودانزالی پس از دوره درمان به‌طور معنی‌داری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافت، رضایت از روابط جنسی و احساسی خودکارآمدی جنسی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته بود. فروهوف و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعه‌ای فراتحلیلی و نظام‌مند، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را در کاهش زودانزالی به تایید رسانده‌اند.

زودانزالی اغلب به‌عنوان یک نتیجه از اضطراب عملکرد ایجاد می‌شود، عزت‌نفس، خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی کاهش می‌یابد، از فعالیت‌های جنسی کاسته می‌شود، شریک زندگی احساس خشم و عصبانیت می‌کند و کیفیت روابط بین‌فردی کاهش می‌یابد (آلتوف، ۲۰۱۶). افرادی که از زودانزالی رنج می‌برند، اغلب تمایلی به شروع یک رابطه جدید را ندارند و بارها نگران این موضوع می‌شوند که شریک زندگی آن‌ها، پذیرای او نباشد و در نتیجه وارد روابط فرازناشویی شوند. علاوه بر این، یک فرد مبتلا به PE ممکن است تجربه یا احساس کند که فاقد کنترل است و در بعضی مواقع انزال سریع ممکن است منجر به عوارضی در بارداری کودک شود (تسلیمی، ۲۰۱۹؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در این اختلال مرد همیشه بیش از زمان دلخواه خود به ارگاسم رسیده و انزال اتفاق می‌افتد و این امر موجب آسفتگی او و همسرش یا شریک جنسی‌اش می‌شود (فرحبخش، ۱۳۸۹). بایرز و گرنیر (۲۰۰۱)، نشان داده‌اند که زودانزالی موجب

۱Potki

۲Pereira-Lourenço, Brito & Pereira

۳Jacobson & Christensen

۴Gurman

۵Frühau

۶Byers & Grenier

کاهش خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی، احساس گناه، بی‌کفایتی، خشم و ضعف در عزت‌نفس می‌گردد. مک‌الو و همکاران (۲۰۰۴)، نشان دادند که افراد مبتلا به زودانزالی و همسران آن‌ها از روابط جنسی خود ناراضی هستند؛ آن‌ها دچار اضطراب می‌شدند و نمی‌توانستند حالت آرامش و تن‌آرامی خود را هنگام مقاربت حفظ کنند. بایرز و گرینز همکاران (۲۰۰۳)، دریافتند زودانزالی با اضطراب و نگرانی از برقراری رابطه جنسی، عزت‌نفس، خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی اندک در زمینه روابط جنسی و پایین بودن رضایت کلی از زندگی رابطه دارد. با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلال زودانزالی (راوندران و آگاروال، ۲۰۲۱؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵)، و همچنین پیش‌بینی‌کننده آسیب‌های متعددی در حوزه‌های روابط زناشویی مانند طلاق عاطفی یا رسمی، رضایت و صمیمیت جنسی، و روابط فرازناشویی (گرازیوتین و آلتوف، ۲۰۱۱؛ بلغان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)، افسردگی (زرگوشی، ۲۰۰۹)، اضطراب، خودکارآمدی جنسی (آلتوف، ۲۰۱۶؛ روزن و آلتوف، ۲۰۰۸)، استرس (هاتزیموراتیدیس و همکاران، ۲۰۱۰)، احساس شرم (روزن و آلتوف، ۲۰۰۸) و اعتمادبه‌نفس پایین و خودپنداره جنسی (آلتوف، ۲۰۱۶؛ رویکی، ۲۰۰۸)، رابطه دارد. در این راستا، هدف اصلی این مطالعه، اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به زودانزالی اکتسابی بود.

## روش

طرح پژوهش حاضر به‌لحاظ هدف کاربردی، از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری را تمامی مردان متأهل ۲۵ تا ۴۵ ساله که برای درمان زودانزالی به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر کرمانشاه در سال ۹۹ مراجعه کرده بودند تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ مرد که به روش نمونه‌گیری در دسترس با توجه به معیارهای ورود و خروج انتخاب شده و به‌شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و در انتظار درمان (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. مردانی که سن آن‌ها بین ۲۵ تا ۴۵ باشد؛ ۲. تشخیص زودانزالی براساس ملاک‌های DSM-5 توسط روانشناس بالینی؛ ۳. زمان نهفتگی انزال درون واژنی (IELT) کمتر از ۲ دقیقه؛ ۴. داشتن یک رابطه پایدار بیشتر از ۶ ماه؛ ۵. داشتن فقط یک شریک جنسی؛ ۶. داشتن حداقل یک‌بار رابطه جنسی در هفته ۷. امضای رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ۱. اختلال نعوظ؛ ۲. عدم همکاری در جلسات روان‌درمانی و ۳. غیبت بیش از دو جلسه. در این مطالعه، ملاحظات اخلاقی ذیل رعایت شد، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند مطالعه خارج شوند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه در انتظار درمان جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفتند و مداخله درمانی نیز برای آنان اجرا شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آن‌ها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد.

## ابزار سنجش

**مقیاس خودکارآمدی جنسی (SSES):** پرسشنامه خودکارآمدی جنسی توسط وزیر و لطفی کاشانی (۱۳۹۲)، براساس پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شوارزر<sup>۱</sup> (۱۹۹۳)، ساخته شده است. این پرسشنامه حاوی ۱۰ سوال می‌باشد که از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. پایایی پرسشنامه خودکارآمدی جنسی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶، دونیمه‌کردن اسپیرمن - براون ۰/۸۱ و روش گاتمن ۰/۸۱ به‌دست آمده است. به‌منظور بررسی اعتبار هم‌زمان این پرسشنامه، ضریب همبستگی پرسشنامه خودکارآمدی جنسی با نمرات کل شاخص عملکرد جنسی و رضایت جنسی به‌ترتیب ۰/۸۰۳ ( $P < 0/01$ ) و ۰/۸۱۱ ( $P < 0/01$ ) بود که همبستگی بالایی بین این نمرات وجود دارد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمد.

