MEJDS. 2018; 8:40.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

The effectiveness of Integrated Couple Therapy on Sexual Self Concept and Premature Ejaculation

Mustafa Bolghan-Abadi[1], *Sayyed Ahmad Ahmadi[2], Fatemeh Bahrami[3], Maryam Fatehizade[4], Rezvanoosadat Jazayeri[5]

Author Address
1. Ph.D. in Family Therapy, Young Researcher and Elite Club, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran;
2. PhD in Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
3. PhD in Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
4. PhD in Counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran;
5. PhD in Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
***Corresponding Author Address:** Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.
Email: SAhmad@edu.ui.ac.ir

Received: 2017 May 4; **Accepted:** 2017 August 7

Abstract

Background & Objective: Premature ejaculation is a common sexual problem, but not the most common reason for referral for treatment of sexual problems. The men suffering from premature ejaculation are afflicted with sexual self-concept problem. Feeling to have premature ejaculation causes men to lowers their self-respect and results in their concern on effect of this problem on the quality of their interpersonal relation. The purpose of present study is to investigate effect of integrated couple therapy on sexual self-concept and premature ejaculation in men.

Methods: This study employed a two group pretest-posttest quasi-experimental design. Purposive sampling was used to recruit 30 persons from among the men referring and complaining for premature ejaculation to the physicians and psychologists of treatment centers in Neishabour. They were randomly assigned to experimental and control groups in equal numbers. The experimental group received integrated couple consultation intervention, and the control group was in the waiting list. The research instruments were the short form of Sexual Self-concept Criterion developed by Rostosky, Dekhtryar, Cupp, and Anderman (MSSQ-short form) (2008) and Premature Ejaculation Assessment Criterion developed by Symonds, Roblin, Hard and Althof (PEDT) (2003). Analysis of data were accomplished in two levels. In the descriptive level, average statistics and standard deviation were used, and in inferential level, variance analysis method with repeated measurement was used.

Results: The results indicated a meaningful difference in degree of sexual self-concept between the men who had received integrated couple therapy intervention, and the men in control group ($p<0.001$). Moreover, the men treated with integrated couple therapy had a meaningful difference with the men in control group in their view of premature ejaculation ($p<0.001$). Considering the high average score of sexual self-concept and premature ejaculation in post-test, and follow-up in the test group comparing with the control group, we should say that integrated couple therapy decreases of premature ejaculation and improves sexual self-concept. Moreover, the scores of follow-up stage did not have any meaningful difference with post-test stage. Therefore, we should say integrated couple therapy intervention has had stable results.

Conclusion: Taking into account the findings of present research, we could conclude that integrated couple therapy could be effective in improvement of premature ejaculation, sexual self-concept and decrease in premature ejaculation in men. In fact, sexual self-concept could be one of the psychological factors in appearance and continuation of premature ejaculation. Therefore, improvement of sexual self-concept could be also result in the improvement of premature ejaculation. It seems that improvement of sexual self-concept through overcoming couple problems and couple mobility decreases stress and pressure on interpersonal relations, and decreases premature ejaculation.

Keywords: Couple therapy, integrated approach, sexual self-concept, men, premature ejaculation.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸):۴۰.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه بر خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی مردان

مصطفی بُلقان آبادی[۱]،*سیداحمد احمدی علون آبادی[۲]، فاطمه بهرامی خوندابی[۳]، مریم فاتحی‌زاده[۴]، رضوان‌السادات جزایری[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای مشاوره خانواده، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران؛

۲. دکترای مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۳. دکترای مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۴. دکترای مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران؛

۵. دکترای روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

*رایانامه: SAhmad@edu.ui.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴اردیبهشت۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۶مردادماه۱۳۹۶

چکیده

هدف: زودانزالی از مشکلات جنسی بسیار شایع در مردان است. مردان زودانزال به‌لحاظ خودپندارهٔ جنسی دچار مشکل هستند. هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی مشاورهٔ زوجی یکپارچه بر خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی مردان بود.

روش‌بررسی: روش تحقیق نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. برای دستیابی به هدف تحقیق از میان مردان مراجعه‌کننده با شکایت زودانزالی به پزشکان مراکز درمانی شهر نیشابور، تعداد ۳۰ نفر به‌شیوهٔ هدفمند انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در هر گروه) به‌صورت تصادفی جایگزین گردیدند. گروه آزمایش مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه را دریافت کردند و گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار داشتند. ابزار پژوهش عبارت بودند از مقیاس خودپندارهٔ جنسی فرم کوتاه (MSSQ-short form) و مقیاس سنجش زودانزالی (PEDT) سیموندز، روبلین، هارت، و آلثوف (۲۰۰۳). روش تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف‌معیار و در سطح استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مردانی که مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه را دریافت کرده بودند و مردان گروه کنترل تفاوت معناداری در میزان خودپندارهٔ جنسی ($p<۰/۰۰۱$) و زودانزالی ($p<۰/۰۰۱$) آنان وجود دارد. نمرات خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی مردانی که مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه را دریافت کرده بودند، در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با گروه کنترل افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی یکپارچه می‌تواند در بهبود خودپندارهٔ جنسی مردان زودانزال اثربخش باشد. خودپندارهٔ جنسی درواقع می‌تواند یکی از عوامل روان‌شناختی بروز زودانزالی و نگهدارندهٔ آن باشد. لذا بهبود خودپندارهٔ جنسی در بهبود زودانزالی نیز می‌تواند اثربخش باشد.

کلیدواژه‌ها: مشاوره زوجی، یکپارچه، خودپنداره جنسی، مردان، زودانزالی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

۱ مقدمه

زودانزالی[1] یا انزال سریع[2] وضعیت رایجی است که ۲۲ تا ۳۸٪ مردان بزرگسال از این معضل رنج می‌برند (۱). زودانزالی رایج‌ترین مشکل جنسی است (۲)، اما رایج‌ترین دلیل مراجعه برای درمان مشکلات جنسی نیست (۳).

