



Comparison of the Effectiveness of Mindfulness Therapy, Biofeedback and Combined Method on Sexual Self-Efficacy in Men with Premature Ejaculation

Mehdi Sarafraznasab¹, Reza Ahmadi^{2*}, Ahmad Ghazanfari³

1-Ph.D. Student, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Corresponding Author: Reza Ahmadi, Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: rozgarden28@yahoo.com

Received: 23 Sep 2023

Accepted: 15 Jan 2024

Abstract

Introduction: Premature ejaculation is the most common sexual problem that has many psychological effects on the relationship between spouses. Therefore, the present study aimed at the effectiveness of mindfulness therapy, biofeedback, and combined methods on sexual self-efficacy in men with premature ejaculation.

Methods: The research method was based on the applied aim, the semi-experimental type pre-test, and post-test with a control group. The studied population included all men 30 to 50 years with premature ejaculation who were referred to the sexual health clinics in Tehran city in 2022. Among them, 32 men with premature ejaculation were selected based on the inclusion criteria and by purposive sampling method. Then they were randomly assigned to experimental and control groups (groups of 8 people each). The Sexual Self-Efficacy Scale - Erectile Functioning (SSES-E) was used to pre-test and post-test. The first experimental group received mindfulness intervention in eight 90-minute sessions, the second experimental group received biofeedback intervention in eight 20-minute sessions, and the third experimental group received the combined method (The combination of mindfulness and biofeedback) in eight 90-minute sessions; While the control group was on the waiting list. The data were analyzed using covariance analysis (MANCOVA) and LSD post hoc test in SPSS23 software.

Results: No statistically significant differences were observed in the age, education, and duration of marriage demographic variables of the groups ($P > 0.05$). The results showed that there was a significant difference between the mean sexual self-efficacy in the experimental and control groups. Also, the findings indicated that the effectiveness of the combined method on sexual self-efficacy was more than mindfulness and biofeedback intervention.

Conclusions: According to the results of the present study, mindfulness therapy, biofeedback, and combined method intervention can increase the sexual self-efficacy of men with premature ejaculation. It is suggested that therapists and counselors use these treatments to improve the sexual self-efficacy of men with premature ejaculation along with other therapeutic interventions.

Keywords: Mindfulness Therapy, Biofeedback, Combined Method, Sexual Self-Efficacy, Premature Ejaculation. Age, education and duration of marriage.



مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس

مهدی سرافرازنسب^۱، رضا احمدی^{۲*}، احمد غضنفری^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

نویسنده مسئول: رضا احمدی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.
ایمیل: rozgarden28@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۷/۱

چکیده

مقدمه: زود انزالی یا انزال زودرس رایج ترین مشکل جنسی است که اثرات روان شناختی زیادی بر روی رابطه همسران دارد. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی، بر اساس هدف کاربردی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی مردان دارای انزال زودرس ۳۰-۵۰ ساله مراجعه کننده به مراکز سلامت جنسی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. به مراجعه کرده‌اند. از جامعه آماری مذکور تعداد ۳۲ مرد مبتلا به انزال زودرس و دارای شرایط ورود به پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند. از مقیاس خودکارآمدی جنسی - کنش وری نعوطنی (SSES-E) جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. گروه آزمایش یک، مداخله ذهن آگاهی را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه آزمایش دوم پسخوراند زیستی را به مدت ۸ جلسه ۲۰ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه آزمایش سوم روش ترکیبی (ترکیب دو روش ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی) را به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند؛ درحالی‌که گروه گواه آموزشی دریافت نکرد و در فهرست انتظار بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره و تعقیبی LSD در سطح معناداری ۵ درصد در نرم افزار SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت شناختی سن، تحصیلات و مدت تاهل تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P > 0/05$). نتایج نشان داد بین میانگین خودکارآمدی جنسی در گروه‌های آزمایش و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین یافته‌ها نشان داد که روش درمان ترکیبی در بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای زود انزالی به‌طور معنی‌داری اثربخشی بیشتری از مداخله ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مداخله ذهن آگاهی، برنامه پسخوراند زیستی و روش ترکیبی می‌تواند سبب افزایش خودکارآمدی جنسی مردان دارای زود انزالی شود. پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاوران در راستای بهبود خودکارآمدی جنسی مردان مبتلا به انزال زودرس در کنار سایر مداخلات درمانی از این درمان‌ها استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی، روش ترکیبی، خودکارآمدی جنسی، انزال زودرس.

جنسی است (۹). در سالیان اخیر درمان های مختلفی جهت بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس به کار گرفته شده است (۱۲). برخی از تحقیقات نشانگر ضعف این رویکردها در درمان پایدار بوده است. بنابراین، امروزه درمانگران در صدد آن هستند با مقایسه رویکردهای درمانی مختلف به روش های درمانی کارآمدتری دست یابند (۱۳). از این رو در این پژوهش محقق سعی دارد تا از به روزترین درمان ها همچون ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و درمان ترکیبی (ترکیب دو روش ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی) به عنوان مداخله درمانی بهره گیری نماید.

ذهن آگاهی یک مداخله رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز بر خود استوار است (۱۴). هسته اصلی این برنامه تمرینی «مراقبه آگاهی» است (۱۵). در این روش سعی می شود با تغییر ادراک زوجین از حوادث استرس آفرین، توانایی آنها در مقابل رویدادهای زندگی افزایش یابد. آنان می آموزند، پیش از آنکه تسلیم حوادث و رویدادهای زندگی خود شوند به شیوه خاص، هدف دار، نظام دار و به دور از پیش-دوری و قضاوت، رخدادهای زندگی خود را مورد پذیرش قرار دهند (۱۴). در واقع، ذهن آگاهی با بکارگیری تکنیک ها و تمرین های مبتنی بر این درمان، سبب کاهش تعارضات زناشویی ناشی از عملکرد جنسی نامطلوب و طرحواره های ناسازگار زناشویی می شود (۱۶). با استفاده از این تکنیک های آموزشی زوجین یاد خواهند گرفت که به این موارد با علاقه و کنجکاوی مشاهده کنند و آنها را همان گونه که واقعا هستند، بپذیرند. آنان می آموزند که اگرچه مشکلات زناشویی ممکن است رخ دهد، اما روش های جدید نیز جهت برخورد با این مسائل وجود دارد (۱۵).

روش درمانی بعدی جهت بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس، روش پسخوراند زیستی است (۱۷). پسخوراند زیستی روش جدیدی است که اخیراً برای درمان بسیاری از اختلالات روان پزشکی و پزشکی و نیز افزایش عملکرد بهینه در زمینه های مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸). پسخوراند زیستی از روش های متداولی است که سال ها به همراه درمان های شناختی- رفتاری و یا به طور مستقل مورد استفاده قرار گرفته است. این روش درمانی نوعی یادگیری براساس شرطی سازی کنشگر است که فرد با بازخورد گرفتن از نشانه ها و کارکردهای فیزیولوژیک و نوروسایکولوژیک بدن خود، قادر به کنترل کردن آنها می گردد (۱۹). پسخوراند زیستی با به کارگیری

رابطه جنسی یکی از مهمترین بخش های زندگی مشترک است (۱). به طوری که بدکارکردی های جنسی باعث کاهش رضایت جنسی زوجین شده و زندگی زناشویی آنان را مورد تهدید قرار می دهد (۲). عدم مراجعه این افراد جهت درمان و شرم از بیان مشکل باعث شده که مشکلات جنسی کمتر مورد توجه قرار گیرند و در نتیجه درمان های محدودی نیز بوجود آیند. یکی از مشکلات جنسی انزال زودرس است (۳). انزال زودرس شایع ترین بدکارکردی جنسی مردان است که اثرات روان شناختی زیادی بر روابط زوجین می گذارد (۴). تحقیقات نشان می دهد که حدود ۳۲ تا ۳۸ درصد مردان بزرگسال از این معضل رنج می برند (۵). اگر با مشکل انزال زودرس برخورد صحیح نشود، می تواند منجر به عواقب ناخواسته جدی شود (۶).