<sup>۱</sup>McCullough

<sup>۲</sup>Graziottin

<sup>۳</sup>Rosen

<sup>۴</sup>Hatzimouratidis

<sup>۵</sup>Revicki

<sup>۶</sup>Sexual Self-Efficacy Scale

<sup>۷</sup>Schwarzer

**پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (MSSCQ):** پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی توسط اسنل، فیشر و والترز<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) طراحی شد. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی عینی است که نسخه فارسی آن ۷۸ سوال و ۱۸ حیطه دارد و توسط ضیایی، صالحی، مرقاتی خوبی و فرج‌زادگان (۱۳۹۲) در ایران مورد هنجاریابی قرار گرفته است. سوالات مقیاس لیکرت که از صفر (عبارت به‌هیچ‌وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود و حیطه‌ها به حیطه‌های بزرگتری به‌نام‌های خودپنداره جنسی منفی، خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی موقعیتی طبقه‌بندی می‌شوند. این ابزار ۴ عبارت به‌شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. هر حیطه از ۳ تا ۵ گویه تشکیل شده است. گویه‌های متعلق به هر حیطه در سراسر پرسشنامه توزیع شده‌اند. ۱۸ حیطه خودپنداره جنسی در دو بُعد خودپنداره جنسی مثبت و منفی می‌باشد؛ در این بین بُعد خودپنداره مثبت شامل: مولفه‌های خودکارآمدی جنسی، آگاهی جنسی، انگیزه برای اجتناب از روابط جنسی پرخطر، اشتیاق جنسی، نظارت و پایش جنسی، شهامت و جرات جنسی، خوش‌بینی جنسی، انگیزش جنسی، اعتبار و ارزشمندی جنسی، مدیریت مسائل جنسی، پیشگیری از مشکلات جنسی و رضایت جنسی است. از طرفی بُعد خودپنداره منفی شامل: اضطراب جنسی، خودسرزنی در مشکلات جنسی، ترس از رابطه جنسی، افسردگی جنسی، کنترل درونی مسائل جنسی و الگوهای فردی جنسی است. حداقل نمره در بُعد خودپنداره مثبت و منفی صفر و حداکثر نمره در خودپنداره مثبت ۱۷۶ و خودپنداره منفی ۶۴ است. میزان پایایی این پرسشنامه در حیطه‌های مختلف از ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ گزارش شده است (ضیایی و همکاران، ۱۳۹۲). در مطالعه اسنل و همکاران (۱۳۹۵)، پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و بازآزمایی ۰/۸۵، و روایی هم‌زمان، ضریب همبستگی قوی ( $r = 0/77$ ) را نشان داد. در مطالعه رضانی و همکاران (۱۳۹۱)، روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است، به‌طوری‌که ضریب آلفای کرونباخ این ابزار بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۴ متغیر بوده است که در نسخه ایرانی آن ۲۲ سوال با امتیاز موثر کمتر از ۱/۵ و اعتبار محتوای کمتر از ۰/۷۰ حذف شدند؛ بنابراین دو حیطه کنترل بیرونی مسایل جنسی و شانس کنترل جنسی حذف شده است؛ روایی هم‌زمان معنی‌داری بین نمره خودپنداره جنسی و رضایت زناشویی ( $r = 0/3$ ,  $p = 0/013$ ) وجود داشت. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۶۸ به‌دست آمد.

**ابزار تشخیصی زودانزالی (PEDT):** این ابزار توسط سیموندز و همکاران (۲۰۰۷)، که یک ابزار ۵ ماده‌ای است در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰ = اصل مشکل نبود تا ۴ = شدیداً مشکل بود) تنظیم شده است. نمره این ابزار بین ۰ تا ۲۰ متغیر می‌باشد. در این ابزار نمره بالاتر گویای شدت بیشتر زودانزالی است. ماده‌ها این ابزار براساس مصاحبه با افراد مبتلابه زودانزالی و ملاک‌های راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) گردآوری شده است. سیموندز و همکاران (۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ گزارش نمودند. همچنین این ابزار از توان تشخیصی بین افراد مبتلابه زودانزالی و افراد عادی برخوردار می‌باشد ( $P < 0/01$ ،  $t = 72/39$ ) و افرادی که نمره ۹ و بالاتر کسب می‌کنند مبتلابه زودانزالی تشخیص داده می‌شوند (سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران این پرسشنامه توسط بُلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، ابتدا ترجمه و بازترجمه شد. پایایی آن به روش بازآزمایی، ۰/۸۷ به‌دست آمد. روایی این پرسش‌نامه به‌شیوه افتراقی مردان زودانزال و مردان عادی را به‌طور معنی‌داری از هم جدا می‌کند. روایی همگرایی پرسشنامه با آزمون رضایت جنسی همبستگی معنی‌داری را با ضریب ۰/۴۲ نشان داد. (بُلغان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه رجی و همکاران (۱۳۹۱)، روایی هم‌زمان این ابزار با پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی مردان برابر با ۰/۶۹ ( $P < 0/01$ ) گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به‌دست آمد.

**زمان سنج:** برای اندازه‌گیری زمان نهفتگی انزال درون واژنی (IELT) از زمان سنج استفاده شد. در جلسه درمانی به همسران افراد مبتلابه زودانزالی آموزش داده شد که از فاصله زمانی شروع مقاربت تا زمان انزال درون واژنی همسر را به‌وسیله زمان سنج ثبت نمایند. این زمان به‌عنوان زمان انزال نهفتگی درون واژنی مورد استفاده قرار گرفت.

به‌دلیل این‌که این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به‌طوری‌که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و از طرح پژوهش خارج شوند. بعد از اخذ رضایت‌نامه کتبی و قرارگیری تصادفی نمونه‌ها در

<sup>۱</sup>Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire

<sup>۲</sup>Snell, Fisher & Walters

<sup>۳</sup>Premature Ejaculation Diagnostic Tool

گروه آزمایش و در انتظار درمان، از هر دو گروه، پرسشنامه‌های ذکر شده و زمان‌سنج به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه به‌عمل آمد؛ گروه آزمایشی به‌مدت ۹ جلسه، که هر هفته یک‌بار به‌مدت ۲ تا ۲/۵ ساعت برگزار می‌شد تحت درمان قرار گرفتند؛ برای گروه در انتظار درمان هیچ مداخله درمانی انجام گرفته نشد و براساس ملاحظات اخلاقی، گروه در انتظار درمان در لیست گروه انتظار قرار گرفتند. در تهیه پروتکل درمانی، از مشاوره‌ی زوجی یکپارچه‌نگر بلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، استفاده شد و در جدول شماره ۱ ارایه شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS-20 استفاده شد. در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**جدول ۱. پروتکل زوج‌درمانی یکپارچه‌نگر**

