

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و روش ترکیبی بر بهبود اختلال انزال زودرس در معتادان به مواد مخدر افیونی

محمد رضا غفارزاده رزاقی^{۱*}، عاطفه حسینلو^۲

۱. دکترای، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ساوه، ساوه، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۹/۰۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۱/۲۸)

Comparison Between the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Fluoxetine Therapy and Combination Method on Improving Premature Ejaculation Disorder in Opioid Addicts

Mohammad Reza Ghaffarzadeh Razaghi¹, *Atefeh Hosseinloo²

1. Ph.D. in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. M.A. of Clinical Psychology, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

Original Article

(Received: Nov. 29, 2020 - Accepted: Apr. 17, 2022)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The present study aims to compare between the effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy, Fluoxetine Therapy, and Combination method on improving premature ejaculation disorder in opioid addicts. **Method:** The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. Among the opioid addicts referred to addiction treatment centers under the supervision of Shahid Beheshti University of Medical Sciences using convenience sampling 60 people in four groups of cognitive-behavioral therapy, fluoxetine therapy, combination method and control group. The instrument of the present study was a diagnostic interview based on DSM-5 criteria, premature ejaculation test (Arafa and Shamloul, 2007). **Findings:** The data were analyzed by analysis of covariance and Bonferroni test. The results showed that there was a significant difference between the control group and the cognitive-behavioral and combination therapy groups ($P < 0/01$). There was no significant difference between the means of the drug group and the control group. There was a significant difference between the cognitive-behavioral group and the drug therapy group. **Conclusion:** According to the results, it can be concluded that cognitive-behavioral therapy can be more effective in improving premature ejaculation.

Keywords: Behavioral Cognitive Therapy, Fluoxetine Therapy, Premature Ejaculation.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و روش ترکیبی بر بهبود اختلال انزال زودرس در معتادان به مواد افیونی انجام شد. **روش:** طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. از بین افراد معتاد به مواد مخدر افیونی مراجعه‌کننده به مراکز درمان اعتیاد تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر در چهار گروه درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی، روش ترکیبی و گروه گواه جای‌دهی شدند. ابزار پژوهش حاضر، مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-5، آزمون سنجش انزال زودرس (ارافا و شاملول، ۲۰۰۷) بود. **یافته‌ها:** داده‌های حاصل از پژوهش با روش تحلیل کوواریانس و آزمون بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها** نشان داد تفاوت معناداری بین گروه گواه و گروه درمان شناختی - رفتاری و ترکیبی وجود دارد (۰/۰۱ < P). بین میانگین‌های گروه دارودرمانی با گروه گواه اختلاف معنادار نبود. بین گروه شناختی - رفتاری با گروه دارودرمانی تفاوت معناداری مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج می‌توان چنین استنباط کرد که درمان شناختی - رفتاری می‌تواند در بهبود انزال زودرس درمان موثرتری باشد.

واژگان کلیدی: انزال زودرس، درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی.

*نویسنده مسئول: عاطفه حسینلو

*Corresponding Author: Atefeh Hosseinloo

Email: a_hosseinloo2000@yahoo.com

مقدمه

(پاتریک^۵ و همکاران، ۲۰۰۵؛ آلتوف^۶، ۲۰۰۷؛ هاتزیموراتیدی^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). انزال زودرس به طور قابل توجهی بر زندگی جنسی زوجین تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش رضایت زناشویی همسران می‌شود و از آن به عنوان یکی از علت‌های شکست ارتباطی زوجین نام برده شده است (بوری^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). انزال زودرس می‌تواند کیفیت زندگی زناشویی را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش دهد و باعث کاهش رضایت زناشویی هم در مردان و هم در همسران آنان شود (بربریج^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). مداخلات طولانی‌مدت بر روی مردان مبتلا به انزال زودرس نشان داده است که با کاهش انزال زودرس در این افراد کیفیت روابط جنسی آنان به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته، خود و شریک جنسیشان رضایت بین‌فردی بیشتری را گزارش کرده‌اند (سانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹). این امر به این معنا است که درمان‌های متمرکز بر انزال زودرس می‌توانند در تأثیرگذاری بر روابط همسران نقشی دوسویه داشته باشند و به همان اندازه که مردان بعد از درمان احساس بهتری نسبت به روابط جنسی خود دارند، شریک جنسی آنان نیز چنین رضایتی را گزارش می‌کند (بوچر^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). لئو^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۹) نیز