در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی برای فهم نحوهٔ ارزیابی زودانزالی انجام گرفته است (۴). به‌رغم تعریف‌های متعددی که از این اختلال شده است، هنوز تعریف قابل قبول همگان وجود ندارد.

تعریف زودانزالی در DSM-5: «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 است، به‌طوری‌که این اختلال منجر به فشار محسوس یا مشکل بین‌فردی گردد و منحصراً ناشی از تأثیرات مستقیم مصرف مواد نباشد (مانند ترک کردن از تریاک)»؛ همچنین آمده است که: «انزال زودرس باید در تجربهٔ جنسی با شریک جنسی و به‌صورت دخول مهبلی[3] تجربه گردد». «انزال زودرس باید ۶ ماه به‌طور مداوم یا در حداقل ۷۵٪ تجارب رابطهٔ جنسی مهبلی تجربه گردد» (۶).

در ICD-10 زودانزالی اینگونه تعریف شده است: «ناتوانی در به تأخیر انداختن انزال به‌اندازهٔ کافی برای لذت‌بردن از عشق‌ورزی، به‌صورت یکی از موارد زیر بروز می‌کند: ۱. وقوع انزال قبل یا در فاصلهٔ کوتاهی پس از آغاز مقاربت (در صورتی که محدودیت زمانی در نظر گرفته شده باشد: قبل یا در عرض ۱۵ ثانیه از آغاز مقاربت)؛ ۲. انزال بدون نعوظ کافی برای مقاربت، این مشکل در نتیجهٔ پرهیز طولانی مدت از فعالیت جنسی نیست (۷). در همهٔ تعاریف پارامتر زمان کوتاه و عدم رضایت فرد مشترک است. براساس تعریف DSM به زمان کمتر از ۱ دقیقه بین فرورفتن واژینال و انزال، زودانزالی گفته می‌شود.

یکی از موضوعات مهمی که در چنددههٔ اخیر در حیطهٔ خودپنداره مدنظر قرار گرفته است، خویشتن جنسی[4] است. تعابیر دیگر این واژه عبارتند از: ادراک جنسی خویشتن[5]، طرحواره جنسی خود[6] و فردیت جنسی[7] (۸). خود جنسی بدین‌معنا است که فرد طبیعت وجود خودش را در بُعد جنسی چگونه درک می‌کند. به‌عبارت دیگر فرد در موضوعات جنسی به‌طورکلی چگونه فکر و احساس می‌کند (۹). خود جنسی همچنین دارای ابعاد درون‌فردی[8] و بین‌فردی[9] است که نیازمند درک و ارزیابی در دو سطح فردی و همین‌طور در زمینهٔ تجربهٔ جنسی با فرد دیگر است (۱۰). شکل‌گیری خود جنسی به فرد در چگونگی فکرکردن به مسائل جنسی، تصمیم‌گیری دربارهٔ آن و چگونگی تعبیر اطلاعات دریافت شده کمک می‌کند. خودپندارهٔ جنسی بخشی از فردیت یا خود جنسی است. به‌عبارت‌دیگر، خودپندارهٔ جنسی، درک فرد از تمایلات و گرایشات جنسی خود است (۱۱).

خودپندارهٔ جنسی عامل بالقوه و مهم در ارتقای سلامت جنسی است (۱۲). احساس زودانزال بودن مردان، باعث کاهش عزت‌نفس و منجر به نگرانی آنان در رابطه با تأثیر این مشکل بر کیفیت ارتباط بین فردی‌شان می‌گردد. بیشترین اثری که زودانزالی در زندگی مردان زودانزال داشته، فرسایش اعتمادبه‌نفس جنسی[10] آنان است. اضطراب برای داشتن عملکرد مناسب، شرمندگی از وضعیت موجود و احساس افسردگی از اثراتی است که می‌تواند زودانزالی بر زندگی مردان مبتلا بگذارد (۱۳). بااین‌حال، تحقیقات نشان داده‌اند که ادراک فرد زودانزال و نگرش وی به این وضعیت نقش مهمی در ارزیابی فشار و استرس زودانزالی دارد (۱۶ـ۱۴). همچنین شواهد حاکی از این است که زودانزالی تأثیر محسوسی بر کیفیت زندگی مردان دارد (۱۴،۱۶،۱۷).

درصد زیادی از مردان زودانزال برخی درمان‌ها را برای مشکل خود تجربه کرده‌اند (۱۳). بسیاری از مردان زودانزال اقدام به خوددرمانی با استفاده از کرم‌ها و اسپری‌های بی‌حس‌کننده می‌کنند. اثربخشی کرم‌های بی‌حس‌کنندهٔ موضعی، مهارکننده‌های بازجذب سروتونین[11] و مهارکننده‌های فسفودی‌استراز ـ ۵[12] در درمان زودانزالی به قدر کافی اثبات شده‌اند (۱۸ ـ ۲۰). با این‌حال نباید از عوارضی که داروها ایجاد می‌کنند، چشم‌پوشی کرد.

در رابطه با درمان‌های غیردارویی نظیرتکنیک‌های رفتاری، درمان روان شناختی و درمان‌های ترکیبی نیز شواهد، حاکی از اثربخشی این روش‌ها هستند (۲۱,۲۲). در اواخر دههٔ ۱۹۵۰ و اوایل دههٔ ۱۹۶۰ رویکرد رفتاردرمانی با استفاده از تکنیک حساسیت‌زدایی منظم برای درمان برخی اختلالات جنسی استفاده می‌شد (۲۳).