لفظ انزال زودرس به حالتی اطلاق می شود که مرد ارگاسم را تجربه کند و در طی چند لحظه از شروع فعالیت جنسی و با حداقل تحریک آلت تناسلی منی را بیرون کند (۷). مردانی که دچار انزال زودرس هستند، رضایت آنها از روابط زناشویی اندک است، اعتماد به نفس جنسی آنها کاهش می یابد، سعی می کنند از برقرار کردن رابطه زناشویی فرار کنند و در معرض افسردگی و اضطراب قرار می گیرند (۶). از عوامل مهم در فعالیت جنسی، افکار فرد یا شناخت او در مورد عمل جنسی یا توانایی او در مورد خودکارآمدی جنسی (Sexual self-efficacy) است (۸).

خودکارآمدی جنسی یک ساختار چندبعدی شامل باور هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد جنسی مؤثر، مطلوب بودن برای شریک جنسی و ارزیابی از توانایی و خودکارآمدی در رفتار جنسی است (۹). خودکارآمدی جنسی را می توان باوری دانست که هر فرد در مورد توانایی خود در عملکرد مؤثر جنسی و حس مطلوب بودن برای شریک جنسی خود دارد (۱۰). چنین باوری، نوعی خودارزیابی و کارآمدی از رفتار جنسی خویش است (۱۱). پژوهشگران عقیده دارند که عملکرد جنسی با درک بالاتری از خودکارآمدی جنسی همراه است. عملکرد جنسی سالم، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالا بردن کیفیت زندگی جنسی دارد (۹). فقدان خودکارآمدی جنسی نقش بسیار مهمی در مشکلات جنسی ایفا می کند (۱۰). به طوری که، پژوهش ها نشان می دهد که خودکارآمدی پایین جنسی پرتکرارترین پیامد باورهای ناکارآمد جنسی و عدم رضایت در رفتارهای

روش های درمانی ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر خودکارآمدی جنسی افراد مبتلا پرداخته است. در صورت مشخص شدن موثرترین روش درمانی، می توان زمینه ایی مساعد جهت بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس به عمل آورد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس انجام شد.

روش کار

این پژوهش به صورت نیمه آزمایشی، بر اساس هدف کاربردی، با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی مردان دارای انزال زودرس ۵۰-۳۰ ساله مراجعه کننده به مراکز سلامت جنسی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. بر اساس فرمول کوهن، تعداد نمونه لازم در مطالعات مشابه با در نظر گرفتن اندازه اثر ۰/۴۰، سطح اطمینان ۰/۹۵، توان آزمون ۰/۸۰ و میزان ریزش ۰/۱۰ برای هر گروه ۸ نفر محاسبه شد. بدین ترتیب، تعداد ۳۲ مرد دارای انزال زودرس بر اساس نظر پزشک متخصص جنسی و روانشناس سکس تراپ؛ و سطح پایین تر از میانگین نمرات پیش آزمون (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون) در متغیر خودکارآمدی جنسی، با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت گمارش تصادفی در چهار گروه ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی، روش ترکیبی و گروه کنترل قرار داده شدند. معیارهای ورود به طرح شامل؛ تشخیص ابتلا به اختلال انزال زودرس با نظر پزشک متخصص جنسی و مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس سکس تراپ مرکز، کسب نمره پایین تر از میانگین در پیش آزمون، محدود سنی ۳۰ تا ۵۰ سال، عدم سابقه بستری در بیمارستان روانپزشکی، عدم اقدام به خودکشی، عدم مصرف مشروبات الکلی، مواد مخدر، داروهای روانگردان و آنتی سایکوتیک، متاهل و اعلام رضایت کتبی جهت شرکت و همراهی در مراحل درمانی بود. معیارهای عدم ورود و خروج شامل؛ ابتلاء به هرگونه بیماری جسمی شدید، حضور در مداخله مشابه به طور همزمان، عدم انجام تکالیف و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی بود. پس از دریافت مجوز اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد شهر کرد و کسب مجوز از این دانشگاه و هماهنگی

ابزارهای الکتریکی، اطلاعاتی را در مورد اعصاب و عضلات و فعالیت های خودمختار اندازه گیری و پردازش می کند و در قالب بازخورد صوتی یا تصویری به بیمار و پزشک معالج وی نشان می دهد (۲۰). دوام تعادل حیاتی و رفتار عصب مزاجی به وسیله حلقه های پسخوراندی یا نظام مهار خودمختار تنظیم می شود (۲۱). در چند سال اخیر، مطالعه های بسیاری پسخوراند زیستی امواج مغزی (بیوفیدبک) را به عنوان ابزاری بسیار مهم در کنترل سطح انگیزتگی افراد معرفی کرده اند (۲۲). این روش مخصوصاً در درمان اختلالات ناشی از فشار روانی مؤثر است (۲۱).

پژوهش های متعددی در زمینه متغیر پژوهش انجام شده است. از جمله پژوهش امیدوار، بیاضی و فرید حسینی (۲۳). نشان دادند که ۸ جلسه دو ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ابعاد رضایت جنسی تأثیر مثبتی دارد. نتایج پژوهش محمدی زاده، مرادی-جو، شمس الدینی و جمشیدی فر (۲۴) حاکی از آن بود که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی جنسی ۱۸ نفر گروه آزمایش مؤثر بوده و این تأثیر در آزمون پیگیری پایدار نیز بوده است. احمدی، قائمی و فرخی (۲۵) نشان دادند که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای آموزش ذهن آگاهی بر افزایش عملکرد جنسی ۱۰ مرد گروه آزمایش اثربخش است. یافته های پژوهش رامش، رستمی، مرقاتی خویی و همت بلند (۲۶) نشان داد که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و پسخوراند زیستی تأثیر مثبتی بر عملکرد جنسی گروه ۱۰ نفره آزمایش داشت. استانتون، بوید، فوگارتی و مستون (۲۷) نشان دادند که درمان پسخوراند زیستی سبب افزایش برانگیختگی تناسلی، برانگیختگی جنسی ذهنی و احساسات ادراک شده تناسلی ۷۸ نفر گروه آزمایش شد. استانتون و کیراکوسیان (۱۷) بر این باورند که مداخلات مبتنی بر روش بیوفیدبک این پتانسیل را دارند که به عنوان خط اول درمان برای نگرانی های اختلال عملکرد جنسی، به ویژه در میان زنان که درمان های روانی- اجتماعی فعلی برای آنها وجود ندارد، عمل کنند.