جلسات	محتوا	اهداف	تکلیف
اول	- معارفه؛ - ارائه مجموعه پرسشنامه مشکلات درون‌فردی و بین-فردی (سازگاری زوجی، خودپنداره جنسی، اضطراب و مدیریت انزال)؛ - توجیه منطق و فرآیند مشاوره	- آشنایی با قوانین و شرکت در جلسات مشاوره زوجی، توجیه زوجها جهت همکاری در انجام تکالیف و به‌کار بردن سعه‌صدر و سنجش مقدماتی	
دوم	- بررسی اهمیت احترام و قدردانی در روابط زوجها؛ - افزایش میزان حمایت عاطفی زوجها با استفاده از آموزش تکنیک‌های افزایش عشق و احترام؛ (رویکرد گاتمن)	- تشخیص مواردی که می‌تواند زوجها را از هم دور کند؛ - یادآوری خاطرات خوب گذشته؛ - بررسی‌های نیازهای عشقی؛ - تهیه برنامه عشقی روزانه؛	- تمرین قدردانی در حین جلسه و جلسه آینده؛ - تمرین فلسفه ازدواج و تاریخچه ازدواج
سوم	- بررسی تمرین‌های جلسه اول؛ - آشنایی زوجها با مهارت‌های حل تعارض؛ - آموزش گام‌های ده‌گانه حل تعارض؛ (رویکرد اولسون)	- توان‌مندسازی زوجها برای حل تعارض-های خود - بهبود نگرش زوجها به ازدواج و شکستن تابوها؛	- ارائه تکلیف منزل (انجام تکلیف رشدی ۱۰ گام حل تعارض)
چهارم	- آشنایی با مشکل زودانزالی و عوامل شکل‌دهنده مشکل، نگهدارنده مشکل و تشدیدکننده آن؛ - آماده کردن زوجها برای حرف‌زدن راجع به مسائل جنسی و راحت بیان کردن آن، بیان راحت و بدون سانسور روابط زناشویی در اتاق خواب؛ - شناسایی عملکرد سیکل جنسی و ارگاسم؛ (رویکرد شناختی)	- آگاه‌سازی زوجها از عواملی که باعث زودانزالی می‌شود، عواملی که آن را نگه می‌دارند، عواملی که باعث تشدید آن می‌شوند؛ - پرهیز زوجها از انجام کارهایی که باعث نگهداری مشکل و شدت بخشیدن به آن می‌شوند	- پرهیز از سرزنش در حین رابطه جنسی؛ - شناخت کامل بدن خود و یکدیگر و دستگاه تناسلی همدیگر
پنجم	- بررسی تمرین‌های جلسه قبل؛ - شروع عالی یک رابطه زندگی جنسی؛ - آموزش مسائل جنسی؛ - رفع برخی از اسطوره‌های رایج در رابطه جنسی؛ - روش عشق‌بازی صحیح؛ (رویکرد SYMBIS)	- رفع فشار و تنش ناشی از انجام دخول و متعاقب آن انزال سریع	- انجام عشق‌بازی و رابطه جنسی بدون دخول در طول جلسه‌های درمانی
ششم	- بررسی تمرین جلسه قبل؛ - آموزش ABC؛ - آموزش بازسازی شناختی برای موقعیت‌های اضطراب‌زا	- کاهش اضطراب زودانزالی از طریق آموزش بازسازی شناختی	- تمرین بازسازی شناختی

اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلابه زودانزالی اکتسابی  
The effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) on Sexual Self-Efficacy, Sexual Self-Concept ...

تمرین‌های روزانه کگل؛ تمرین‌های روزانه آرام- سازی عضلانی؛ تمرین شیوه فشار بر مثانه و کنترل بر انزال؛ اختصاص وقت اضافی و مکان مناسب برای رابطه جنسی و اجتناب از تعجیل و تنش‌زاهای محیطی و موقعیتی تمرین تکنیک فشار؛ تمرین تکنیک Start- Stop؛ تغییر پوزیشن؛ انجام تمرین‌های رفتاری و بررسی تکالیف در جلسات پیگیری	- انجام تمرین‌های رفتاری و ورزش‌های تقویت‌کننده اسفنگترها برای ایجاد کنترل بر انزال - انجام تمرین‌های رفتاری برای کمک به مدیریت انزال با کمک همسر و فعال کردن او در مدیریت انزال مرد	- بررسی تمرین بازسازی شناختی؛ آموزش روش آرام‌سازی عضلانی؛ آموزش شیوه فشار بر مثانه و کنترل بر انزال؛ آموزش تمرینات کگل - بررسی تمرین جلسه قبل؛ آموزش روش Start-Stop با کمک همسر؛ تغییر پوزیشن سکس برای ایجاد کنترل بیشتر بر انزال؛ آموزش روش فشار Squeeze technique با کمک همسر - مرور تمرین‌های جلسات قبل؛ ارائه مجدد مجموعه پرسش‌نامه‌های مشکلات زوجی و فردی	هفتم هشتم نهم
---	---	---	---------------------

## یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی نمونه ۳۰ نفری اجرا شد. از لحاظ سنی بیشترین درصد به ترتیب شامل گروه ۲۲ تا ۲۸ (۴۱ درصد)، ۲۸ تا ۳۵ (۳۵ درصد)، ۳۵ تا ۴۵ (۲۴ درصد) بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشترین درصد به ترتیب شامل گروه کارشناسی ارشد و بالاتر (۵۴ درصد)، فوق‌دیپلم و کارشناسی (۳۹ درصد) و دیپلم (۷ درصد) بودند. از لحاظ اشتغال، گروه آزاد (۵۵ درصد) و کارمند (۴۵ درصد) بودند. شاخص‌های آماری توصیفی دو گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه نوبت اندازه‌گیری با تفکیک گروه

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	X	SD	X	SD	X
خودکارآمدی جنسی	آزمایش	۱/۳۱	۵۳/۱۸	۵/۵۴	۷۹/۶۵	۵/۵۹	۷۹/۸۷
	در انتظار درمان	۶/۲۸	۵۲/۴۰	۶/۱۸	۵۲/۶۱	۶/۲۰	۵۲/۳۸
خودپنداره جنسی	آزمایش	۷/۲۱	۴۵/۳۸	۶/۳۸	۸۷/۵۲	۶/۴۱	۸۸/۰۷
	در انتظار درمان	۷/۱۱	۴۶/۰۵	۷/۲۰	۴۶/۱۹	۷/۱۸	۴۶/۲۸
زودانزالی	آزمایش	۱/۷۸	۱۹/۴۷	۰/۹۶	۹/۵۷	۰/۹۸	۹/۸۵
	در انتظار درمان	۲/۵۳	۲۰/۵۶	۲/۴۱	۲۰/۴۸	۲/۶۷	۲۰/۷۱
IBCT	آزمایش	۲/۰۲	۴/۵۳	۱/۷۸	۹/۷۴	۱/۲۷	۱۰/۳۷
	در انتظار درمان	۲/۲۶	۵/۱۲	۲/۶۷	۴/۸۴	۲/۳۶	۴/۵۹



همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات گروه آزمایش خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی و IELTS در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون افزایش و نمره زودانزالی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است.