تکنیک‌های رفتاری معروف‌تر برای درمان زودانزالی عبارتند از: توقف ـ شروع[13] (۲۴)، تکنیک فشردن[14] (۲۵). تکنیک‌های شناختی مهم‌تر عبارتند از: ۱. اصلاح تصورات غلط[15]، ۲. آموزش خیال‌پردازی جنسی[16]، ۳. مهارت‌های تمرکز ـ توجه (تمرکز حس)، ۴. بازسازی نگرش[17] و باورهای غیرمنطقی، ۵. استفاده از تکالیف رفتاری[18]، ۶. خود تقویتی[19] (۲۶).

شواهد حاصل از تعاملات بین‌فردی در حین معاشقه، بررسی تأثیر روابط را در بدکاری جنسی زن و مرد و بالاخص زودانزالی تسریع کرده است (۲۷). ازاین‌رو، به نظر می‌رسد، تعاملات بین‌فردی در

1 premature ejaculation
2 early ejaculation
3 vaginal
4 sexual selfhood
5 sexual self-perception
6 sexual self-schema
7 sexual individuality
8 intrapersonal
9 interpersonal
10 sexual self-confidence
11 selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)
12 phosphodiesterase type 5 inhibitors
13 start-stop
14 Squeeze technique
15 Correction of misconceptions
16 Sexual fantasy
17 attitude
18 Behavioral assignments
19 Self- reinforcement

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

رابطهٔ دو نفره بر عملکرد جنسی اثرگذار باشد. همان‌طور که عنوان شد، زودانزالی اثر معناداری بر زندگی جنسی مردان و همسرشان دارد، لذا باید اهداف درمانی بر بهبود رضایت هر دو در ارتباط با رضایت از آمیزش و کیفیت زندگی صورت بگیرد (۲۸)، ازاین‌رو، به نظر می‌رسد بهتر است درمان به‌صورت زوجی و یکپارچه انجام شود. چراکه زودانزالی بیشتر ناشی از اضطراب و مشکلات روان‌زاد[1] است. تعارضات و تعاملات مخرب زناشویی می‌تواند بر ایجاد اضطراب اثربخش باشد و این اضطراب بر افزایش زودانزالی یا ایجاد زودانزالی ثانویه[2] اثرگذار است (۲۹).

باتوجه به مطالب ذکرشده، هدف مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه بر کاهش خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی مردان بود.

۲ روش بررسی

روش تحقیق حاضر به‌لحاظ هدف کاربردی و از منظر روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی مردان زودانزال ارجاع‌داده شده توسط روان‌پزشکان، اورولوژیست‌ها و پزشکان عمومی حاضر در مراکز درمانی دولتی و غیردولتی شهرستان نیشابور به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی ندای زندگی بود. سی آزمودنی به‌صورت هدفمند با توجه به معیارهای ورود و خروج و پرسشنامه انتخاب شده و به‌شیوهٔ تصادفی در دو گروه زوج‌درمانی یکپارچه و گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش زوج‌درمانی یکپارچه را در ۹ جلسه به‌صورت زوجی دریافت کردند و گروه کنترل نیز در لیست انتظار بودند.

معیارهای ورود عبارت بودند از: ۱. مردان بالاتر از ۱۸ سال؛ ۲. وجود نشانگان زودانزالی حداقل به مدت ۶ ماه؛ ۳. امضای رضایت‌نامه؛ ۴. داشتن یک رابطهٔ پایدار زوجی بیش از ۶ ماه؛ ۵. داشتن فقط یک شریک جنسی و ۶. داشتن زمان انزال کمتر از دو دقیقه. همچنین معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ۱. داشتن مشکلات روان‌پزشکی؛ ۲) استفاده از قرص‌های بازدارندهٔ اکسیداز تک‌امین[3]، داروهای بازدارندهٔ بازجذب سروتونین و دیگر داروهای ضدافسردگی؛ ۳. استفاده از الکل و مواد مخدر؛ ۴. دریافت درمان با الکتروک شوک یا تشنج برقی[4]؛ ۵. داشتن سابقهٔ مانیا؛ ۶. داشتن مشکلات مجاری ادراری و کبدی؛ ۷. وجود مشکلات پروستات و ۸. عدم همکاری در جلسات مشاورهٔ زوجی.

مقیاس خودپندارهٔ جنسی فرم کوتاه (MSSQ-short form)[5]: پرسشنامهٔ چندوجهی خودپندارهٔ جنسی توسط اسنل از بخش روان‌شناسی دانشگاه جنوب شرقی میسوری در آمریکا در دههٔ ۱۹۹۰ طراحی شد. این پرسشنامه وجوه مختلفی از خودپندارهٔ جنسی افراد را اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه دارای ۲۰ خرده‌مقیاس بوده که می‌توان گفت کامل‌ترین پرسشنامه در زمینهٔ خودپنداره جنسی است (۳۰). این مقیاس دارای ۱۰۰ گویه است. فرم کوتاه این مقیاس توسط روستوسکی و همکاران اصلاح شد (۱۲) که ۲۰ آیتم آن را انتخاب کردند و در تحلیل عاملی این آیتم‌ها به ۱۶ آیتم کاهش پیدا کرد. در ایران توسط بلقان‌آبادی و همکاران به روش ترجمه- بازترجمه به فارسی برگردانده شد (۳۱). نمره‌گذاری به‌شیوهٔ لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ انجام می‌گیرد. دو عامل اصلی این پرسشنامه عبارتند از: ۱. عزت‌نفس جنسی و ۲. اضطراب جنسی. پایایی این مقیاس در تحقیق حاضر ۰/۹۱ در مقیاس کل و به‌شیوهٔ آلفای کرونباخ به دست آمد. برای خرده‌مقیاس عزت‌نفس جنسی، ۰/۸۶ و خرده‌مقیاس اضطراب جنسی، ۰/۹۴ به دست آمد. به روش بازآزمایی پایایی این مقیاس برای مقیاس کلی، ۰/۸۲، برای خرده‌مقیاس عزت‌نفس جنسی، ۰/۷۸ و اضطراب جنسی، ۰/۸۳ کسب شد. روایی سازهٔ این مقیاس در ایران در تحقیق بلقان‌آبادی و همکاران به انجام رسید (۳۱). نتایج تحلیل عاملی مقیاس دو عامل کلی را نشان داد. عامل اول عزت‌نفس جنسی با ۸ سؤال با ارزش ویژهٔ ۳/۷۱ و عامل دوم با ۸ سؤال و ارزش ویژهٔ ۳/۵۳ با بارهای عاملی بیشتر از ۰/۴ استخراج شدند. ضریب KMO، ۰/۸۰ بود و آزمون کرویت بارتلت در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار شد (۳۱).