خودکارآمدی جنسی در مشکلات جنسی نقش برجسته داشته، و ضرورت مطالعه آن در مردان دارای انزال زودرس و لزوم بهره گیری از راهبردهای جدید درمانی مبرهن می باشد. در رابطه با خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس تحقیقات متعددی انجام شده است. اما نوآوری مطالعه حاضر این است که به طور هم زمان به اثربخشی

مهدی سرافراز نسب و همکاران

زیستی (سئو و همکاران، ۲۰۰۵)، برگرفته از اصول درمان شناختی-رفتاری مورد استفاده توسط انگمن، ویژما و ویژما (۳۱) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای دو جلسه را دریافت کردند. گروه چهارم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. پس از اتمام جلسات درمانی و با فاصله یک هفته بعد از جلسه آخر، مطابق روش پیش آزمون مجدداً نمره خودکارآمدی جنسی هر چهار گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به عنوان پس آزمون گرفته و داده های حاصله جمع آوری شد. خلاصه محتوی مداخلات ذهن آگاهی، پسخوراند زیستی و درمان ترکیبی به شرح زیر می باشد:

با مدیریت مراکز سلامت جنسی شهر تهران، از بین بیماران تشخیص گرفته با نظر پزشک متخصص جنسی و روانشناس سکس تراپ مرکز، تعداد ۳۲ نفر به طور هدفمند انتخاب شدند. سپس مقیاس خودکارآمدی جنسی- کنش وری نعوطنی (۲۸) جهت تکمیل برای آزمودنی ها ارسال شد و نمرات آن جهت پیش آزمون ثبت گردید. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله ذهن آگاهی با رویکرد کابات زین (۲۹) در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته هفته ای دو جلسه اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان پسخوراند زیستی با رویکرد سئو، چو، لی و کیم (۳۰) در ۸ جلسه ۲۰ دقیقه ای، هفته ای دو جلسه قرار گرفتند. گروه سوم درمان ترکیبی، مرکب از درمان ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۵) و پسخوراند

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمانی

جلسه	شرح جلسات درمان ذهن آگاهی
اول	هدایت خودکار؛ معرفی اعضاء به یکدیگر و دعوت شرکت کنندگان به بحث پیرامون اهداف مورد انتظارات خود از شرکت در این جلسات/ ارائه توضیحاتی در مورد علل انزال زودرس و میزان شیوع آن در جامعه مردان و درمانهای مرتبط با آن/ لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی در مردان دارای انزال زودرس / تاثیر استرس و اضطراب بر روی تاثیر درمان های انجام داده شده و معرفی کلی برنامه ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT / معرفی سیستم هدایت خودکار/ نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجان ها در کاهش استرس/ تمرین خوردن کشمش و دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین/ فضای تنفس سه دقیقه ای/ تعیین تکلیف هفته آینده و توزیع جزوات جلسه اول و سی دی مراقبه پرداخته می شود.
دوم	برخورد با موانع؛ انجام مراقبه واریسی بدن/ دادن پسخوراند و بحث در مورد تمرین واریسی بدن/ تنفس به مناطق دردناک و یا صدمه دیده (مهربان بودن با این اعضا)/ مرور تکلیف هفته گذشته/ قدم زدن در خیابان/ معرفی مدل ABC که در حالت استرس روحی و روانی ایجاد می شود/ تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس/ توجه به تفسیر ذهنی به عنوان شروع مسوولیت شخصی برای افکار و احساسات/ تعیین تکلیف هفته آینده/ توزیع جزوات و سی دی جلسه دوم.
سوم	مهربان بودن با تنفس و بدن و آگاهی از تنفس و وضعیت بدن در حرکت؛ تمرین ذهن آگاهی از حرکت/ تمرین دیدن و شنیدن آگاهانه/ بحث پیرامون بودن در لحظه حال و مشاهده و توجه به افکار تنها به عنوان افکار و نه به عنوان حقایق یا حوادث/ آگاهی از رویدادهای خوشایند و آگاهی از فعالیت های معمول متفاوت/ فضای تنفس سه دقیقه ای راهنمایی و پسخوراند و سپس آموزش شکل/ آگاهی از رویدادهای ناخوشایند و آگاهی از فعالیت های معمول متفاوت/ تعیین تکلیف خانگی هفته آینده/ توزیع جزوات جلسه سوم.
چهارم	یادگیری نحوه پاسخگویی؛ انجام مراقبه نشسته با تاکید بر ادراک و احساس بدن (به عنوان تفسیر احساسات و افکار مخالف)/ انجام مجدد تمرین واریسی بدن/ انجام تنفس سه دقیقه ای/ تمرین پنج دقیقه ای "دیدن یا شنیدن/ معرفی پیاده روی آگاهانه/ تعیین تکلیف خانگی/ توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه چهارم.
پنجم	به آرامی همراه بودن با مشکلات (مجوز حضور)؛ مرور تکلیف هفته گذشته/ تمرین تنفس/ تمرین مجدد نشست هشیارانه (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار)/ توضیحاتی پیرامون استرس و شناسایی واکنش های شرکت کنندگان نسبت به استرس/ بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی/ تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای/ تعیین تکلیف هفته آینده/ توزیع جزوات شرکت کنندگان در جلسه پنجم.
ششم	افکار حقایق نیستند؛ مراقبه نشسته طولانی مدت/ آگاهی از تنفس/ اصوات و سپس افکار/ مرور برنامه تا به حال و گرفتن تعهد برای انجام بقیه دوره درمان/ مرور تکلیف هفته گذشته/ انجام حرکات کششی/ تهیه فهرستی از افکار منفی/ گسترش دادن فضای تنفس/ بحث پیرامون آماده شدن برای اتمام دوره/ تعیین تکلیف هفته آینده/ توزیع جزوات.
هفتم	مراقبت از خود؛ مراقبه نشسته و بحث و بازخورد/ تهیه امضای ماریچ/ تهیه برنامه عمل/ توزیع جزوات جلسه هفتم/ طبقه بندی فعالیتها و تهیه فهرستی از فعالیتهای ناخوشایند/ گفت و گو در مورد عود/ یافتن تمرین های روزانه، تمرینهایی برای زمان های استرس برانگیز و مواقع دشوار مانند عود/ تعیین تکلیف هفته آینده/ مرور تکلیف هفته گذشته/ بهداشت خواب/ تکرار تمرینات جلسات قبل.
هشتم	فراتر از ترس رفتن؛ تمرین واریسی بدن/ مراقبه نشسته/ بازنگری کل برنامه/ بررسی کوتاه در خصوص موانع موجود در بکارگیری روش ها/ علتیابی و رفع آن برای انجام مستمر تمرینات/ واریسی و بحث در مورد برنامه ها/ مرور تکالیف خانگی/ مرور دوره درمان.
شرح جلسات درمان پسخوراند زیستی	
اول	بیمار تحت آموزش ریلکسیشن قرار گرفت.
دوم	بیمار توسط الکتروود سطحی تحت تحریک بازدارنده با فرکانس ۱۰ هرتز و پهنا ی باند قرار گرفت.
سوم تا ششم	۲۲۰ میکرو ولت، دوطرف آلت بیمار به مدت ۲۰ دقیقه قرار گرفت.