اعتیاد یک پدیده پیچیده و چندعاملی است که از دیدگاه‌های مختلف زیستی، روانشناختی، فرهنگی - اجتماعی و معنوی مورد بررسی قرار گرفته است و به عنوان یکی از معضلات اجتماعی از شیوع بالایی برخوردار است (ایمانی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از عوارض استفاده از مواد مخدر کاهش میل جنسی است. تشخیص اختلال جنسی ناشی از مواد وقتی به کار می‌رود که شواهدی از مسمومیت یا محرومیت مواد در شرح حال، معاینات جسمی یا یافته‌های آزمایشگاهی آشکار شود. در مورد سوء مصرف مواد رایج، کژکاری ظرف یک ماه بر اثر مسمومیت یا محرومیت چشمگیر رخ می‌دهد. سوء مصرف رخت‌زاه‌ها، ضد اضطراب‌ها، خواب‌آورها و به خصوص مواد افیونی و شبه افیونی میل جنسی را تقریباً همیشه کاهش می‌دهند. مردها معمولاً از دو مرحله می‌گذرند: نعوظ طولانی بدون انزال و بعد کاهش تدریجی توانایی نعوظ (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۱۵). انزال زودرس^۲ شایع‌ترین اختلال جنسی در مردان است. دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-۱۰^۳) در تعریفی که برای انزال زودرس ارائه کرده است بر عدم توانایی در کنترل انزال و انزال پس از ۱۵ ثانیه از زمان دخول اشاره می‌کند (سرفوگلو^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات نشان می‌دهد بین ۲۰ تا ۳۰ درصد مردان انزال زودرس را تجربه کرده‌اند

5. Patrick & al.et

6. Althof

7. Hatzimouratidis & al.et

8. Burri & al.et

9. Burbridge & al.et

1 . Song & al.et 0

1 . Butcher & al.et 1

1 . Lio 2

1. Kaplan & Sadock

2. premature ejaculation

3. International classification of Diseases

4. Serefoglo & al.et

است. فلوکسیتین سر دسته گروهی از داروهاست که به طور انتخابی بازجذب سروتونین را مهار می‌کنند (ترور و کازونگ،^۳ ۲۰۰۵). بر اساس مدارک بدست آمده از مطالعه داروهای روانپزشکی^۴، انزال زودرس ناشی از کاهش انتقال‌دهنده عصبی سروتونرژیک و اختلال در گیرنده‌های 5HT2c یا 5HT1a^۵ است. حس آلت از طریق عصب جنسی پوندال که با نخاع و کورتکس حسی در ارتباط است، باعث رفلکسی می‌گردد که انزال را ایجاد می‌نماید. رفلکس دوم بعد از فعال شدن فیبر وایران سوماتیک به عضلات ایسکیوکاوانوس و سایر عضلات پرینه کامل می‌گردد (رضاخانی‌ها و خوشدل، ۱۳۸۹). مطالعات وسیع بر روی آناتومی اعصاب حیوانات و نوروفارماکولوژیک به این نتیجه رسیده که مناطق مختلف در سیستم عصبی مرکزی وجود دارد، این مناطق از طریق واسطه‌های عصبی مثل سروتونین و دوپامین سرعت انزال را کنترل می‌نمایند (رضاخانی‌ها و سیروس بخت، ۱۳۸۶). امروزه روش‌های روانشناختی با یا بدون دارو، به اکثر افراد مبتلا به اختلالات جنسی کمک می‌کنند تا بر مشکلات جنسی خود غلبه کنند. درمان شناختی - رفتاری یکی از این درمان‌ها است. درواقع، به‌کارگیری این رویکرد درمانی در درمان اختلالات جنسی، از جمله پرکاربردترین روش‌های درمانی است (محمدی، ۱۳۹۱). مسترز و جانسون^۶ (۱۹۷۰) نظریه شناختی - رفتاری انزال زودرس را مطرح کردند (امان الهی، ۱۳۹۱).

نشان دادند که درمان انزال زودرس باعث افزایش رضایت زناشویی در مردان مبتلا به انزال زودرس و شریک جنسی آنان می‌شود. مؤلفین پنجمین متن ویرایش شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵) کامل‌ترین تعریف برای این مشکل را در مورد انزال زودرس به صورت زیر ارائه کرده‌اند: الف) الگوی مداوم یا عودکننده انزال که هنگام فعالیت جنسی با همسر ظرف تقریباً ۱ دقیقه بعد از دخول واژنی و قبل از این‌که دلخواه فرد باشد روی می‌دهد. ب) نشانه‌ها در ملاک الف باید حداقل به مدت ۶ ماه وجود داشته باشند و باید تقریباً در تمام (در حدود ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) موقعیت‌های فعالیت جنسی تجربه شده باشد. ج) نشانه‌ها در ملاک الف موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد می‌شوند. د) این کژکاری جنسی با اختلال روانی غیرجنسی یا به‌عنوان پیامد ناراحتی شدید رابطه یا عوامل تنش‌زا استرس‌زای مهم دیگر بهتر توجیه نمی‌شود و ناشی از تأثیرات مواد / دارو یا بیماری جسمانی دیگر نیست (DSM-۵، ۲۰۱۳).