ابزار سنجش زودانزالی (PEDT)[6]: این ابزار توسط سیموندز و همکاران طراح شده است (۳۲). ابتدا نسخهٔ اولیه این پرسشنامه ۹ سؤال داشت که پس از ارزیابی اولیه ۴ سؤال آن حذف شد و تعداد سؤالات به ۵ سؤال کاهش پیدا کرد. این پرسشنامه به‌شیوهٔ لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. روایی این مقیاس به‌شیوهٔ تحلیل عاملی اکتشافی با روش چرخش واریماکس به انجام رسید و به‌خاطر وجود یک عامل اصلی، چرخش انجام نشد. نتایج این تحلیل نشان داد که یک عامل کلی در این مقیاس وجود دارد و بارهای عاملی همگی بیشتر از ۰/۴ هستند. پایایی این مقیاس نیز به‌صورت همسانی درونی سؤالات اندازه‌گیری شد که ضریب همبستگی سؤالات ۰/۷۰ به دست آمد. همچنین به‌شیوهٔ آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه، ۰/۷۰ به دست آمد. از طرفی نیز پایایی این مقیاس به‌شیوهٔ بازآزمایی ۰/۷۰ به دست آمد. روایی افتراقی مقیاس نیز نشان داد که بین افرادی که دچار زودانزالی هستند و آن‌هایی که زودانزالی ندارند، تفاوت معناداری وجود دارد. در ایران این پرسشنامه توسط بلقان‌آبادی و همکاران ابتدا ترجمه و بازترجمه شد (۳۱). پایایی آن به روش بازآزمایی، ۰/۸۷ به دست آمد. روایی این پرسشنامه به‌شیوهٔ افتراقی مردان زودانزال و مردان عادی را به‌طور معناداری از هم تفکیک می‌کند. روایی همگرای پرسشنامه با آزمون رضایت جنسی همبستگی معناداری را با ضریب ۰/۴۲ نشان داد. تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس انجام شد که به‌خاطر استخراج فقط یک عامل، این چرخش انجام نشد. آزمون کرویت بارتلت ۶۹/۳۹ در سطح کوچکتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. بارهای عاملی در تمام گویه‌ها بیشتر از ۰/۳۰ شد (۳۱).

1 psychogenic
2 secondary premature ejaculation
3 Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)
4 electroconvulsive therapy (ect)
5 multimentional sexual self-concept questionnaire (MSSQ-shrt form)
6 premature ejaculation diagnostic tool (PEDT)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

برای انجام تحقیق ابتدا ملاحظات اخلاقی از جمله رضـایت بیماران، انجام مداخله پس از اتمام تحقیق برای لیسـت انتظار و محرمانه‌بودن اطلاعات در نظر گرفته شـد. سـپس با هماهنگی با مراکز درمانی شهرستان نیشابور، با متخصصین و پزشکان هماهنگی به عمل آمد تا مراجعین زودانزال، خود را به مرکز مشـاوره و خدمات روان‌شـناختی ندای زندگی معرفی کنند. سـپس مصـاحبه‌ها با مردان زودانزال که شرایط ورود به مطالعه را داشتند انجام شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزینی از آن‌ها پیش‌آزمون به عمل آمد. در جدول ۱ خلاصـهٔ جلسـات مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه گزارش شـده اسـت. این مداخله برای گروه آزمایش به اجرا درآمد و گروه کنترل نیز در لیسـت انتظار بودند. سپس پس‌آزمون اجرا شد و پس از ۴۵ روز، ارزیابی در مرحلهٔ پیگیری نیز به انجام رسـید. با توجه به شـرایط داده‌ها تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شـد. پس از اتمام تحقیق، گروه کنترل مداخلهٔ مشاورهٔ زوجی یکپارچه را دریافت کردند.

جدول ۱. جلسات مشاورهٔ زوجی یکپارچه برگرفته از بلقان‌آبادی و همکاران (۳۱) در یک پژوهش داده بنیاد به‌عنوان پایان‌نامهٔ دورهٔ دکترا