برای انجام تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، ابتدا پیش فرض های آن بررسی شد؛ بدین منظور، چهار مفروضه زیربنایی شامل کولموگروف - اسمیرنوف، آزمون لوین، آزمون ام باکس و آزمون کرویت ماچلی مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف<sup>۱</sup> برای متغیرهای وابسته حاکی از نرمال بودن توزیع داده ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود ( $p > 0/05$ ). پیش فرض تساوی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین برای خودکارآمدی جنسی ( $F = 3/12, p = 0/07 > 0/05$ )، خودپنداره جنسی ( $F = 2/47, p = 0/43 > 0/05$ )، زودانزالی ( $F = 2/74, p = 0/25 > 0/05$ ) و IELTS ( $F = 1/58, p = 0/28 > 0/05$ )؛ پیش فرض یکسانی ماتریس واریانس ها با استفاده از آزمون ام باکس<sup>۲</sup> خودکارآمدی جنسی ( $F = 2/34, p = 0/57 > 0/05$ )، خودپنداره جنسی ( $F = 6/38, p = 0/71 > 0/05$ )، زودانزالی ( $F = 1/94, p = 0/62 > 0/05$ )، و IELTS ( $F = 8/55, p = 0/77 > 0/05$ ) بررسی شدند و محدودیتی در این زمینه وجود نداشت. نتایج آزمون کرویت ماچلی<sup>۳</sup> به منظور بررسی مفروضه کرویت نمره متغیرهای وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان دادند آماره ماچلی برای خودکارآمدی جنسی ( $Machly s M = 0/72, \chi^2 = 12/48, p = 0/001$ )، خودپنداره جنسی ( $Machly s M = 0/76, \chi^2 = 10/23, p = 0/001$ )، زودانزالی ( $Machly s M = 0/63, \chi^2 = 12/61, p = 0/001$ ) و IELTS ( $Machly s M = 0/81, \chi^2 = 14/33, p = 0/001$ )، معنی دار نیست و بنابراین باید از آزمون گرین هوس - گیسر استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه کرد.

در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون گروهی و بین گروهی متغیرهای وابسته گروه های آزمایش و در انتظار درمان ارائه گردیده است.

جدول ۳. خلاصه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تاثیرات درون گروهی و بین گروهی بر اساس سه بار اندازه گیری

متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و در انتظار درمان

متغیرها	منابع تغییرات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
خودکارآمدی جنسی	گروه ها (بین گروهی)	۴۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	اندازه ها (درون گروهی)	۷۹/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰
	تعامل (اندازه گروه)	۸۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
خودپنداره جنسی	گروه ها (بین گروهی)	۵۲/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	اندازه ها (درون گروهی)	۸۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	تعامل (اندازه گروه)	۸۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
زودانزالی	گروه ها (بین گروهی)	۶۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	اندازه ها (درون گروهی)	۸۱/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	تعامل (اندازه گروه)	۹۰/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
IELT	گروه ها (بین گروهی)	۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	اندازه ها (درون گروهی)	۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	تعامل (اندازه گروه)	۹/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰

همان طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج به دست آمده در طول زمان (درون گروهی) بیانگر تفاوت های معنی دار بین دفعات متعدد اندازه گیری است. این امر نشان می دهد که مداخله نقش مثبتی در متغیرهای ذکر شده دارد و این نقش بعد از پیگیری نیز تداوم

<sup>۱</sup>Kolmogorov-Smirnov test

<sup>۲</sup>Levene test

<sup>۳</sup>M Box

<sup>۴</sup>Mauchly's test

اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلابه زودانزالی اکتسابی  
The effectiveness of Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) on Sexual Self-Efficacy, Sexual Self-Concept ...

داشته است. نتایج مشاهده شده ناشی از تعامل (اندازه × گروه) بیانگر تاثیر متغیر مستقل یعنی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر برای افراد مبتلابه زودانزالی بر گروه آزمایش در مقایسه با گروه در انتظار درمان است. نتایج نشان می‌دهد که F مشاهده شده ناشی از تفاوت بین دو گروه آزمایش و در انتظار درمان (اندازه‌های بین‌گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی و IELTS در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار است. همچنین F به‌دست آمده ناشی از تاثیر مداخله درمانی مورد استفاده در طول زمان (درون‌گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی و IELTS در سطح  $P < 0/01$  معنی‌دار است. F مشاهده شده ناشی از تعامل گروه‌ها و زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر برای افراد مبتلابه زودانزالی در مورد خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی و IELTS در مقایسه با مقادیر بحرانی F معنی‌دار است. در ادامه، به‌منظور مقایسه بین سه مرحله به‌صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی نمرات متغیرهای وابسته در اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مقایسه گروه	تفاوت میانگین‌ها	انحراف معیار	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی جنسی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹/۴۲۵	۱/۲۵۷	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۰/۱۲۴	۱/۴۱۹	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۰۵	۱/۵۲۴	۱/۰۰۰
خودپنداره جنسی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸/۵۱۴	۱/۵۳۸	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۸/۷۱۲	۱/۱۹۷	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۰۴	۱/۲۹۷	۱/۰۰۰
زودانزالی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۶/۷۵۹	۰/۴۲۵	۰/۰۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۶/۵۲۹	۰/۵۸۱	۰/۰۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۱۰۲	۰/۲۵۸	۰/۰۱۷
IELT	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۹/۸۸۹	۱/۶۵۸	۰/۰۰
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۱۰/۸۴۵	۱/۹۳۴	۰/۰۰
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۰۰۴	۱/۴۸۹	۱/۰۰۰