از آن‌جا که ممکن است نتایج ترک اعتیاد به دلیل این عارضه به خطر افتد، از داروهای ضدافسردگی که موجب تأخیر در انزال می‌شوند، استفاده می‌شود. در حال حاضر استفاده از مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین^۲ و ضد افسردگی‌هایی که به طور انتخابی بازجذب سروتونین را مهار می‌کنند، مانند فلوکسیتین، سیتالوپرام، سرتالین و پاروکسیتین، قابل توجه

3. Terur & Katzung
4. Psychoactive drugs
5. Hydroxytryptamine -5
6. Masters & Johnson

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
2. Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)

و ایمنی فلوکستین به عنوان باز جذب سروتونین طولانی مدت در درمان انزال زودرس مؤثر است. مطالعات جنکینس^۴ و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد فلوکستین یک عامل مؤثر برای درمان انزال زودرس با بهبود قابل توجهی است که در IELT، کنترل انزال و سطح پریشانی برای مردان و شرکای آنها ایجاد شده است. چنانچه گفته شد یکی از دلایل احتمال بازگشت افراد معتاد به مصرف دوباره مواد مخدر انزال زودرس است. لذا مسئله اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و روش ترکیبی بر بهبود اختلال انزال زودرس در معتادان به مواد مخدر افیون بود.

روش

طرح این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون - پس آزمون با گروه گواه بود. از بین افراد معتاد به مواد مخدر افیونی مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۶۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری (سه گروه مداخله و یک گروه گواه) جای دهی شدند. گروه اول: ۱۵ نفر درمان با تکنیک شناختی - رفتاری؛ گروه دوم: ۱۵ نفر درمان با مصرف داروی فلوکستین با دوز پایه ۱۰ میلی گرم؛ گروه سوم: ۱۵ نفر درمان همزمان با داروی فلوکستین و درمان با تکنیک شناختی - رفتاری را دنبال نمودند و گروه چهارم: گروه گواه بودند و در لیست انتظار ماندند. شرایط ورود به

درمان شناختی-رفتاری در انزال زودرس، رویکردی است که همراه با روش های رفتاری به تغییر شناخت های ناسازگارانه فرد، می پردازد و بدین ترتیب تأثیر درمانی آنها را افزایش می دهد (لطفی کاشانی، مجتبابی و علی مهدی، ۱۳۹۲). روش های مختلف درمان شناختی-رفتاری شامل شروع-توقف^۱ و تکنیک های فشردن فرنولوم، تجربه وضعیت مناسب، ریتم، سرعت و عمق نفوذ می باشد. عبدی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری تأثیر مؤثری در کاهش انزال زودرس مردان دارد. مطالعات جوانمردی (۱۳۹۲) نشان دادند که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی-رفتاری و رفتاردرمانی بر کاهش نشانه های انزال زودرس و افزایش IELT در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد هم چنین رفتاردرمانی بیشترین اثربخشی را دارد. محمدی (۱۳۹۱) در مطالعه خود نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر بهبود زمان رسیدن به انزال و افزایش احساس کنترل بر انزال مؤثر بوده است. امان الهی و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری و درمان دارویی در درمان انزال زودرس کارآمد می باشند اما اثرات مثبت مداخله دارودرمانی ماندگار نمی باشند. لیو^۲ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه فراتحلیل نشان دادند که درمان های دارویی تأثیر خوبی نسبت به دارونما بر درمان انزال زودرس دارند. در مطالعه سیستماتیک که توسط لی^۳ و همکاران (۲۰۱۹) صورت گرفته، اثربخشی