جلسات	محتوا	اهداف	تکلیف
اول (توجیهی)	ـ معارفه؛ ـ ارائهٔ مجموعهٔ پرسشنامهٔ مشکلات درون‌فردی و بین‌فردی (سازگاری زوجی، خودپندارهٔ جنسی، اضطراب و مدیریت انزال)؛ ـ توجیه منطق و فرآیند مشاوره.	آشنایی با اهداف و قوانین شرکت در جلسات مشاورهٔ زوجی، توجیه زوجین جهت همکاری در انجام تکالیف و به‌کار بردن سعهٔ صدر و سنجش مقدماتی.	
دوم	ـ بررسی اهمیت احترام و قدردانی در روابط زوجین؛ ـ افزایش میزان حمایت عاطفی زوجین با استفاده از آموزش تکنیک‌های افزایش عشق و احترام رویکرد گاتمن.	ـ تشخیص مواردی که می‌تواند زوجین را از هم دور کند؛ ـ یادآوری خاطرات خوب گذشته؛ ـ بررسی نیازهای عشقی؛ ـ تهیهٔ برنامهٔ عشقی روزانه.	ـ تمرین قدردانی در حین جلسه و جلسهٔ آینده؛ ـ تمرین فلسفهٔ ازدواج و تاریخچه ازدواج.
سوم	ـ بررسی تمرین‌های جلسهٔ قبل؛ ـ آشنایی زوجین با مهارت‌های حل تعارض؛ ـ آموزش گام‌های ده‌گانهٔ حل تعارض؛ رویکرد اولسون.	ـ توانمندی زوجین برای حل تعارضات خود.	ارائهٔ تکلیف منزل (انجام تکلیف رشدی ۱۰ گام حل تعارض).
چهارم	ـ آشنایی با مشکل زودانزالی و عوامل شکل‌دهندهٔ مشکل، نگهدارندهٔ مشکل و تشدیدکنندهٔ آن؛ ـ آماده‌کردن زوجین برای حرف‌زدن راجع به مسائل جنسی و راحت بیان کردن آن، بیان راحت و بدون سانسور روابط زناشویی در اتاق خواب؛ ـ شناسایی عملکرد سیکل جنسی و ارگاسم؛ (رویکرد شناختی).	ـ بهبود نگرش زوجین به ازدواج و شکستن تابوها؛ ـ آگاه‌سازی زوجین از عواملی که باعث زودانزالی می‌شود، عواملی که آن را نگه می‌دارند و عواملی که باعث تشدید آن می‌شوند؛ ـ پرهیز زوجین از انجام کارهایی که باعث نگهداری مشکل و شدت بخشیدن به آن می‌شوند.	ـ پرهیز از سرزنش در حین رابطهٔ جنسی؛ ـ شناخت کامل بدن خود و یکدیگر و آلات تناسلی همدیگر.
پنجم	ـ بررسی تکلیف جلسهٔ قبل؛ ـ شروع عالی یک زندگی جنسی؛ ـ آموزش مسائل جنسی؛ ـ رفع برخی از اسطوره‌های رایج در رابطهٔ جنسی؛ ـ روش عشق‌بازی صحیح؛ رویکرد SYMBIS.	ـ رفع فشار و تنش ناشی از انجام دخول و متعاقب آن انزال سریع؛	ـ انجام عشق‌بازی و رابطهٔ جنسی بدون دخول در طول جلسات درمانی.
ششم	ـ بررسی تمرین جلسه قبل؛	ـ کاهش اضطراب زودانزالی ازطرق	تمرین بازسازی شناختی.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

	ـ آموزش ABC؛ ـ آموزش بازسازی شناختی برای موقعیت‌های اضطراب‌زا.	آموزش بازسازی شناختی؛	
هفتم	ـ بررسی تمرین بازسازی شناختی؛ ـ آموزش روش آرام‌سازی عضلانی؛ ـ آموزش شیوهٔ فشار بر مثانه و کنترل بر انزال؛ ـ آموزش تمرینات کگل.	انجام تمرین‌های رفتاری و ورزش‌های تقویت‌کنندهٔ اسفنگترها برای ایجاد کنترل بر انزال؛	ـ تمرینات روزانهٔ کگل؛ ـ تمرینات روزانهٔ آرام‌سازی عضلانی؛ ـ تمرین فشار بر مثانه و کنترل بر انزال؛ ـ اختصاص وقت کافی و مکان مناسب برای رابطهٔ جنسی و اجتناب از تعجیل و تنش‌زاهای محیطی و موقعیتی.
هشتم	ـ بررسی تکالیف جلسه قبل؛ ـ آموزش روش Stat-stop با کمک همسر؛ ـ تغییر پوزیشن سکس برای ایجاد کنترل بیشتر بر انزال؛ ـ آموزش روش فشار squeeze technique با کمک همسر.	انجام تمرین‌های رفتاری برای کمک به مدیریت انزال با کمک همسر و فعال‌کردن او در مدیریت انزال مرد.	ـ تمرین تکنیک فشار؛ ـ تمرین تکنیک start-stop؛ ـ تغییر پوزیشن.
نهم (نهایی)	ـ مرور تمرین‌های جلسات قبل؛ ـ ارائهٔ مجدد مجموعهٔ پرسشنامه‌های مشکلات زوجی و فردی.	اجرای پس‌آزمون.	انجام تمرینات رفتاری و بررسی تکالیف در جلسات پیگیری

۳ یافته‌ها

در این بخش ابتدا تجزیه‌وتحلیل داده‌ها در سطح توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف معیار انجام شد و سپس داده‌ها در سطح استنباطی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه‌وتحلیل گردیدند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی مردان را در سه مرحلهٔ ارزیابی به تفکیک دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی در سه نوبت اندازه‌گیری به تفکیک دو گروه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین (انحراف معیار)		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
خودپندارهٔ جنسی	مشاوره زوجی یکپارچه	۳۰/۶۰ (۶/۳۷)	۹۳/۱۳ (۵/۴۷)	۹۳/۱۴ (۵/۳۳)
	کنترل	۳۱/۴۷ (۶/۴۷)	۳۱/۰۷ (۶/۴۰)	۳۰/۸۰ (۶/۴۳)
زودانزالی	مشاوره زوجی یکپارچه	۱۵/۶۷ (۱/۹۹)	۱۰/۰۰ (۰/۸۴)	۱۰/۲۷ (۰/۸۸)
	کنترل	۱۴/۸۷ (۲/۲۶)	۱۴/۷۳ (۲/۰۵)	۱۴/۶۰ (۲/۰۳)

جدول ۲ اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد را برای متغیر خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، در گروه آزمایش برخلاف گروه کنترل در پیش‌آزمون درمقایسه با پس‌آزمون، نمرات خودپندارهٔ جنسی افزایش یافته و نمرات زودانزالی کاهش می‌یابد و در پیگیری درقیاس با پس‌آزمون ثابت است. در گروه کنترل نمرات از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی ندارند. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. براساس تحلیل‌های آماری انجام‌شده، تمام پیش‌فرض‌های این آزمون رعایت شده بود.