هفتم	مجدد توسط پروب بیوفیدبک بیمار تحت تحریک بازدارنده ۱۰ هرتز و پهنای باند ۲۲۰ میکروولت به مدت ۲۰ دقیقه قرار گرفت.
هشتم	آموزشهای لازم جهت برقراری مقابرت تدریجی به زوج داده شد.
شرح جلسات درمان ترکیبی	
اول	برقراری رابطه درمانی، بررسی سابقه بیماری مراجع و علل احتمالی آن، بررسی سابقه درمان قبلی و چگونگی آن، بیان ارزش و اهمیت درمان، بررسی کیفیت رابطه عاطفی مردان، بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، ارائه توضیح مختصر در زمینه روند و منطق درمان، دستور منع رابطه جنسی.
دوم	بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، بررسی ترجیحات و خواستههای جنسی مردان و چگونگی ابراز آن به یکدیگر، آشنایی بیمار با آناتومی جنسی، کارکرد اعضای تناسلی، فیزیولوژی و رفتار جنسی به منظور افزایش آگاهی جنسی بیمار.
سوم	بررسی و توضیح پیامدهای رفتاری و هیجانی پابندی به باورهای جنسی ناکارآمد و همچنین تجارب خاص و تأکید بر دخالت این عوامل در بروز و تداوم بیماری، کار بر روی افکار ناکارآمد و بازسازی شناختی، آغاز برنامه درمانی پسخوراند زیستی.
چهارم	بررسی چگونگی ارتباط کلامی و غیرکلامی زوجین، آموزش مهارت ارتباطی (همچون گوش دادن فعال و درک همدلانه)، آموزش چگونگی ابراز هیجانات و همچنین نیازهای جنسی، ادامه درمان پسخوراند زیستی.
پنجم	بررسی الگوهای تقویت و تنبیه زوجین، تأکید بر افزایش تقویت کنندههای مثبت و افزایش تبادلات رفتاری مثبت، آموزش حسایی غیرجنسی و مهارت تمرکز بر اندام های غیر تناسلی، ادامه درمان پسخوراند زیستی.
ششم	آموزش حس یابی جنسی و رفع ممنوعیت لمس اندامهای تناسلی، آموزش تمرین های کگل، ادامه درمان پسخوراند زیستی.
هفتم	آموزش انواع شیوههای مقابرت جنسی و تکنیکهای وابسته به آن، ادامه درمان پسخوراند زیستی.
هشتم	تکنیک های آموزشی، بررسی میزان دستیابی به نتایج رضایت بخش، دادن بازخورد و رفع ایرادات موجود، جمع بندی کلی نکات مورد ارائه در طی جلسات درمانی.

برای گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

مقیاس خودکارآمدی جنسی- کنش وری نعوظی (Sexual Self-Efficacy Scale – Erectile Functioning)

«E-SSES»): این مقیاس توسط لیمن، روتنبرگ، فیختن و آمس (۲۸) طراحی گردیده است. مقیاس شامل ۲۵ گویه و پنج خرده مقیاس رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره (۷ گویه)، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی (۴ گویه)، اطمینان از رویارویی جنسی (۴ گویه)، رسیدن به اوج لذت جنسی (۵ گویه) و میل جنسی دوباره (۵ گویه) می باشد. آزمودنی به هر گویه بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت (۱=خیلی کم تا ۵=خیلی زیاد) پاسخ می دهد. نمره کل با جمع کردن نمره ماده ها و تقسیم کردن بر شمار آنها به دست می آید. دامنه نمره ها از ۲۵ تا ۱۲۵ نوسان دارد. نمره های بالاتر اطمینان، شایستگی و صلاحیت بیشتر نعوظی مردان را نشان می دهد. لیمن و همکاران روایی سازه مقیاس را تایید نموده و ضرایب پایایی تنصیف مقیاس را برای مردان با اختلال بدکارکردی ۰/۸۸ و برای مردان بهنجار ۰/۶۲ گزارش کردند. در ایران حیدری و درجزی (۳۲) با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، پنج عامل ابزار را شناسایی نموده و قابلیت اعتماد این مقیاس را به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش کردند. در پژوهش حاضر روایی صوری و محتوا با روش کیفی و با استفاده از نظر ۵ نفر از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد

بررسی و مطلوب گزارش شد. پایایی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ابزار و مقیاس ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ به دست آمد.

به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی ها، اهداف پژوهش، فرایند کار و مدت زمان لازم برای اجرای مداخله به طور کامل به آزمودنی ها توضیح داده شد. پرسشنامه های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد با کد اخلاق شماره IR.IAU. SHK.REC.1402.064 می باشد. داده های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری در سطح معناداری ۵ درصد در نرم افزار SPSS23 تحلیل شدند.

یافته ها

یافته های حاصل از داده های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین سنی شرکت کنندگان گروه درمان ذهن آگاهی ۳۵/۴۰ سال، گروه درمان پسخوراند زیستی ۳۳/۱۱ سال، گروه درمان ترکیبی ۳۵/۱۴ سال و گروه کنترل ۳۳/۷۳ سال می باشد. غالب آنان تحصیلات دیپلم داشتند (۴۳/۷۵ درصد)؛ و کمترین مدت تاهل ۲ سال و بیشترین مدت حدود ۱۵ سال بود. نتایج در (جدول ۲) نشان

مهدی سرافرازنسب و همکاران

داده شده است. مطابق با نتایج آزمون کای اسکور بین میزان تحصیلات، دامنه سنی و مدت تاهل در گروه های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$).

جدول ۲: ویژگی های جمعیت شناختی افراد گروه نمونه پژوهش

متغیر	سطوح	ذهن آگاهی	پسخوراند زیستی	درمان ترکیبی	گروه کنترل
میزان تحصیلات	دیپلم	(۵۰ درصد) ۴ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۵۰ درصد) ۴ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر
	کارشناسی	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۵۰ درصد) ۴ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر
	کارشناسی ارشد	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر
	۳۱ تا ۳۵ سال	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر
	۳۶ تا ۴۰ سال	(۶۲/۵ درصد) ۵ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۶۲/۵ درصد) ۵ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر
مدت تاهل	کمتر از ۵ سال	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر	(۱۲/۵ درصد) ۱ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر
	۵-۱۰ سال	(۵۰ درصد) ۴ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۵۰ درصد) ۴ نفر
	۱۱-۱۵ سال	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۳۷/۵ درصد) ۳ نفر	(۵۰ درصد) ۴ نفر	(۲۵ درصد) ۲ نفر

در ادامه، میانگین و انحراف معیار متغیر خودکارآمدی جنسی و ابعاد آن برای گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون محاسبه شد. نتایج آمار توصیفی در (جدول ۳) ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول حاکی از افزایش نمره های میانگین گروه های میانگین گروه های آزمایش در مرحله پس آزمون می باشد. برای بررسی معناداری این تغییرات از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

جدول ۳: یافته های توصیفی متغیر پژوهش (هر گروه ۸ نفر)