1. start-pause
2. Liu
3. Li

4. Jenkins

(۲۰۰۷) توسط ارافا و شاملول^۱ به زبان عربی ساخته شد. شاخص سنجش انزال زودرس دارای هفت گویه است که شامل میل جنسی (سؤال ۱)، عملکرد نعوظ (سؤال ۲)، مدت زمان تاخیر در انزال (سؤال ۳)، کنترل انزال (سؤال ۴)، ارضای فرد (سؤال ۵)، ارضای شریک جنسی (سؤال ۶) و استرس روانشناختی (سؤال ۷) است. گویه‌های این مقیاس علائم، ابعاد و نشانه‌های مختلف اختلال انزال زودرس را مورد بررسی قرار می‌دهد. روش نمره‌گذاری در این مقیاس به صورت لیکرتی است. بعد از محاسبه نمره، مجموعه نمرات با یکدیگر جمع می‌شوند و نمره کل در آزمون به دست می‌آید. به این ترتیب نمره یک فرد، بین ۷ تا ۳۵ قرار خواهد گرفت. به‌طور کلی هرچقدر که نمره فرد در این مقیاس بیشتر باشد، حاکی از شدت بالاتر این بدکارکردی در فرد است. در پژوهش ارافا و شاملول (۲۰۰۷)، نقطه برش ۳۰ مناسب‌ترین میزان حساسیت و ویژگی این آزمون که به ترتیب ۰/۹۸ و ۰/۸۸ بودند را نشان داد. ضریب آلفای کرونباخ هم ۰/۸۵ بود که نشان‌دهنده توافق معنادار بین میزان افراد پیش‌بینی شده مبتلا به اختلال بوسیله آزمون و میزان واقعی تعداد افراد مبتلا بود. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۹۶ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی خوبی برای این مقیاس است. نتایج پژوهش محمدی (۱۳۹۱) هماهنگی درونی این مقیاس را برابر با ۰/۸۵ گزارش کرده است. در پژوهش آصفی فر (۱۳۹۵) روایی صوری و

تحقیق عبارت‌اند از: سن بین ۲۱-۵۵ سال، عدم رضایت از زمان انزال و داشتن امکان نزدیکی حداقل یک‌بار در هفته و شرایط خروج از تحقیق شامل: عفونت ادراری-تناسلی، اختلالات نورولوژیکی، وجود اختلالات شدید روانی و سابقه جراحی لگن می‌باشد که توسط شرح حال، پاراکلینیک و معاینه بالینی مشخص گردید.

ابزار پژوهش عبارت‌اند از: (۱) مصاحبه تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM-۵: در این پژوهش، برای تشخیص‌گذاری از ملاک‌های تشخیصی پنجمین متن ویرایش شده تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-۵، ۲۰۱۳) استفاده شد. ملاک‌های این طبقه‌بندی تشخیصی شامل الگوی مداوم یا عودکننده انزال که هنگام فعالیت جنسی با همسر ظرف ۱ دقیقه بعد از دخول واژنی و قبل از اینکه دلخواه فرد باشد روی می‌دهد و وجود آشفته‌گی قابل ملاحظه بالینی ناشی از علائم برای فرد، به‌گونه‌ای باشد که اختلال در عملکرد بهینه در روابط زناشویی یا سایر کارکردهای فرد را به وجود بیاورد. این علائم باید حداقل به مدت ۶ ماه وجود داشته باشند و باید تقریباً در تمام (در حدود ۷۵ تا ۱۰۰ درصد) موقعیت فعالیت جنسی تجربه شده باشد. در این مطالعه بیماران توسط روانپزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت تایید انزال زودرس با توجه به تعریف DSM-۵ جهت رعایت اخلاق پژوهشی پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی و تاکید بر گمنام بودن اعضای نمونه شرکت‌کنندگان وارد مطالعه شدند.

(۲) آزمون سنجش انزال زودرس: در سال

محتوایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸ بدست آمده است.

۳) پروتکل درمان انزال زودرس: پروتکل درمان شناختی - رفتاری انزال زودرس بود بر اساس برنامه‌های درمانی اسپنس (۱۹۹۱)؛ هاوتون، سالکوس کیس، کرک و کلارک^۱(۱۹۹۸)؛

برگرفته از قاسم‌زاده، (۱۳۸۱)؛ آشر و بیکر (۲۰۰۲)؛ کاترین، هرتلین و دیکز^۲(۲۰۰۹) و وینکز، بیچ و بارلو (۲۰۰۸) برای ده جلسه نود دقیقه‌ای به صورت موردی تنظیم گردیدند. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری انزال زودرس در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی - رفتاری انزال زودرس