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای بررسی اثرات اصلی گروه، زمان و اثر تعاملی زمان و گروه در متغیر خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی، نشان می‌دهد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

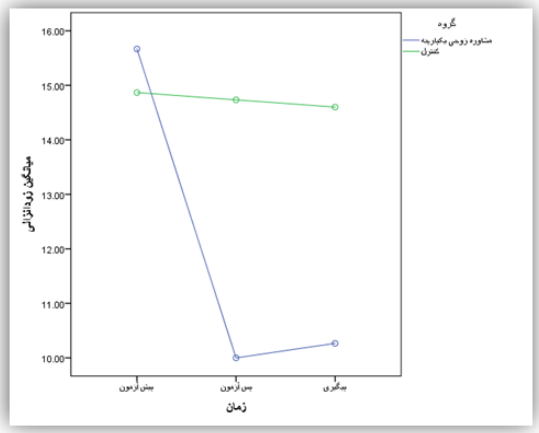
جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای خودپنداره جنسی و زودانزالی

متغیرها	منابع تغییرات	F	p	اندازه اثر	توان آزمون
خودپنداره جنسی	اثر گروه	۴۰/۶۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
	اثر زمان	۸۱/۹۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۴	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۸۹/۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰

جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندزاه‌گیری مکرر برای متغیر خودپندارهٔ جنسی و زودانزالی را نشان می‌دهد.

از محتوای جدول ۳ مشخص است که اثرات اصلی گروه و زمان در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار به دست آمده است. معنادار بودن اثر گروه به معنای وجود تفاوت کلی متغیر زودانزالی و خودپندارهٔ جنسی در بین دو گروه، به‌طورکلی است (p<۰/۰۰۱). ضریب تأثیر اثر اصلی گروه نیز نشان می‌دهد که ۴۳ درصد تغییرات متغیر زودانزالی و ۵۹ درصد تغییرات متغیر خودپندارهٔ جنسی ناشی از تأثیرات متغیر مستقل یا مداخلهٔ زوج‌درمانی یکپارچه می‌باشد. اثر اصلی زمان معنادار است (p<۰/۰۰۱)، این بدان‌معنا است که تغییرات متغیر زودانزالی و خودپندارهٔ جنسی از مرحلهٔ پیش‌آزمون تا مرحلهٔ پیگیری تغییر کرده است. تعامل زمان و گروه معنادار است (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی که تغییرات هم در زمان رخ داده و هم در گروه‌ها و این تغییرات به‌صورت مشترک، معنادار شده‌اند. برای بررسی وضعیت داده‌ها و میانگین‌ها در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی از نمودار استفاده شد.

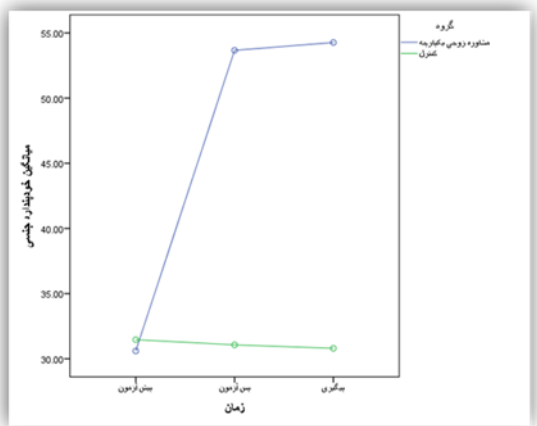
نمودار ۱ وضعیت نمرات میانگین زودانزالی را در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. تغییرات زودانزالی در طول زمان به تفکیک دوگروه

نمودار ۱ نشان می‌دهد که نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله، کاهش داشته؛ اما در گروه کنترل تغییر ناچیز است.

در نمودار ۲ وضعیت نمرات میانگین خودپنداره جنسی را در دو گروه و در سه مرحلهٔ ارزیابی نشان می‌دهد.



نمودار ۲. تغییرات خودپندارهٔ جنسی در طول زمان به تفکیک دوگروه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

همانطور که در نمودار ۲ ملاحظه می‌شود، نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مداخله تغییر افزایشی داشته، اما در گروه کنترل تغییر زیادی دیده نمی‌شود. باتوجه به یافته‌های به‌دست‌آمده می‌توان گفت که مشاورهٔ زوج‌درمانی به‌شیوهٔ یکپارچه بر کاهش زودانزالی و افزایش خودپندارهٔ جنسی مردان زودانزال اثربخش بوده است.

۴ بحث

هدف از مطالعهٔ حاضر بررسی اثربخشی زوج‌درمانی یکپارچه بر زودانزالی و خودپندارهٔ جنسی مردان زودانزال بود. نتایج نشان داد که مداخلهٔ زوجی یکپارچه بر کاهش زودانزالی و افزایش خودپندارهٔ جنسی اثربخش است. تحقیقات مشابه تحقیق حاضر که مشاورهٔ زوجی یکپارچه را بر زودانزالی و خودپندارهٔ جنسی مردان زودانزال انجام داده باشند، یافت نشد.

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت زوج‌درمانی یکپارچه با کار بر روی پویایی های زوجی و با استفاده از تکنیک های رفتاری و شناختی بر کنترل انزال اثرگذار بوده است.