متغیرها	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
میل جنسی دوباره	گروه درمان ذهن آگاهی	۳۰/۳۷	۳/۸۵	۳۸/۶۲	۴/۴۰
	گروه درمان پسخوراند زیستی	۲۹/۷۵	۳/۲۸	۴۰/۰۰	۳/۲۸
	گروه درمان ترکیبی	۲۹/۸۷	۳/۷۵	۴۴/۸۷	۴/۶۱
	گروه کنترل	۲۹/۰۰	۲/۶۷	۳۰/۰۰	۲/۶۷
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	گروه درمان ذهن آگاهی	۴۱/۵۰	۲/۷۲	۵۰/۵۰	۲/۸۷
	گروه درمان پسخوراند زیستی	۴۱/۰۰	۳/۷۰	۵۰/۵۰	۵/۵۰
	گروه درمان ترکیبی	۴۰/۷۵	۴/۳۳	۵۵/۵۰	۶/۷۶
	گروه کنترل	۴۰/۷۵	۳/۹۵	۴۱/۷۵	۳/۶۵
رسیدن به اوج لذت جنسی	گروه درمان ذهن آگاهی	۲۶/۰۰	۳/۲۰	۳۴/۲۵	۳/۳۷
	گروه درمان پسخوراند زیستی	۲۴/۳۷	۳/۵۸	۳۲/۷۵	۳/۲۸
	گروه درمان ترکیبی	۲۴/۸۷	۳/۱۸	۳۷/۷۵	۲/۹۱
	گروه کنترل	۲۶/۱۲	۳/۰۹	۲۷/۲۵	۲/۹۱
ابزار رابطه جنسی لذتبخش و بدون دلهره	گروه درمان ذهن آگاهی	۲۵/۷۵	۳/۴۱	۳۳/۳۷	۳/۲۴
	گروه درمان پسخوراند زیستی	۲۳/۸۷	۳/۶۸	۳۰/۶۲	۲/۸۷
	گروه درمان ترکیبی	۲۵/۳۷	۳/۴۶	۳۸/۰۰	۳/۰۷
	گروه کنترل	۲۴/۲۵	۳/۲۸	۲۳/۵۰	۳/۹۲

۳/۵۲	۲۸/۸۷	۳/۸۹	۲۱/۵۰	گروه درمان ذهن آگاهی	اطمینان از رویارویی جنسی
۲/۲۳	۲۹/۱۲	۳/۱۱	۲۲/۶۲	گروه درمان پسخوراند زیستی	
۳/۵۴	۳۶/۶۲	۳/۱۸	۲۲/۸۷	گروه درمان ترکیبی	
۳/۱۸	۲۲/۸۷	۴/۲۰	۲۳/۰۰	گروه کنترل	
۲/۲۶	۳۸/۶۵	۲/۱۵	۳۰/۵۷	گروه درمان ذهن آگاهی	خودکارآمدی جنسی
۱/۱۲	۳۸/۷۹	۱/۹۰	۳۰/۳۹	گروه درمان پسخوراند زیستی	
۲/۵۱	۴۵/۴۶	۲/۲۳	۳۰/۲۸	گروه درمان ترکیبی	
۱/۹۲	۳۰/۹۵	۲/۰۷	۳۰/۳۴	گروه کنترل	

مرحله پیش آزمون و پس آزمون برقرار است ($P > 0.05$). در نهایت، جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که مفروضه همگنی واریانس-کواریانس برقرار می باشد ($P > 0.05$). در ادامه، از آزمون های چهارگانه تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی تفاوت بین گروه های آزمایش و گروه کنترل استفاده شد. نتایج در (جدول ۴) گزارش شده است.

قبل از استفاده از آزمون، پیش فرض های آن بررسی شد. نخست پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون شاپیرو و ویلک بررسی شد. نتایج آزمون نشان داد که مقادیر به دست آمده از $0.05 > P$ بزرگتر بوده و توزیع نمرات نرمال تایید گردید ($P > 0.05$). همچنین، به منظور ارزیابی مفروضه یکسانی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد. نتایج آزمون حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس های خطای متغیرهای پژوهش در

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا
اثر پیلائی	۰/۳۳	۳/۳۹	۴	۲۷	۰/۰۲۳	۰/۳۳۵
لامبدا و یکلز	۰/۶۶	۳/۳۹	۴	۲۷	۰/۰۲۳	۰/۳۳۵
اثر هتلینگ	۰/۵۰	۳/۳۹	۴	۲۷	۰/۰۲۳	۰/۳۳۵
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۵۰	۳/۳۹	۴	۲۷	۰/۰۲۳	۰/۳۳۵

وابسته اثربخش بوده است. همچنین مقدار ضریب اتا نشان می دهد که اثر آموزش ۰/۳۳ درصد از واریانس متغیرهای وابسته را تعیین می کند.

نتایج (جدول ۴) نشان می دهد که F محاسبه شده آزمون لامبدا و یکلز $\eta^2 = 0.33$ و $P = 0.023$ و $F = 3.39$ معنادار است؛ بنابراین مداخلات درمانی حداقل بر روی یکی از متغیرهای

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای متغیر خودکارآمدی جنسی و ابعاد آن در گروه های آزمایش و گروه گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
میل جنسی دوباره	اثر پیش آزمون	۱۱۵۴۴/۰۱	۱	۱۱۵۴۴/۰۱	۴۱۱۶/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	اثر گروه	۶۷۳/۱۱	۳	۲۲۴/۳۷	۸/۰۰۱	۰/۰۱۰	۰/۴۶۲
	خطا	۷۸۵/۲۰	۲۸	۲۸/۰۴			
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	اثر پیش آزمون	۱۹۹۱۹۹/۲۶	۱	۱۹۹۱۹۹/۲۶	۴۱۵۸/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	اثر گروه	۶۷۶/۳۶	۳	۲۲۵/۴۵	۴/۷۰	۰/۰۳	۰/۳۳۵
	خطا	۱۳۴۱/۳۷	۲۸	۴۷/۹۰			
رسیدن به اوج لذت جنسی	اثر پیش آزمون	۸۵۴۴۲/۶۶	۱	۸۵۴۴۲/۶۶	۳۸۸۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۹۹۳
	اثر گروه	۴۰۵/۸۳	۳	۱۳۵/۲۷	۶/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۳۹۷
	خطا	۶۱۶/۱۶	۲۸	۲۲/۰۰۶			

مهدی سرافراز نسب و همکاران

۰/۹۹۰	۰/۰۰۱	۳۷۷۱/۶۷	۷۹۰۶۲/۷۶	۱	۷۹۰۶۲/۷۶	اثر پیش‌آزمون	ابزار رابطه جنسی لذتبخش و بدون دلهره
۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۹/۰۷	۲۵۸/۹۵	۳	۷۷۶/۸۶	اثر گروه	
			۲۸/۵۲	۲۸	۷۹۸/۷۰	خطا	
۰/۹۸۷	۰/۰۰۱	۲۱۶۷/۰۳	۶۵۱۵۶/۲۶	۱	۶۵۱۵۶/۲۶	اثر پیش‌آزمون	اطمینان از رویارویی جنسی
۰/۴۳۳	۰/۰۲۶	۳/۵۷	۱۰۷/۶۲	۳	۳۲۲/۸۶	اثر گروه	
			۸۲/۶۲	۲۸	۳۰۵۶/۹۷	خطا	
۰/۹۹۷	۰/۰۰۱	۱۶۵۰/۸۹	۱۱۶۱۴۳/۲۸	۱	۱۱۶۱۴۳/۲۸	اثر پیش‌آزمون	خودکارآمدی جنسی
۰/۶۳۸	۰/۰۰۱	۱۶/۴۲	۱۷۹/۱۰	۳	۵۳۷/۳۲	اثر گروه	
			۱۰/۹۰	۲۸	۳۰۵/۳۲	خطا	

روش‌های درمانی بر روی ابزار رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره بوده است. در آخر، جهت مقایسه روش‌های درمانی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. نتایج در (جدول ۶) گزارش شده است.