جلسات	خلاصه محتوای جلسات
اول	مصاحبه بالینی تشخیص اختلال، ارزیابی اولیه
دوم	ارزیابی شناختی رفتاری، ارائه منطق درمان، ارائه اطلاعات اولیه، آموزش مختصر درمان شناختی رفتاری آموزش آرام‌سازی (مرحله اول)
سوم	آموزش آرام‌سازی، بررسی شناخت‌ها، دادن اطلاعات اولیه آگاهی جنسی، دادن جزوه آموزشی
چهارم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی توانایی تصویرسازی ذهنی، آموزش تصویرسازی ذهنی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تمرین تمرکز حسی، آموزش تمرین خود تمرکز جنسی، آموزش تمرین خودتحریکی مرحله اول، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
پنجم	بررسی تکلیف، آموزش آرام‌سازی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تصویرسازی ذهنی، تمرکز حسی مرحله دوم، آموزش تمرین خودتحریکی مرحله دوم، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
ششم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، آموزش مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله اول تمرین تحریک توسط همسر، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
هفتم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، ادامه مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله دوم تمرین تحریک توسط همسر، تکنیک فشردن
هشتم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، ادامه مرحله چهارم تمرکز حسی، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
نهم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، آموزش تکنیک توقف - شروع، ادامه تکنیک فشردن
دهم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با طرحواره‌ها، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی

می‌توانند هر دو در همه جلسات حضور داشته باشند. درمان بر روی بیماران انجام می‌شد، اما از آنجایی که بعضی از تکنیک‌های درمان نیازمند مشارکت هر دو زوج بود و درمان اساساً باید در یک فضای ارتباطی مشترک بین زوجین و همراه

روش اجرا: طرح درمان به‌طور انفرادی پیاده شد، اما تعدادی از جلسات مانند جلسات ارزیابی اولیه و جلسه نهایی سنجش نتیجه درمانی به‌طور زوجی برگزار شد. البته در ابتدای درمان به زوجین گفته می‌شد که چنانچه تمایل داشته باشند

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی درج شده است.

نتایج نشان می‌دهد، میانگین گروه آزمایشی "شناختی- رفتاری" و گروه "ترکیبی" در پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش داشته است، درحالی‌که تغییر در گروه‌های "دارودرمانی" و گروه "گواه" محسوس نبود.

با انجام تکالیف خانگی قابل ملاحظه صورت گرفت، جلب همکاری همسران بیمار نیز لازم بود. به همین خاطر، به زوجین در مورد همکاری در انجام تکالیف خانگی تاکیدات لازم ارائه شد. همچنین، به منظور توضیح منطق درمان برای زوجین و جلب همکاری آن‌ها، جلسات ارزیابی اولیه، به طور مشترک تشکیل شد. جلسه ارزیابی نهایی نیز بطور مشترک و به منظور سنجش اثربخشی از نظر هر دو زوج، برگزار شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی انزال زودرس گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر		زمان		گروه‌ها	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	M	SD
انزال زودرس	شناختی- رفتاری	۲۳/۴۷	۳/۴	۲۱/۸۷	۳/۵
	دارو درمانی	۲۳/۱۳	۳/۵	۲۳/۶	۲
	ترکیبی	۲۲/۴۷	۲/۹	۲۱/۵۳	۳/۴
	کنترل	۲۵/۹۳	۱/۴	۲۵/۴۷	۱/۳

همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

سطح معنادار آزمون لوین نشان می‌دهد که همگنی واریانس گروه‌ها در متغیر انزال زودرس برقرار است.

بر اساس اطلاعات جدول ۴ و با کنترل اثر پیش‌آزمون، F گروه، در سطح $0/01$ معنی‌دار بود ($F(3, 55) = 15/9, P = 0/01$)؛ به عبارت دیگر نمرات پس‌آزمون گروه گواه حداقل با یکی از گروه‌های آزمایشی (فلوکستین درمانی، شناختی - رفتاری و درمان ترکیبی) تفاوت معنادار وجود داشت.

فرضیه بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، فلوکستین درمانی و درمان ترکیبی بر بهبود انزال زودرس معنادار به مواد مخدر تفاوت معنادار وجود دارد. توسط تحلیل کواریانس مورد آزمون قرار گرفت، قبل از اجرای آزمون، مفروضه‌های استفاده از این آزمون مورد بررسی قرار می‌گیرد: همگنی ماتریس کواریانس با استفاده از M باکس بررسی شد. این آزمون نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار می‌باشد ($P = 0/62, F = 0/73, Box's M = 5/8$).

یافته‌ها

غفارزاده رزاقی و حسینلو: مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و روش ترکیبی بر بهبود ...

بنابراین به منظور مشخص شدن این مطلب که بونفرونی استفاده شد که خلاصه محاسبات آن در تفاوت مشاهده شده حاصل از مداخله، مربوط به جدول زیر نشان داده شده است.