با این‌حال، مداخلات روان‌شناختی زیادی برای کاهش زودانزالی به انجام رسیده که نتایج آن با نتایج این تحقیق همسو است که در ذیل به آن‌ها اشاره می‌شود. آلثوف خاطر نشان می‌کند که آموزش زوجین و کسب مهارت‌های آنان در کنترل زودانزالی و مداخلات روان‌شناختی برای آنان، به‌همراه مداخلات داروشناختی در کاهش شدت زودانزالی و ترغیب آنان جهت فعالیت در این زمینه اثربخش است؛ همچنین تأثیر مداخلات روان‌شناختی بر روابط بین فردی آنان می‌تواند بر کاهش زودانزالی اثربخش باشد (۳۳). نتایج پژوهش حاضر با یافته های پژوهش آلثوف همخوان است که نقش بهبود روابط بین فردی را در کاهش زودانزالی مهم تلقی می‌کند.

کورمیو، داروی داپوکسیتین را با درمان رفتاری و تکنیک‌های رفتاردرمانی در کاهش زودانزالی ترکیب کرد و نتیجهٔ تحقیق وی و همکاران حاکی از اثربخشی در کاهش زودانزالی بود (۳۴).

جان‌دن در تحقیقی تحت عنوان مطالعهٔ مسائل جنسی آنلاین در اروپا؛ دیدگاه‌های اروپایی روی تأثیرات زودانزالی و رفتاردرمانی، ویژگی‌ها و کاراکترهای برتر دیدگاه‌های مردان دچار زودانزالی را در یک مطالعهٔ اینترنتی و آنلاین در پنج کشور جهان بررسی کرد. معیار استفاده‌شده در این پژوهش، برای طبقه‌بندی مردان با انزال زودرس و مردان بدون انزال زودرس، گزارش خود مردان از زود انزالی یا عدم زودانزالی خودشان بود. در این پژوهش، گروه دچار انزال زودرس، 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 (۳۵). همان‌طور که تحقیق جان‌دن نشان داد، ارتباط مستقیمی بین مدت‌زمان تأخیر در انزال و رضایت جنسی وجود دارد. در واقع، تأثیر متقابل این متغیرهای روان‌شناختی می‌تواند در وخیم‌تر شدن مدت انزال اثرگذار باشد. درواقع 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 زوجین از این تأثیر متقابل و کار بر روی شناخت آن‌ها از طریق شناخت فرآیند انزال در این تحقیق توانسته بر کاهش زودانزالی اثربخش باشد.

فروهاف و همکاران در مطالعه‌ای کیفی و نظام‌مند، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی را در کاهش زودانزالی به اثبات رساندند (۳۶). پرلمن در تحقیق خود به این نتیجه رسید که برای درمان بهتر زودانزالی باید درمان‌های داروشناختی را با درمان‌های روان‌شناختی ترکیب کرد. در نتیجهٔ ترکیب این درمان ها اثربخشی پایدارتر و باثبات‌تری را می‌توان مشاهده نمود (۳۷). سیدی و همکاران در تحقیق خود پلی بین دارودرمانی و مداخلات روان‌شناختی برای کاهش زودانزالی تصور می‌کنند و نتایج تحقیق آنان اثربخشی زیادی را در این زمینه نشان داد (۳۸). در واقع درمان‌های روان‌شناختی به‌صورت ریشه‌ای به رفع مشکل می‌پردازند.

درودی تنها تحقیق انتشاریافتهٔ موجود در تحقیقات ایران به روش درمان روان‌شناختی را با عنوان «اثربخشی فنون شناختی- رفتاری و افزایش خودکارآمدی جنسی در درمان انزال زودرس مردان» به انجام رسانده است. نتایج تحقیق وی نشان داد که فنون شناختی- رفتاری از جمله: تجسم ذهنی، تن‌آرامی، چلاندن، خودگویی‌های کارآمد، تکرار جملات جرأت‌دهنده توسط همسر، افزایش معاشقهٔ قبل از آمیزش و ... در کاهش انزال زودرس و رضایت جنسی اثربخش هستند (۳۹).

همان‌طور که تحقیقات پیشین نیز نشان می‌دهد، درمان‌های روان‌شناختی اگر به شکل زوجی باشد با تأثیر بر روابط بین فردی می‌تواند تأثیر زیادی بر کاهش زودانزالی داشته باشد. در واقع زودانزالی را می‌توان مشکلی بین‌فردی تلقی کرد. درمان‌های شناختی و فراشناختی بر نگرش و مسائل درون‌فردی مردان اثر گذاشته و در کاهش فشار روانی و اضطراب مؤثر هستند و از این طریق بر کاهش زودانزالی اثر می‌گذارند؛ ازاین‌رو، باید نگاه ویژه‌ای به مسائل بین‌فردی مردان زودانزال داشت. هرچند در تحقیق حاضر افرادی انتخاب شدند که زودانزالی آن‌ها کاملاً روان‌شناختی بود، اما با این‌حال، مشکلات جسمی می‌توانند زودانزالی را ایجاد کرده، همچنین می‌توانند مشکلات روان‌شناختی و بین‌فردی را به وجود آورند. لذا در درمان افرادی که مشکلات جسمی عامل اصلی مشکلات جنسی آنان بوده است، باید درمان‌های داروشناختی و روان‌شناختی را باهم ترکیب کرد (۳۳،۳۴،۳۷،۳۸).