نتایج (جدول ۵)، نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری بین میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در پس‌آزمون در متغیرهای مورد مطالعه وجود داشت. با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت میزان اثربخشی درمان جالب توجه بوده و بیشترین اثربخشی

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت بررسی تفاوت اثربخشی مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معناداری
میل جنسی دوباره	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پس‌خوراند زیستی	-۰/۶۶۷	۱/۵۲	۰/۶۶۶
	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	۶/۲۰	۱/۵۲	۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	۵/۲۴	۲/۴۴	۰/۰۴۱
	درمان پس‌خوراند زیستی و گروه کنترل	۵/۹۳	۲/۴۴	۰/۰۲۲
	درمان ترکیبی و گروه کنترل	۷/۴۳	۲/۴۴	۰/۰۰۵
	درمان پس‌خوراند زیستی و درمان ترکیبی	۴/۸۷	۱/۵۲	۰/۰۰۱
حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پس‌خوراند زیستی	-۰/۳۳	۱/۹۹	۰/۸۶۹
	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	۵/۳۳	۱/۹۹	۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	۵/۳۱	۲/۲۵	۰/۰۲۵
	درمان پس‌خوراند زیستی و گروه کنترل	۵/۳۱	۲/۲۵	۰/۰۲۵
	درمان ترکیبی و گروه کنترل	۶/۸۷	۲/۲۵	۰/۰۰۵
	درمان پس‌خوراند زیستی و درمان ترکیبی	۵/۶۶	۱/۹۹	۰/۰۰۱
رسیدن به اوج لذت جنسی	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پس‌خوراند زیستی	۲/۰۰	۱/۳۵	۰/۱۵۱
	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	۳/۸۳	۱/۳۵	۰/۰۰۱
	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	۴/۰۰	۱/۷۳	۰/۰۲۹
	درمان پس‌خوراند زیستی و گروه کنترل	۳/۲۵	۱/۷۳	۰/۰۷۲
	درمان ترکیبی و گروه کنترل	۵/۲۵	۱/۷۳	۰/۰۰۵
	درمان پس‌خوراند زیستی و درمان ترکیبی	-۵/۱۶	۱/۳۵	۰/۰۰۱

۰/۱۲۲	۱/۵۴	۲/۴۵	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پسخوراند زیستی	ابزار رابطه جنسی لذتیخس و بدون دلهره
۰/۰۰۱	۱/۵۴	۵/۴۱	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	
۰/۰۲۹	۲/۴۱	۵/۵۵	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	
۰/۰۹۴	۲/۴۱	۴/۱۸	درمان پسخوراند زیستی و گروه کنترل	
۰/۰۰۶	۲/۴۱	۷/۲۵	درمان ترکیبی و گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۵۴	۸/۰۴	درمان پسخوراند زیستی و درمان ترکیبی	
۰/۷۷۴	۱/۵۸	-۰/۴۵	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پسخوراند زیستی	اطمینان از رویارویی جنسی
۰/۰۰۱	۱/۵۸	-۸/۱۶	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	
۰/۲۵۳	۲/۲۵	۲/۶۲	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	
۰/۲۳۲	۲/۲۵	۲/۷۵	درمان پسخوراند زیستی و گروه کنترل	
۰/۰۰۵	۲/۲۵	۶/۸۷	درمان ترکیبی و گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۱/۵۸	-۷/۷۰	درمان پسخوراند زیستی و درمان ترکیبی	
۰/۹۹۱	۰/۹۵	-۰/۱۰	درمان ذهن‌آگاهی و درمان پسخوراند زیستی	خودکارآمدی جنسی
۰/۰۰۱	۰/۹۵	۷/۳۵	درمان ذهن‌آگاهی و درمان ترکیبی	
۰/۰۹۵	۲/۳۷	۴/۱۰	درمان ذهن‌آگاهی و گروه کنترل	
۰/۰۸۹	۲/۳۷	۴/۱۷	درمان پسخوراند زیستی و گروه کنترل	
۰/۰۰۵	۲/۳۷	۷/۲۵	درمان ترکیبی و گروه کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۹۵	۷/۳۶	درمان پسخوراند زیستی و درمان ترکیبی	

زودانزالی بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرنی نشان داد بیشترین اثربخشی بر روی خودکارآمدی جنسی مربوط به روش درمان ترکیبی بوده است. نتایج پژوهش‌های امیدوار و همکاران (۲۳)، محمدی زاده و همکاران (۲۴)، احمدی و همکاران (۲۵)، رامش و همکاران (۲۶)، استانتون و همکاران (۲۷) و استانتون و همکاران (۱۷) از یافته‌های مطالعه حاضر حمایت می‌کنند.

اولین یافته حاکی از آن بود که درمان ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس اثربخش است. در تبیین اثربخشی این درمان می‌توان ذکر کرد که ذهن‌آگاهی به فرآیند توجه مداوم، بیشتر از محتوای هر رویداد تمرکز دارد و نوعی آگاهی غیرقضاوتی از تجربه شخصی است که لحظه به لحظه آشکار می‌گردد. هر چند هدف اصلی ذهن‌آگاهی آرام‌سازی نیست، اما مشاهده رویدادهای منفی درونی بدون هیچگونه قضاوتی درباره آن‌ها یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز آرامش می‌شود. به عبارتی، ذهن‌آگاهی مشاهده محرک‌های درونی و بیرونی همانگونه که به وقوع می‌پیوندد بدون هیچگونه قضاوت و پیش‌داوری است و درواقع مهارتی است که به افراد اجازه می‌دهد در زمان حال، حوادث را کم‌تر از آن میزان که ناراحت‌کننده است، دریافت کنند. وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه

نتایج (جدول ۶) حاکی از آن است که تفاوت میانگین‌ها در متغیرهای میل جنسی دوباره، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی (گروه درمان ذهن‌آگاهی با گروه درمان ترکیبی)، (گروه درمان ذهن‌آگاهی با گروه و گروه کنترل)، (گروه درمان پسخوراند زیستی با گروه کنترل) و (گروه درمان ترکیبی با گروه کنترل)؛ رسیدن به اوج لذت جنسی، ابزار رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره (گروه درمان ذهن‌آگاهی با گروه درمان ترکیبی)، (گروه درمان ذهن‌آگاهی با گروه و گروه کنترل) و (گروه درمان ترکیبی با گروه کنترل)؛ اطمینان از رویارویی جنسی و خودکارآمدی جنسی (گروه درمان ذهن‌آگاهی با گروه درمان ترکیبی)، (گروه درمان پسخوراند زیستی با گروه درمان ترکیبی) و (گروه درمان ترکیبی با گروه کنترل) سطح معناداری را نشان می‌دهد ($P < 0.05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس بود. نتایج تحلیل کوواریانس بیانگر اثربخشی معنادار درمان ذهن‌آگاهی، پسخوراند زیستی و روش ترکیبی بر روی خودکارآمدی جنسی مردان دارای