جدول ۳. خلاصه آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در متغیر انزال زودرس

آماره F درجه آزادی ۱ درجه آزادی ۲ سطح معناداری			
۲/۲	۳	۵۶	۰/۱

جدول ۴. خلاصه آزمون آنکوا جهت بررسی تأثیر روش‌های شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و درمان ترکیبی در انزال

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	نسبت F	سطح معناداری	حجم	توان
مجذورات	آزادی	مجذورات	مجذورات		اثر	آزمون	
همپراش	۳۱۹/۵	۱	۳۱۹/۵	۱۱۲/۲	۰/۰۱	۰/۶۷۱	۱
گروه	۱۳۵/۹	۳	۴۵/۳	۱۵/۹	۰/۰۱	۰/۴۶۵	۱
خطا	۱۵۶/۶	۵۵	۲/۸				
کل	۳۴۴۲۳	۶۰					

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه انزال زودرس گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	دارودرمانی	ترکیبی	کنترل
انزال زودرس	شناختی - رفتاری	-۲/۸۷*	-۱/۸	-۴/۳*
	دارودرمانی		-۱/۰۶	۱/۴
	ترکیبی			۲/۵*
	کنترل			

کدامیک از گروه‌ها است، از آزمون تعقیبی نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که: تفاوت معنادار

رفتاری" با گروه آزمایشی "دارودرمانی" تفاوت معنادار مشاهده می‌شود و این در حالی است که تفاوتی بین گروه‌های "شناختی-رفتاری" با گروه "ترکیبی" و گروه "دارودرمانی" با گروه "ترکیبی" مشاهده نشد.

تاکنون مطالعاتی درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فلوکستین درمانی در درمان اختلال انزال زودرس مورد مطالعه قرار گرفته است. به‌طور مثال در پژوهش بلقان عبدی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری تأثیر مؤثری در کاهش انزال زودرس مردان دارد. در مطالعه‌ای که توسط تارگیتون و همکاران (۲۰۱۳) انجام شد تأثیر استفاده از درمان شناختی-رفتاری بدون داروی نالترکسون و درمان شناختی-رفتاری همراه با نالترکسون بر وضعیت سلامت روانشناختی افراد وابسته به الکل ارزیابی شده که نتیجه این مطالعه بهبود معنادار در وضعیت سلامت و بهزیستی روانشناختی بیمارانی که برنامه درمان شناختی-رفتاری بدون داروی نالترکسون را به اتمام رسانده بودند، نشان دادند. در مطالعه جوانمردی (۱۳۹۲) نشان دادند که تفاوت معناداری بین اثربخشی دو روش درمانی شناختی رفتاری و رفتاردرمانی بر کاهش نشانه‌های انزال زودرس و افزایش **IELT** در مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. لازم به ذکر است که رفتاردرمانی بیشترین اثربخشی را داشته است. در مطالعه دیگر که توسط محمدی (۱۳۹۱) انجام شد درمان شناختی-رفتاری بر بهبود زمان رسیدن به انزال و افزایش احساس کنترل مؤثر است. در

بین گروه "گواه" و گروه آزمایشی "شناختی-رفتاری" وجود دارد. به‌طوری‌که مطابق با اطلاعات جدول ۵، میانگین نمرات گروهی که با استفاده از روش "شناختی-رفتاری" درمان شده‌اند، به‌طور معنی‌داری کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت: درمان مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر بهبود انزال زودرس معتادان به مواد مخدر تأثیر داشته است. اختلاف بین میانگین‌های گروه آزمایشی "دارودرمانی" با گروه "گواه" معنادار نیست و درمان مبتنی بر فلوکستین بر بهبود انزال زودرس معتادان به مواد مخدر تأثیر معنادار ندارد. تفاوت بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی "ترکیبی" با گروه "گواه" نیز معنادار بود، به‌عبارت‌دیگر درمان ترکیبی بر بهبود انزال زودرس معتادان به مواد مخدر مؤثر بوده است. مقایسه اطلاعات جدول ۵ نیز نشان می‌دهد میانگین آزمودنی‌های گروه آزمایشی، پس از مداخله کاهش داشته است. تنها بین گروه‌های آزمایشی "شناختی-رفتاری" با گروه آزمایشی "دارودرمانی" تفاوت معنادار مشاهده می‌شود و این در حالی است که تفاوتی بین گروه‌های "شناختی-رفتاری" با گروه "ترکیبی" و گروه "دارودرمانی" با گروه "ترکیبی" مشاهده نمی‌شود.

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی-رفتاری، فلوکستین و روش ترکیبی بر بهبود انزال زودرس معتادان انجام گرفت. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایشی "شناختی -

شده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش همسو بود.