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، که معنی‌داری اثر پیش‌آزمون - پس‌آزمون در خودکارآمدی جنسی، خودپنداره جنسی، زودانزالی و IELTS تاییدکننده اثر مداخله، معنی‌داری اثر پیش‌آزمون - پیگیری نشان‌دهنده اثر زمان، معنی‌داری اثر پس‌آزمون - پیگیری نشان‌دهنده ثبات مداخله ما می‌باشد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از مطالعه حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلابه زودانزالی اکتسابی بود. یافته‌ها نشان داد که مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر افزایش خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی و کاهش زودانزالی و افزایش IELTS موثر است، و اثر درمانی تا زمان پیگیری باقی مانده است.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی تاثیر دارد. در بحث هم‌سویی این یافته می‌توان به مطالعه یافته‌های محمدی‌زاده و همکاران (۱۳۹۳)، فرحبخش (۱۳۸۹)، لثو و همکاران، (۲۰۱۹) و پپینگ و همکاران (۲۰۱۸) اشاره کرد. در راستای تبیین مطالعه حاضر، تاثیر مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی بدین‌صورت است که باور افراد به توانایی‌هایشان می‌تواند عملکردهای او را ثابت نگه دارد. با این باور، فرد می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. براین اساس، خودکارآمدی جنسی را نیز می‌توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد

موثر فعالیت‌های جنسی و مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد. چنین باوری، نوعی خودارزیابی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است (وزیری و کاشانی، ۱۳۹۲). به‌همین دلیل میزان عزت‌نفس، نگرش مثبت و همدلی همسران با ارضای جنسی بهتر و کامل‌تر و احساس شادکامی، مرتبط شناخته می‌شود و روابط جنسی و ابراز محبت، سازگاری زناشویی را بالا می‌برد (لیتزی‌نگر و کریستیان، ۲۰۰۵). در واقع، طبق یک سیکل معیوب، در افراد مبتلا به زودانزالی، خودکارآمدی جنسی آن‌ها از بین می‌رود، بنابراین باعث تغییر در نگرش و تصویر ذهنی شده، و کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس را در آن‌ها به دنبال دارد (پپینگ و همکاران، ۲۰۱۸؛ لئو و همکاران، ۲۰۱۹)؛ در نتیجه این کاهش اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس، خود در میزان عملکرد جنسی آن‌ها موثر بوده و میزان خودکارآمدی فرد را کاهش می‌دهد. تاثیر افزایش احساس خودکارآمدی جنسی بر کاهش دیرانزالی با یافته‌های (کاپلان، ۱۹۸۹؛ مک‌کارتی، ۱۹۸۸؛ زیلبر گلد، ۱۹۹۲؛ به‌نقل فرحبخش، ۱۳۸۹)، در مورد رابطه زودانزالی با اعتمادبه‌نفس و عزت‌نفس هم‌سو می‌باشد.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودپنداره جنسی تاثیر دارد. در بحث هم‌سویی این یافته می‌توان به مطالعه یافته‌های لاروک و سیو (۲۰۱۱)، بلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، جعفرپور قهنویه، معروفی و ملایی‌نژاد (۱۳۹۴)، باوی و همکاران (۱۳۹۳) و محمدی‌نیک (۱۳۹۳)، اشاره کرد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که وقتی فردی احساسات، تصورات و باورهای مثبتی نسبت به رابطه جنسی داشته باشد، به‌نظر بدیهی می‌رسد که رابطه جنسی رضایت‌بخش‌تری را تجربه نماید و این رضایت-بخش بودن رابطه، عملکرد جنسی بیشتری را برای فرد توجیه‌پذیر می‌نماید؛ همچنین مردانی که خودپنداره جنسی بالاتری دارند، میزان ارتباط جنسی باکیفیت‌تری را تجربه می‌کنند (لاروک و سیو، ۲۰۱۱)؛ به‌بیان دیگر وقتی بین خودپنداره جنسی با عملکرد جنسی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد، می‌توان نتیجه گرفت که خودپنداره جنسی مثبت رضایت و سازگاری زناشویی را نیز در پی خواهد داشت؛ به‌عبارت دیگر فرکانس بالاتر رابطه جنسی می‌تواند انعکاسی مثبت از بهنجاری رابطه زناشویی باشد (جعفرپور قهنویه و همکاران، ۱۳۹۴). محمدی‌نیک (۱۳۹۳)، در مطالعه‌ای نشان داد خودپنداره جنسی مثبت با مدت ازدواج، هدف انتخاب روش پیشگیری، رضایت انجام ازدواج، رابطه عاطفی، رضایت جنسی و مشکلات جنسی رابطه دارد؛ و همچنین خودپنداره جنسی منفی با تعداد دفعات نزدیکی، هدف و پیشنهاد دهنده روش پیشگیری، رضایت از انجام ازدواج، رابطه عاطفی، رضایت جنسی، زندگی با خانواده، مشکلات جنسی رابطه دارد.

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر زودانزالی و IELT تاثیر دارد. در بحث هم‌سویی این یافته‌ها می‌توان به مطالعه یافته‌های بلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، فرحبخش (۱۳۸۹)، ربیعی و همکاران (۱۳۹۹)، رودریگز و همکاران (۲۰۱۹)، آلتوف (۲۰۱۶)، فروهوف و همکاران (۲۰۱۳)، اشاره کرد. در راستای تبیین مطالعه حاضر، می‌توان گفت زوج‌درمانگری یکپارچه‌نگر با کار بر روی پویایی‌های زوج‌ها و با استفاده از تکنیک‌های رفتاری و شناختی بر کنترل انزال اثرگذار بوده است. درمانگران رفتاری - شناختی و روان‌پویشی اعتقاد دارند زودانزالی می‌تواند ناشی از مشکلات رابطه باشد؛ کشمکش‌ها، ترس از تعهد، ترس از صمیمیت، انتظارات غیرواقعی درباره عملکرد جنسی که به‌وسیله خواسته‌های شریک جنسی به‌وجود آمده‌اند به‌عنوان زودانزالی در نظر گرفته می‌شوند (متز<sup>۴</sup> و مک‌کارتی، ۲۰۰۳؛ بتچن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ گاتمن<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴؛ به‌نقل رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). مطالعه‌های صورت گرفته همچون مایر<sup>۷</sup> و همکاران (۲۰۱۹) و هوگ<sup>۸</sup> و همکاران (۲۰۱۸) بر نقش درمان‌های بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب در زودانزالی تاکید داشته‌اند. به این دلیل که عمل انزال بر روی اعصاب سمپاتیک بدن قرار دارد با افزایش اضطراب که خود محرک سیستم سمپاتیک است احتمال وقوع انزال پیش از موعد تشدید می‌شود، به‌همین جهت با کاهش سطح اضطراب به‌وسیله تکنیک‌ها و آموزش‌های بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهانه می‌توان سبب به تاخیر افتادن انزال شد. به‌واسطه‌ی تکنیک‌های بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهانه فرد نسبت به بدن خود آگاهی بیشتری پیدا کرده و به احساسات جنسی خود توجه بیشتری می‌نماید و به‌دلیل پذیرشی که نسبت به احساسات خود در طول رابطه پیدا می‌کند از احساسات منفی و اضطراب فرد کاسته می‌شود که این خود تاثیر مستقیم بر انزال فرد دارد. همچنین