و تحریک الکتریکی نواحی عمقی مغز است. به غیر از الکتروشوک که سابقه دیرینه دارد، بقیه موارد پس از ظهور رایانه های شخصی ابداع شده است و در همین مدت زمان اندک تحقیقات و مطالعات چشمگیری در این زمینه به عمل آمده که افق های تازه ای در درمان بیماری های اعصاب و روان گشوده شده است. با این روش می توان ابعاد مختلف توانایی های مغز را ارتقا بخشید. پسخوراند زیستی، با به کارگیری ابزارهای الکتریکی، اطلاعاتی را در مورد اعصاب و عضلات و فعالیت های خودمختار اندازه گیری و پردازش می کند و در قالب بازخورد صوتی یا تصویری به بیمار و پزشک معالج وی نشان می دهد. پسخوراند زیستی به بیماران کمک می کند تا با کسب آگاهی بیشتر از فعالیت های خودمختار بدن خود، کنترل ارادی خود را بر روی این فعالیتها افزایش دهند. در بیوفیدبک کاربردی، هدف اصلی، بالا بردن آگاهی شخص نسبت به آنچه در بدن و حتی مغزش به وقوع می پیوندد و افزایش قدرت کنترل بر آن است. با ارائه این تکنیک، افراد فیدبک های واضح و مستقیمی را از سیستم فیزیولوژی شان دریافت می دارند که به آنها در کنترل عملکرد این سیستم کمک می نماید. این شیوه درمانی به افراد کمک می کند تا با بازخورد دریافت شده از وضعیت فیزیولوژیک خویش رفتار خود را تغییر داده و منجر به افزایش آگاهی فرد نسبت به وضعیت بدن خود می شود. این یافته با نتایج مطالعه رامش و همکاران (۲۶)، استانتون و همکاران (۲۷) و استانتون و همکاران (۱۷) منوط بر اثربخشی مداخله پسخوراند زیستی بر اختلال عملکرد جنسی و برانگیختگی جنسی همسو است.

آخرین یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که اثربخشی درمان روش ترکیبی از درمان ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی در بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس بیشتر بوده است. در بررسی پیشینه مطالعه ای یافت نشد که به صورت اختصاصی به بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس بپردازد. در تبیین نتیجه حاصله می توان گفت که همان طور که درمان ذهن آگاهی از طریق بالا بردن آگاهی فرد می تواند خودکارآمدی جنسی را بالا ببرد؛ درمان پسخوراند زیستی نیز منجر به افزایش خودکارآمدی جنسی شده و با توجه به این که هر یک از طریق ابزار متفاوت و با شیوه های کاملاً متفاوتی بر روی فرد مداخله می کنند، منطقی به نظر می رسد که درمان

می شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نمی کنند (۲۸). ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می نماید تا بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره اش آمیخته و به سبک زندگی اش مبدل نماید؛ به او کمک می کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هر کس دوره هایی از رنج و درد دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می گردد، در حالی که بدون ذهن آگاهی، به صورت هیجان فرسوده کننده ای تجربه می شود که با تلخی و خشم آمیخته شده و با احساس درماندگی شدید همراه می شود. آموزش ذهن آگاهی منجر به پذیرش تمایل به تجربه درد یا رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن ها می شود و نوعی انعطاف پذیری روانی را در افراد به وجود می آورد که می تواند منجر به بهبود خودکارآمدی جنسی در مردان دچار انزال زودرس و نیز ابعاد آن یعنی رابطه جنسی لذت بخش و بدون دلهره، حفظ نعوظ در طی ارتباط جنسی، اطمینان از رویارویی جنسی، رسیدن به اوج لذت جنسی و میل جنسی دوباره شود؛ و بدین ترتیب درمان ذهن آگاهی باعث افزایش خودکارآمدی جنسی مردان گروه آزمایش ذهن آگاهی در پژوهش حاضر شد. این یافته با نتایج مطالعات امیدوار و همکاران (۲۳)، محمدی زاده و همکاران (۲۴) و احمدی و همکاران (۲۵) مبنی بر اثربخشی مداخله ذهن آگاهی بر خودکارآمدی جنسی و افزایش عملکرد جنسی مطابقت دارد.

نتایج دیگر مطالعه حاضر حاکی از آن بود که درمان پسخوراند زیستی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس اثربخش است. برای تبیین این یافته می توان گفت که طبق یکی از اصول پایه سایبرنتیک، فرد نمی تواند تغییری را کنترل نماید مگر آنکه اطلاعات لازم از آن متغیر را دریافت نماید. این اطلاعات را فیدبک می نامند. اصل دیگری نیز بیان می دارد که وجود بیوفیدبک یادگیری را ممکن می سازد. در واقع، بیوفیدبک یکی از شاخه های علم نوروتراپی است که پایه و اساس آن بر چگونگی فعالیت سیستم اعصاب مرکزی و پیرامونی استوار است. نوروتراپی شامل بیوفیدبک، نوروفیدبک، تحریک الکتریکی مغز با جریان مستقیم، تحریک الکتریکی مغز با جریان متناوب، الکتروشوک، تحریک مغز با جریان مغناطیسی

نتیجه گیری

در یک جمع بندی کلی باید گفت که با وجود اثربخشی معنادار هر دو رویکرد درمانی بر خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس، اما روش درمان ترکیبی کارا تر بود. در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است درمانگران و مشاوران در حیطه درمان به منظور بهبود خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس در جریان این نتایج قرار بگیرند. زیرا نتایج این پژوهش می تواند آنان را به ابزارهایی قوی در امر بهبود مشکلات خودکارآمدی جنسی مردان دارای انزال زودرس مجهز سازد.

سیاسگزارى

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری در رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1402.064 می باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مقاله بدون هیچ گونه حمایت مالی انجام شده است. بین نویسندگان این پژوهش هیچ گونه تعارضی در منافع وجود نداشت و نویسندگان سهم یکسان در کلیه مراحل انجام پژوهش داشتند.

ترکیبی بتواند اثربخش تر باشد و این تأثیر از هر یک از درمان های دیگر به طور معناداری بیش تر باشد. وقتی این دو درمان با یکدیگر ترکیب می شوند فرد علاوه بر دارا بودن فنون ذهن آگاهی، یادگیری رفتاری صورت گرفته در پسخوراند زیستی را نیز داراست و همه این ها باهم به ماندگاری بیش تر درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمان ها به طور مجزا و مستقل کمک می کند. بنابراین به نظر می رسد که در صورت ترکیب این دو روش درمانی و به کارگیری فنون مفید و مؤثر هر دو روش در فرآیند درمان، درمان ترکیبی بر روی خودکارآمدی جنسی مردان دچار زودانزالی افزایش بیش تر از هر یک از روش های درمانی ذهن آگاهی و پسخوراند زیستی اثربخش تر باشد. هر پژوهشی در کنار بدیع بودن و داشتن نقاط قوت، دارای برخی محدودیت ها نیز می باشد. پژوهش حاضر نیز از این قاعده مستثنی نبود. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه گیری غیرتصادفی بود. بنابراین شایسته است که پژوهشگران در پژوهش های آتی جهت بالا بردن اعتبار نتایج پژوهشی و قدرت تعمیم دهی به جامعه از نمونه گیری تصادفی استفاده نمایند. و کلام آخر، با توجه به اینکه یک رویکرد درمانی برای تمام مؤلفه ها و علائم انزال زودرس مردان به یک اندازه اثربخشی ندارد؛ بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می شود براساس نتایج مقایسه ای به دست آمده در پژوهش حاضر، برای درمان از روش ترکیبی استفاده کنند.