۵ نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که درمان زوجی به‌شیوهٔ یکپارچه بر کاهش زودانزالی و بهبود خودپندارهٔ جنسی اثربخش بوده است. استفاده از این روش به روان‌پزشکان و روان‌شناسی و مشاورین حوزهٔ سلامت جنسی پیشنهاد می‌گردد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

References

1. Spector IP, Carey MP. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature. Archives of sexual behavior. 1990;19(4):389-408. [Link]
2. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, et al. 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. 2005;17(1):39-57. [Link]
3. Jannini EA, Lenzi A. Epidemiology of premature ejaculation. Current opinion in urology. 2005;15(6):399-403. [Link]
4. Revicki D, Howard K, Hanlon J, Mannix S, Greene A, Rothman M. Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. Health and Quality of Life Outcomes. 2008;6(33). [Link]
5. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision: American Psychiatric Association; 2000. [Link]
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fifth Edition. DSM 5: American Psychiatric Association; 2013. [Link]
7. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: Geneva: World Health Organization; 1992.
8. Pai H-C, Lee S, Chang T. Sexual self-concept and intended sexual behavior of young adolescent Taiwanese girls. Nursing research. 2010;59(6):433-40. [Link]
9. Simon W, Gagnon J. Sexual conduct: The social sources of human sexuality: Transaction publishers; 2011. [Link]
10. Thompson S. Going all the way: Teenage girls' tales of sex, romance, and pregnancy. New York: Macmillan; 1996. [Link]
11. O'sullivan LF, Meyer-Bahlburg HF, McKeague IW. The development of the sexual self-concept inventory for early adolescent girls. Psychology of Women Quarterly. 2006;30(2):139-49. [Link]
12. Rostosky SS, Dekhtyar O, Cupp PK, Anderman EM. Sexual self-concept and sexual self-efficacy in adolescents: a possible clue to promoting sexual health? Journal of sex research. 2008;45(3):277-86. [Link]
13. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? Journal of Sex & Marital Therapy. 2003;29(5):361-70. [Link]
14. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. The journal of sexual medicine. 2005;2(3):358-67. [Link]
15. Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among Measures of Premature Ejaculation: The Central Role of Perceived Control. The Journal of Sexual Medicine. 2007;4(3):780-8. [Link]
16. Rosen RC, McMahon CG, Niederberger C, Broderick GA, Jamieson C, Gagnon DD. Correlates to the clinical diagnosis of premature ejaculation: results from a large observational study of men and their partners. The Journal of urology. 2007;177(3):1059-64. [Link]
17. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. Journal of Epidemiology and Community Health. 1999;53(3):144-8. [Link]
18. McMahon CG, Giuliano F, Dean J, Hellstrom WJ, Bull S, Tesfaye F, et al. Efficacy and safety of dapoxetine in men with premature ejaculation and concomitant erectile dysfunction treated with a phosphodiesterase type 5 inhibitor: Randomized, placebo-controlled, phase III study. The journal of sexual medicine. 2013;10(9):2312-25. [Link]
19. Serefoglu EC, McMahon CG, Waldinger MD, Althof SE, Shindel A, Adaikan G, et al. 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. 2014;11(6):1423-41. [Link]
20. Serefoglu EC, Saitz TR. New insights on premature ejaculation: a review of definition, classification, prevalence and treatment. Asian Journal of Andrology. 2012;14(6):822-9. [Link]
21. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. The journal of sexual medicine. 2010;7(9):2947-69. [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]

22. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, et al. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. European urology. 2010;57(5):804-14. [Link]
23. Hawton K, Catalan J. Prognostic factors in sex therapy. Behaviour Research and Therapy. 1986;24(4):377-85. [Link]
24. Semans JH. Premature ejaculation: a new approach. Southern Medical Journal. 1956;49(4):353-8.
25. Johnson VE, Masters WH. Human sexual inadequacy: Boston: Little, Brown; 1970. [Link]
26. Beck JG, Barlow DH. Current conceptualizations of sexual dysfunction: A review and an alternative perspective. Clinical Psychology Review. 1984;4(4):363-78. [Link]
27. Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. The journal of sexual medicine. 2008;5(6):1296-307. [Link]
28. Gurkan L, Oommen M, Hellstrom WJ. Premature ejaculation: current and future treatments. Asian journal of andrology. 2008;10(1):102-9. [Link]
29. Jannini EA, Lenzi A. Couple therapy for premature ejaculation. Male sexual dysfunction: pathophysiology and treatment Informa, New York. 2007:351-62. [Link]
30. Snell Jr WE, Fisher TD, Walters AS. The Multidimensional Sexuality Questionnaire: An objective self-report measure of psychological tendencies associated with human sexuality. Annals of Sex Research. 1993;6(1):27-55. [Link]
31. Bolghan-Abadi M, Ahmadi SA, Bahrami F, Fatehizade M, Jazayeri R. Study of Marital and Individual Problems of Men with Premature Ejaculation and Comparison of Effect of Cognitive-Behavioral Couple Counseling and Native-Integrative Couple Counseling on Decreasing Marital and Individual Problems and Premature Ejaculation. Isfahan: University of Isfahan; 2017. [Persian]
32. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, et al. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. European urology. 2007;52(2):565-73. [Link]
33. Althof SE. Psychosexual therapy for premature ejaculation. Translational Andrology and Urology. 2016;5(4):475. [Link]
34. Cormio L, Massenio P, La Rocca R, Verze P, Mirone V, Carrieri G. The combination of dapoxetine and behavioral treatment provides better results than dapoxetine alone in the management of patients with lifelong premature ejaculation. The journal of sexual medicine. 2015;12(7):1609-15. [Link]
35. Dean J. The European online sexual survey (EOSS): Pan-European perspectives on the impact of premature ejaculation and treatment-seeking behavior. European urology supplements. 2007;6(13):768-74. [Link]
36. Frühauf S, Gerger H, Schmidt HM, Munder T, Barth J. Efficacy of psychological interventions for sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Archives of Sexual Behavior. 2013;42(6):915-33. [Link]
37. Perelman MA. A New Combination Treatment for Premature Ejaculation: A Sex Therapist's Perspective. The journal of sexual medicine. 2006;3(6):1004-12. [Link]
38. Sidi H, Yusof F, Das S, Midin M, Kumar J, Hatta M. Understanding the Pathophysiology of Premature Ejaculation: Bridging the Link between Pharmacological and Psychological Interventions. Current drug targets. 2016.[Epub ahead of print]. [Link]
39. Darrodi A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Treatment of early ejaculation. Tehran: Allameh Tabatabaei University; 2007. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.43.8]