1. Litzinger & Kristina  
 2. Kaplan  
 3. McCarthy  
 4. Zilber Gold  
 5. Metz  
 6. Betchen  
 7. Gootman  
 8. Hoge  
 9. Mayer

در طول رابطه جنسی ممکن است افکار منفی در زمینه ناتوانی جنسی یا عدم توانایی در به تاخیر انداختن انزال به ذهن افراد بیاید که این خود می‌تواند سبب زودانزالی شود. به وسیله تکنیک‌های بازسازی شناختی و ذهن‌آگاهی فرد یاد می‌گیرد در برابر این افکار بدون درگیری و قضاوت صرفاً به مشاهده افکار و احساسی که از این فکر ناشی می‌شود بپردازد و این خود از زودانزالی جلوگیری می‌کند (ویلنا و همکاران، ۲۰۱۸). آلتوف (۲۰۱۶)، خاطرنشان می‌کند که آموزش زوجها و کسب مهارت‌های آنان در کنترل زودانزالی و مداخلات روان‌شناختی برای آنان، به همراه مداخلات داروشناختی در کاهش شدت زودانزالی و ترغیب آنان جهت فعالیت در این زمینه اثربخش است؛ همچنین تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر روابط بین‌فردی آنان می‌تواند بر کاهش زودانزالی اثربخش باشد؛ و نقش بهبود روابط بین‌فردی را در کاهش زودانزالی مهم تلقی می‌نماید. دین (۲۰۰۷)، در مطالعه‌ای تحت عنوان مسایل جنسی آنلاین در اروپا: دیدگاه‌های اروپایی روی تأثیرات زودانزالی و رفتار درمانی، ویژگی‌ها و کاراکترهای برتر دیدگاه‌های مردان دچار زودانزالی را در یک مطالعه اینترنتی و آنلاین در پنج کشور جهان بررسی کرد؛ معیار استفاده شده در این پژوهش، برای طبقه‌بندی مردان با زودانزالی و مردان بدون زودانزالی، گزارش خود مردان از زودانزالی یا عدم زودانزالی خودشان بود. در این پژوهش، گروه دچار زودانزالی، سطح بالایی از درماندگی برای زودانزالی و سطح پایینی از رضایت جنسی همسران خود را در مقایسه با گروه بدون زودانزالی گزارش کرده بودند. در تعداد زیادی از افراد دچار زودانزالی، افزایش مدت زمان تأخیر در انزال، اثر مثبتی روی روابط جنسی آن‌ها گذاشته بود. همان‌طور که مطالعه دین نشان داد، ارتباط مستقیمی بین مدت زمان تأخیر در انزال و رضایت جنسی وجود دارد. در واقع، تأثیر متقابل این متغیرهای روان‌شناختی می‌تواند در وخیم‌تر شدن مدت انزال اثرگذار باشد. در واقع به صورت تصاعدی زودانزالی باعث کاهش رضایت جنسی و کیفیت روابط جنسی شده و عدم کیفیت روابط باعث اضطراب بیشتر در رابطه و متعاقباً کاهش مدت انزال می‌گردد. آگاه‌سازی زوجها از این تأثیر متقابل و کار بر روی شناخت آن‌ها از طریق شناخت فرآیند انزال در این مطالعه توانسته بر کاهش زودانزالی اثربخش باشد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد که زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر می‌تواند بر درمان زودانزالی و بهبود خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی موثر باشد. در این راستا، این مداخله درمانی می‌تواند کمک شایانی به روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مشاوران در حوزه سلامت جنسی به‌خصوص اختلال زودانزالی و غنی‌سازی روابط جنسی زوجها انجام دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که می‌توان به این موارد اشاره نمود. روش نمونه‌گیری در دسترس، ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار دهد؛ و در نتیجه، تأثیرات نامطلوبی روی روایی بیرونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به‌نحوی مدنظر قرار داد؛ بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تأیید یافته‌ها، این محدودیت در عمل از بین خواهد رفت. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه کم، عدم کنترل مدت زمان و شدت اختلال زودانزالی نام برد. پیشنهاد می‌شود روش زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر روی سایر اختلالات جنسی مردان نیز بررسی شود. در مطالعه‌های آتی سعی شود با حجم نمونه بیشتر و کنترل بیشتری بر مدت زمان، و همچنین دسته‌بندی افراد براساس شدت زودانزالی فراهم گردد. پیشنهاد می‌گردد که اثربخشی رویکرد زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر در درمان زودانزالی را با ترکیب دارو درمانی انجام دهید و با مطالعه حاضر مقایسه کنید، و همچنین دوره‌های پیگیری طولانی مدت‌تری برای سنجش اثربخشی درمان در نظر بگیرید تا از ثبات و صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل شود. از پیشنهادها کاربردی می‌توان از رویکرد زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر در مراکز سکس تراپی و نورولوژی برای درمان افراد زودانزال استفاده کرد.

## منابع

- باوی، ع.، امان‌الهی، ع.، عطاری، ی. ع. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش جنسی بر خودپنداره جنسی زنان در آستانه ازدواج شهر ازدواج. علمی پزشکی جندی شاپور، ۱۳(۴)، ۴۸۶-۴۹۳.
- بلغان‌آبادی، م. (۱۳۹۶). بررسی مشکلات زناشویی و فردی مردان با زودانزالی و مقایسه تأثیر مشاوره رفتاری شناختی و مشاوره زوج‌ها بومی - تلفیقی در کاهش مشکلات زناشویی و فردی و زودانزالی. رساله دکتری مشاوره، دانشگاه اصفهان.