References

- Martin-Tuite P, Shindel AW. Management options for premature ejaculation and delayed ejaculation in men. *Sexual medicine reviews*. 2020; 8(3): 473-485. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.09.002>
- Colonnello E, Ciocca G, Limoncin E, Sansone A, Jannini EA. Redefining a sexual medicine paradigm: Subclinical premature ejaculation as a new taxonomic entity. *Nature Reviews Urology*. 2021; 18(2): 115-127. <https://doi.org/10.1038/s41585-020-00417-1>
- Rafei M, Sabahi P, Rafienia P, Tabatabaie poor SMM. The effectiveness of mindfulness-based sex therapy on couples' marital satisfaction in premature ejaculation. *Rooyesh*. 2020; 9 (9): 157-166. [Persian] <http://frooyesh.ir/article-1-2131-fa.html>
- Barbonetti A, D'Andrea S, Cavallo F, Martorella A, Francavilla S, Francavilla F. Erectile dysfunction and premature ejaculation in homosexual and heterosexual men: A systematic review and meta-analysis of comparative studies. *The Journal of Sexual Medicine*. 2019; 16(5): 624-632. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.02.014>
- Gillman N, Gillman M. Premature ejaculation: Aetiology and treatment strategies. *Medical Sciences*. 2019; 7(11): 102. <https://doi.org/10.3390/medsci7110102>
- Sansone A, Aversa A, Corona G, Fisher AD, Isidori AM, La Vignera S, Limoncin E, Maggini M, Merico M, Jannini EA. (2021). Management of premature ejaculation: a clinical guideline from the Italian Society of Andrology and Sexual Medicine (SIAMS). *Journal of Endocrinological Investigation*. 2021; 44(5): 1103-1118.

- <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01458-4>
7. Ghanbari K, Mehrinejad A, Sotodeh Asl N, Ghorbani R. Identifying the components of sexual well-being of Iranian men. *Islamic Life Style*. 2021; 4: 208-223. [Persian] <http://islamiclifej.com/article-1-970-fa.html>
 8. Inel Manav A, Gözüyeşil E, Yeşilot SB. Evaluating sexual self-consciousness, sexual self-efficacy, and sexual functions of older people. *Sexual and Relationship Therapy*. 2020; 38(5): 1-16. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1828576>
 9. Alan Dikmen, H., & Cankaya, S. (2021). Associations between sexual violence and women's sexual attitudes, sexual self-consciousness, and sexual self-efficacy. *Journal of interpersonal violence*, 36(23-24), 11304-11326. <https://doi.org/10.1177/0886260519897339>
 10. Closson K, Dietrich JJ, Lachowsky NJ, Nkala B, Palmer A, Cui Z, Beksinska M, Smit JA, Hogg R, Gray G, Miller CL, Kaida, A. Sexual self-efficacy and gender: A review of condom use and sexual negotiation among young men and women in Sub-Saharan Africa. *The Journal of Sex Research*. 2018; 55(4-5), 522-539. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1421607>
 11. Bond JC, Morrison DM, Hawes SE. Sexual self-efficacy and entitlement to pleasure: The association of the female sexual subjectivity inventory with sexual risk taking and experience of orgasm. *Archives of sexual behavior*. 2020; 49(3): 1029-1038. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01563-3>
 12. Lin CY, Potenza MN, Broström A, Blycker GR, Pakpour AH. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Sexuality (MBCT-S) improves sexual functioning and intimacy among older women with epilepsy: A multicenter randomized controlled trial. *Seizure*. 2019; 73: 64-74. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.10.010>
 13. Sarabandi M, Mohammadifar MA, Sotodeh Asl N. Comparison of the effectiveness of schema therapy and emotional-based couple therapy on couples' young self-differentiation. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*. 2022; 10(2): 48-60.
 14. Goldberg SB, Tucker RP, Greene PA, Davidson RJ, Kearney DJ, Simpson TL. Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2019; 48(6): 445-462. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1556330>
 15. Widha L, Rahmat HK, Basri ASH. A review of mindfulness therapy to improve psychological well-being during the COVID-19 pandemic. In *Proceeding International Conference on Science and Engineering*. 2021; 4: 383-386. <https://sunankalijaga.org/prosiding/index.php/icse/article/view/693>
 16. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: a systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*. 2017; 95: 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
 17. Stanton AM, Kirakosian N. The role of biofeedback in the treatment of sexual dysfunction. *Current Sexual Health Reports*. 2020; 12(2): 49-55. <https://doi.org/10.1007/s11930-020-00257-5>
 18. Narayanan SP, Bharucha AE. A practical guide to biofeedback therapy for pelvic floor disorders. *Current Gastroenterology Reports*. 2019; 21(5): 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0688-3>
 19. Wang QJ, Zhao YJ, Huang LX, Zhang J, Shen W. Evaluation of the effect of electrical stimulation combined with biofeedback therapy for postpartum pelvic organ prolapse: A static and dynamic magnetic resonance imaging study. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. 2019; 99(5): 375-379.
 20. Moore D, Young CJ. A systematic review and meta-analysis of biofeedback therapy for dyssynergic defaecation in adults. *Techniques in Coloproctology*. 2020; 24(9): 909-918. <https://doi.org/10.1007/s10151-020-02230-9>
 21. Jokubauskas L, Baltrušaitytė A. Efficacy of biofeedback therapy on sleep bruxism: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Oral Rehabilitation*. 2018; 45(6): 485-495. <https://doi.org/10.1111/joor.12628>
 22. Lee KH, Kim JS, Kim JY. Efficacy of biofeedback therapy for objective improvement of pelvic function in low anterior resection syndrome. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2019; 97(4): 194-201. <https://doi.org/10.4174/astr.2019.97.4.194>
 23. Omidvar Z, Bayazi MH, Faridhosseini F. Comparing the effectiveness of mindfulness-

- based cognitive therapy training and cognitive-behavioral therapy on sexual satisfaction of women with vaginismus disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2021; 23(4): 267-271. [Persian].
24. Mohammadzadeh S, Moradi-jo M, Shamsoddini S, Jamshidifar Z. The effectiveness of mindfulness training on sexual self-efficacy in women with breast cancer. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2014; 8(31): 7-16. [Persian]
 25. Ahmadi A, Ghaemi F, Farrokhi NA. Comparison of the effectiveness of mindfulness training and commitment and acceptance therapy on sexual function in cancer patients in Isfahan. *Journal of Psychological Science*. 2020; 18(83): 2185-2192. [Persian].
 26. Ramesh S, Rostami R, Merghati-Khoei E, Hemmat Boland E. Effectiveness of combination of cognitive-behavioral therapy and biofeedback on vaginismus patients' sexual function and marital status. *Biannual Journal of Applied*. 2016; 6(1): 1-22.
 27. Stanton AM, Boyd RL, Fogarty JJ, Meston CM. Heart rate variability biofeedback increases sexual arousal among women with female sexual arousal disorder: Results from a randomized-controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2019; 115: 90-102. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.10.016>
 28. Libman E, Rothenberg I, Fichten CS, Amsel R. The SSES-E: A measure of sexual self-efficacy in erectile functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1985; 11(4): 233-247. <https://doi.org/10.1080/00926238508405450>
 29. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Delta Trade Paperback, 2005. <https://psycnet.apa.org/record/2006-04192-000>
 30. Seo JT, Choe JH, Lee WS, Kim KH. Efficacy of functional electrical stimulation biofeedback with sexual cognitivebehavioral therapy as treatment of vaginismus. *Urology*. 2005; 66(1): 77-81. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2005.01.025>
 31. Engman M, Wijma K, Wijma B. Long-term coital behavior in women treated with cognitive behavior therapy for superficial coital pain and vaginismus's. *Cognitive Behavior therapy*. 2010; 39(3): 193-202. <https://doi.org/10.1080/16506070903571014>
 32. Rajabi Gh, Dastan N, Shahbazi M. Reliability and Validity of the Sexual Self-Efficacy Scale-Erectile Functioning. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 18(1): 74-82. [Persian].