در تبیین نتایج فوق می‌توان گفت، اثربخشی هر دو درمان شناختی - رفتاری و دارودرمانی و عدم وجود تفاوت در این مرحله بیانگر تایید آسیب‌شناسی نظریه شناختی رفتاری انزال زودرس و نقش گیرنده‌های بازجذب سروتونین در انزال زودرس می‌باشند. این پژوهش نشان داد که هر دو درمان در میزان اثربخشی پس از درمان با هم تفاوت معناداری ندارند زیرا استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری باعث حذف عوامل تأثیرگذار بر انزال زودرس همانند افکار خودکار، 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.

در پایان از تمامی بیماران و کارکنان محترم مراکز درمان اعتیاد تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

مطالعه‌ای که توسط امان الهی و همکاران (۱۳۹۱) انجام شد تأثیر درمان شناختی-رفتاری و درمان دارویی در درمان انزال زودرس را کارآمد ارزیابی شد اما اثرات مثبت مداخله دارودرمانی ماندگار نبودند. در مطالعه‌ای دیگر پلز، اسپیر، نوامسکی و ادلسون (۲۰۰۷) به منظور مقایسه درمان دارویی و روش شناختی-رفتاری، اثربخشی معنادار درمان شناختی-رفتاری را در مقایسه با دارو گزارش کردند. سراجی و دادفر (۱۳۸۴)، در پژوهشی نشان دادند درمان شناختی-رفتاری و درمان ترکیبی بیش از روش درمان با فلوکستین به‌تنهایی در کاهش شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و اضطراب جنسی مؤثر است. در زمینه روش درمان ترکیبی و شناختی-رفتاری در شناخت‌های ناسازگارانه، باورهای غیرمنطقی و اضطراب جنسی تفاوت معناداری دیده نشد. افزودن فلوکستین به روش درمان شناختی-رفتاری، اثر درمان شناختی-رفتاری را افزایش نداده بود.

لیو و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه فراتحلیل نشان دادند که درمان‌های دارویی تأثیر خوبی نسبت به دارونما بر درمان انزال زودرس دارند. در پژوهشی که توسط لی و همکاران (۲۰۱۹) صورت گرفت، اثربخشی و ایمنی فلوکستین به‌عنوان باز جذب سروتونین طولانی‌مدت در درمان انزال زودرس مؤثر است. همچنین مطالعه جنکینس و همکاران (۲۰۱۹) نشان داد فلوکستین یک عامل مؤثر برای درمان انزال زودرس با بهبود قابل توجهی است که در **IELT**، کنترل انزال و سطح پریشانی برای مردان و شرکای آن‌ها ایجاد

منابع

- آصفی‌فر، فرزاد. (۱۳۹۴). مقایسه تأثیر تجویز توام عصاره گیاهان کندر و لاواندلا با دارونما بر بهبود انزال زودرس در بیماران وابسته به مواد افیونی تحت درمان با متادون. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار.*
- امان‌الهی، عباس؛ رجیبی، غلامرضا؛ خجسته مهر، رضا؛ حسینی، محمدعلی؛ عطاری، یوسفعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز، فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲(۴): ۴۵۴-۴۳۵.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳). *راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم)*، ترجمه: یحیی سید محمدی (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات روان، چاپ سوم.
- ایمانی، سعید؛ حبیبی، مجتبی؛ پاشایی، سودابه؛ ظهیری سروری، معصومه؛ میرزایی، جعفر؛ زارع، مریم. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان ذهن آگاهی به ارتقاء کیفیت زندگی سوء مصرف‌کنندگان مواد مخدر (تریاک): بهبود سلامت جسمانی و روانشناختی. *فصلنامه روانشناسی سلامت*، ۲(۱): ۸۱-۶۳.
- جوانمردی، کیهان. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با حضور ذهن و رفتاردرمانی بر انزال زودرس و اضطراب مردان، *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه کردستان.*
- رضاخانی‌ها، بیژن؛ خوشدل، علیرضا. (۱۳۸۹). بررسی اثرات دو روش درمانی فلوکستین در انزال زودرس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۸(۴): ۲۹۹-۳۰۴.
- سراجی، مهرزاد؛ دادفر، محبوبه. (۱۳۸۴). اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری، فلوکستین و ترکیب آن‌ها در فویبای جنسی زنان، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۱(۳): ۲۷۸-۲۸۲.
- سیروس بخت، سهیلا؛ رضاخانی‌ها، بیژن. (۱۳۸۶). مقایسه اثر داروهای فلوکستین و سیتالوپرام در درمان انزال زودرس، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۵(۴): ۱۴۵۳-۱۴۵۶.
- سادوک، بنجامین؛ سادوک، ویرجینیا. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*. ترجمه: فرزین رضاعی (۱۳۹۴)، تهران، انتشارات ارجمند، چاپ سوم.
- لطفی کاشانی، فرح؛ مجتبایی، مینا؛ علی مهدی، ممنصور. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان

- محمدمدی، سید. داوود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مبتلایان به اختلال انزال زودرس بر بهبود علائم، نشانه‌ها و پیامدهای بالینی، پایان‌نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- شناختی رفتاری، متادون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معنادار تحت درمان، مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۴(۴)، ۱۸-۲۵.
- Arafa, M. Shamloul, R. (2007). Development and Evaluation of the Arabic Index of Premature Ejaculation (AIPE). *The Journal of Sexual Medicine*, 4, 1750-1756.
- (2019). Content Validity of the Premature Ejaculation Profile, Original and Per-Event Formats, in Men with Lifelong Premature Ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(4), 569-576.
- Althof, S. (2007). Treatment of rapid ejaculation, psychotherapy, pharmacotherapy and combined therapy. In: Leiblum (Ed.), principles and practice of sex therapy (4th ed., pp. 212-240), New York: Guilford.
- Burri, A., Giuliano, F., McMahon, C., & P,,,,, ,, 444444Femae aaeeee's perception of premature ejaculation and its impact on relationship breakups, relationship quality, and sexual satisfaction. *The Journal of Sexual Medicine*. 11(9), 2243-2255.
- Bolghan-Abadi, M., Ahmadi, S.A., Bahrami, F., Fatehizade, M., Rezvanoosadat Jazayeri, R. (2017). Effect of Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Premature Ejaculation of People Referred to Medical Centers. *Int Journal Behav Sci*, 10(4), 147-150.
- Butcher, M. I., Zubert, T., Christiansen, K., Carranza, A., Pawlicki, p., & Seibel, S. (2019). Topical Agents for Premature Ejaculation: A Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 92-99.
- Burbridge, C., Symonds, T., Osterloh, I. H., George, K., & Price, L. L. 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.
- Kaplan & Sadock. (2015). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, 11th. Ed, Wolters Kluwer.
- Jenkins LC¹, Gonzalez J¹, Tal R¹, Guhring P¹, Parker M¹, Mulhall JP². (2019). Compliance With Fluoxetine Use in Men With Primary Premature Ejaculation. *Journal Sex Med*. 16(12): 1895-1899.
- Li. X, Li. J, Li. X, Wang. J, Dai. H, Wang. J (2019). Effectiveness and safety of fluoxetine for premature ejaculation: Protocol for a systematic review. *Medicine (Baltimore)*. 98(7). doi:10.1097/MD.00000000000014481
- Liu, H., Zhang, M., Huang, M., Cai, H., Zhang, Y., Liu, G., Deng, D. (2020). Comparative efficacy and safety of drug treatment for premature ejaculation: A systemic review and Bayesian network meta- analysis. *Andrologia*, 52(11), <https://doi.org/10.1111/and.13806>.
- Patrick, D. L., Althof, S. E., Pryor, J. L., Rosen, R., Rowland, D, L., Ho, K, F., Macnulty, P., Rothman, M., & Jamieson C. (2005). Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *Journal of Sexual Medicine*, 2(3), 358–67.
- Peles, E., Schreiber, S., Naumovsky, Y., Adelson, M. (2007). Depression in Peles, methadone maintenance treatment patients: Rate and risk factors. *Journal Affective Disorders*, 99 (4), 213-220.
- Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., Becher, E, F., Dean, J., Giuliani, F., Hellstorm, W, J, G., Giraldi, A., Glina, S., Incrocci, L., Jannini, E., Maccabe, M., Parish, S., Rowland, D., Segraves, R, T., Sharlip, I., & Torres, L, O. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 14, 23–41.

- Song, W. H., Yoo, S., Oh, S., Park, J., Cho, Y, S., Cho, H, J., & Son, H. (2019). Ten-Year Interval Changes in the Prevalence of Self-Identified Premature Ejaculation and Premature Ejaculation Based on an Estimated Intravaginal Ejaculation Latency Time of <3 Minutes in the General Population: The Korean Internet Sexuality Survey (KISS) 2016. *The Journal of Sexual Medicine*, 16 (4), 512-521.
- Terur A, Katzung B. (2005). Katzung and Terur pharmacology. 7th edition (272-276 p).
- Wincze, J.P., Bach, A.K., Barlow, D.H. (2008). Sexual Dysfunction, In D.H. Barlow (Es.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 615—662). NewYork: Guilford Press.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Wilcock, S., Brabban, A., Cromarty, P. (2013). *Back to Life Back to Normality: Cognitive Therapy Recovery and Psychosis*. New York: Cambridge University.