- بُلغان آبادی، م.، احمدی علوان آبادی، س.ا.، بهرامی خ.، فاطمه؛ فاتحی‌زاده، مریم؛ جزایری، رضوان‌السادات. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه بر خودپنداره جنسی و زودانزالی مردان. *مطالعات ناتوانی*، ۴۰(۸)، ۹-۱.
- بُلغان آبادی، م.، احمدی علوان آبادی، س.ا.، بهرامی خوندابی، ف.، فاتحی‌زاده، م.، جزایری، ر. (۱۳۹۶). مشکلات مردان مبتلابه زودانزالی: تحلیل محتوای متون. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۵-۱.
- پورسردار، ف.ا.، صادقی، م.، گودرزی، ک.، روزبهانی، م. (۱۳۹۷). درمان‌های یکپارچه‌نگر و زوج‌درمانی: هم‌سنجی اثربخشی رویکردهای یکپارچه‌نگر، زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر بر بخشایشگری زوج‌های دچار تعارض زناشویی. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲۸(۲)، ۶۹-۹۶.
- جعفرپور قهنویه، م.، معروفی، م.، ملایی‌نژاد، م. (۱۳۹۴). رابطه خودپنداره جنسی و عملکرد جنسی زنان متاهل مراجعه‌کننده به مراکز بهداشت و درمان شهر مبارکه. *ویژنامه بهداشت روان، مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۲(۳)، ۴۰-۴۷.
- دهقانی، ش.، خالقی‌پور، ش. (۱۳۹۵). مدل‌یابی معادلات ساختاری عملکرد جنسی زنان براساس ناگویی خلقی، سیستم بازداری فعال‌سازی رفتاری و صفات شخصیت. *زن و فرهنگ*، ۸(۲۹)، ۳۱-۴۶.
- رجبی، غ. ل.، امان‌الهی، ع.، خجسته‌مهر، ر.، حسینی، م.، ع.، عطاری، ی. ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلابه زودانزالی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۴)، ۴۳۵-۴۵۴.
- رفیعی، م.، صباچی، پ.، رفیعی‌نیا، پ.، طباطبائی‌پور، س. م. (۱۳۹۹). اثربخشی سکس‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر رضایت زناشویی زوج‌ها در مبتلایان به انزال زودرس. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۹)، ۱۵۷-۱۶۶.
- رضزانی، م.، آ.، قائم‌مقامی، آ.، طلاکار، م.، سعادت، س.ح.، زمانی، ا.، شمس، ا.، شمس، ه. (۱۳۹۱). ارزیابی پایایی و روایی پرسشنامه چند وجهی خودپنداره جنسی در جمعیت ایران. *طب نظامی*، ۱۴(۴)، ۳۰۲-۳۰۹.
- زارعی محمودآبادی، ف.، صالحی، ش.، موسوی، م.ا. (۱۳۹۸). ارتباط خودپنداره جنسی با پریشانی جنسی در زنان متاهل مبتلا به مولتیپل اسکروزویس مراجعه‌کننده به بیمارستان شهید صدوقی یزد در سال ۱۳۹۶. *مجله علمی علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۷(۸)، ۱۸۳۶-۱۸۴۵.
- سادوک، ب.ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- سرابی، پ.، پرویزی، ف.، کاکابرابی، ک. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روان‌درمانگری شناختی رفتاری جنسی با روان‌درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عملکرد جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی. *روان‌شناسی تحلیلی - شناختی*، ۹(۳۴)، ۹-۲۶.
- سلطانی‌زاده، م.، نشاط‌دوست، ح. ط.، کلاتری، م.، صالحی، م.، ایزدپناهی، م. ح. (۱۳۹۵). زودانزالی مروری بر تعاریف و طبقه‌بندی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۹)، ۲۵۸-۲۷۲.
- شامکوئیان، ل.، لطفی کاشانی، ف. ح.، صیرفی، م.، ر.، احدی، ح.، کاوسی، ه. (۱۳۹۷). اثربخشی گروه درمانی یکپارچه‌نگر بر عملکرد جنسی زنان مبتلابه اسکروزومی سیستمیک. *افق دانش*، ۲۴(۳)، ۱۸۲-۱۹۲.
- عبهری، م.، ناصحی، ع.، ع.، رئیس، ف.، یحوی، س. ط. (۱۳۹۷). گزیده سکسولوژی بالینی. تهران: ارجمند.
- فرحبخش، ک. (۱۳۸۹). اثربخشی فنون رفتاری - شناختی و افزایش خودکارآمدی جنسی در درمان زودانزالی مردان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۳۶، ۹۲-۷۲.
- قاسمی، و.، سیمیر، م.، ازگلی، گ.، نبوی، س. م.، علوی مجد، ح.، میرشفاپی، م.ا. (۱۳۹۸). خودکارآمدی جنسی و پیشگویی‌کننده‌های آن در زنان مبتلابه Multiple Sclerosis. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۷(۵۲۶)، ۵۰۸-۵۱۶.
- گنجی، م. (۱۳۹۹). *آسیب‌شناسی روانی براساس DSM-5*. تهران: ساوالان.
- لطفی کاشانی، ف. (۱۳۷۶). *عوامل مشترک در میان رویکردهای مختلف روان‌درمانی و ارایه یک رویکرد درمانی مناسب*. رساله دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران.
- وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف. (۱۳۹۲). بررسی ساختار عاملی، پایایی و اعتبار پرسشنامه خودکارآمدی جنسی. *اندیشه و رفتار*، ۸(۲۹)، ۴۷-۹۱.
- وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف.، حسینیان، س.، بهرام غفاری، س. (۱۳۸۹). خودکارآمدی جنسی و رضایت زناشویی. *اندیشه و رفتار*، ۴(۱۶)، ۷۵-۸۱.
- Althof, S. E. (2014). *Treatment of Premature Ejaculation: Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Combined Therapy*. Binik YM, Hall KS. Principles and Practice of Sex Therapy, Fifth Edition. New York: Guilford Press, 112-37.
- Althof, S. E. (2016). Psychosocial therapy for premature ejaculation. *Translational andrology and urology*, 5(4), 475.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baranyi, A., Stepan, A., & Rothenhausler, H. (2009). Sexual dysfunction in remittent depressive women. *Der Nervenarzt*, 80, 9, 1093-1102.
- Byers, E. S., & Grenier, G. (2003). Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. *Archives of sexual behavior*, 32(3), 261-270.

- Chen, K. C., Yeh, T. L., Lee, I. H., Chen, P. S., Huang, H. C., Yang, Y. K., & Lu, R. B. (2009). Age, gender, depression, and sexual dysfunction in Taiwan. *The journal of sexual medicine*, 6(11), 3056-3062.
- Christensen, A. (2017). Integrative behavioral couple therapy. *Journal Current Opinion in Psychology*, 13, 23-27.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, Wheeler, J., Baucom, D.H&Simpson, L. E. (2004). Traditional versus therapyintegrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (29), 176-191.
- Davison, S. L., Bell, R. J., Lachina, M., Holden, S. L., & Davis, S. R. (2009). The relationship between self-reported sexual Satisfaction and general Well-being in Woman. *Journal of Sex Medicine*, 6, 10, 2690-2697.
- Dean, J. (2007). The European online sexual survey (EOSS): Pan-European perspectives on the impact of premature ejaculation and treatment-seeking behavior. *European urology supplements*, 6(13),768-74.
- Desrochers, G., Bergeron, S., Khalifé, S., Dupuis, M. J., & Jodoin, M. (2009). Fear avoidance and self-efficacy in relation to pain and sexual impairment in women with provoked vestibulodynia. *The Clinical journal of pain*, 25(6), 520-527.
- Duits, A., Van Oirschot, N., Van Oostenbrugge, R. J., Van Lankveld, J. (2009). The Relevance of sexual Responsiveness to sexual function in patients. *Journal of Sexual Medicine*, 6, 12, 3320-3326.
- El-Hamd, M. A., Saleh, R., & Majzoub, A. (2019). Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. *Asian Journal of Andrology*, 21(5), 425.
- Frühauf, S., Gerger, H., Schmidt, H. M., Munder, T., Barth, J. (2013). Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior*, 42(6):915-33.
- Gagnon, J., & Simon, W. (2005). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*, Aldine.
- Graziottin, A., & Althof, S. (2011). What does premature ejaculation mean to the man, the woman, and the couple?. *The journal of sexual medicine*, 8, 304-309.
- Gurman, A. (2008). Brief therapy and family/couple therapy:An essential redundancy. *Journal Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 51-65.
- Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., & Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European urology*, 57(5), 804-814.
- Hatzimouratidis, K., Amar, E., Eardley, I., Giuliano, F., Hatzichristou, D., Montorsi, F., & Wespes, E. (2010). Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *European urology*, 57(5), 804-814.
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2018). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*, 262,328-332.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Kempeneers, P., Andrienne, R., & Desseilles, M. (2019). Sex Therapy for Premature Ejaculation: An Overview. *Urology: Research and Therapeutics Journal*, 2(2), 128.
- La Rocque C. L, Cioe. (2011). An evaluation of the relationship between body image and sexual avoidance. *Journal Sexual Research*, 48(4):397-408.
- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, 17(1), 39-57.
- Laurent, S. M., Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review*, 29, 7, 573-585.
- Litzinger, S., & Kristina, G. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31, 5, 409-424.
- Liu, T., Jia, C., Peng, Y., Zhong W., & Fang, X. (2019). Correlation between premature ejaculation and psychological disorders in 270 Chinese outpatients. *Psychiatry Research*, 2(72), 69-72.
- Mayer, B., Polak, M. G., & Remmerswaal, D. (2019). Mindfulness, Interpretation Bias, and Levels of Anxiety and Depression: Two Mediation Studies. *Mindfulness*, 10(1), 55-65.
- Mccarthy, B. W. (2002). *Sexual dysfunction. In: Hersen M, Editor. Clinical behavior therapy: Adults and children*. New York, NY: Wiley, p. 198-9.
- McMahon, C. G., Abdo, C., Incrocci, L., Perelman, M., Rowland, D., Waldinger, M., & Xin, Z. C. (2004). Disorders of orgasm and ejaculation in men. *The Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 58-65.
- Pepping, C. A., Cronin, T. J., Lyons, A., & Caldwell, J. G. (2018). The effects of mindfulness on sexual outcomes: The role of emotion regulation. *Archives of sexual behavior*, 47(6), 1601-1612.
- Pereira-Lourenço, M., e Brito, D. V., & Pereira, B. J. (2019). Premature Ejaculation: From Physiology to Treatment. *Journal of Family & Reproductive Health*, 13(3), 120.
- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., & Woodside, D. B. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129.
- Potki, R., Ziaei, T., Faramarzi, M., Moosazadeh, M., & Shahhosseini, Z. (2017). Bio-Psycho-Social Factors Affecting Sexual Self-Concept: A Systematic Review. *Electronic physician*, 9(9), 5172-8.
- Rajabi, G., Jelodari A. (2015). Validity and Reliability of the Persian Sexual Self-Efficacy Scale Functioning in Female. *Clinical Psychology*, 3(4), 267-272.

- Raveendran, A. V., & Agarwal, A. (2021). Premature ejaculation-current concepts in the management: A narrative review. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 19(1), 5.
- Revicki, D., Howard, K., Hanlon, J., Mannix, S., Greene, A., & Rothman, M. (2008). Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 33.
- Revicki, D., Howard, K., Hanlon, J., Mannix, S., Greene, A., & Rothman, M. (2008). Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 1-10.
- Rodríguez, J. E., Campos, J. C. M., & Rodríguez, J. A. P. (2017). Nuevos tratamientos conductuales que usan dispositivos de ayuda a la masturbación para la eyaculación precoz: estado del arte. *Revista de psicología de la salud*, 5(1), 114-147.
- Rodríguez, J. E., Marzo, J. C., & Piqueras, J. A. (2019). Efficacy of Sphincter Control Training (SCT) in the treatment of premature ejaculation, a new cognitive behavioral approach: A parallel-group randomized, controlled trial. *PloS one*, 14(2), e0212274.
- Rosen, R. C., & Althof, S. (2008). Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *The journal of sexual medicine*, 5(6), 1296-1307.
- Simon, J. A. (2009). Opportunities for intervention in HSDD. *Journal of Family Practice*, 58, 7, 26-30.
- Snell, W. E., Fisher, T. D., & Walters, A. S. (1995). The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. *Annals of Sex Research*, 6(1), 27-55.
- Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., & et al. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, 52(2), 565-73.
- Taslimi, N. (2019). *Premature (Early) Ejaculation in Couple and Family Therapy*. In Encyclopedia of Couple and Family Therapy, (pp. 1-5). Springer, Cham.
- Villena, A., Gimeno, E., Blazquez, M., Zavala, L., García, E., Ilaraza, F., & Chiclana, C. (2018). 643 Mindfulness in sex therapy: a comprehensive review. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(7), S371-S372.
- Waldinger, M. D. (2013). Pathophysiology of lifelong premature ejaculation. In *Premature Ejaculation* (pp. 71-80). Springer, Milano.
- 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(9), 1377-1379.
- Zargooshi, J. (2009). Premature ejaculation: bother and intravaginal ejaculatory latency time in Iran. *The journal of sexual medicine*, 6(12), 3478-3489.
- Ziaei T, Khoei E., Salehi M., & Farajzadegan Z. (2013). Psychometric properties of the Farsi version of modified Multidimensional Sexual Self-concept Questionnaire. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(6), 439-445.