

اثربخشی مقدماتی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود: پژوهش مورد منفرد

آزیتا امیر فخرایی^{*۱}

۱. باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلالات عملکرد جنسی به‌ویژه اختلال نعوظ یک اختلال نسبتاً ناشناخته و مقاوم به درمان است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مقدماتی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان‌شناختی همبود با آن انجام شد.

روش: پژوهش از نوع مورد منفرد با طرح A-B می‌باشد. مراجع مردی ۲۸ ساله بود که براساس معیارهای ورود به پژوهش، مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-V، پرسشنامه‌های بیمارستانی اضطراب و افسردگی، تجارب جنسی آریزونا (ASEX)، بین‌المللی عملکرد نعوظی (5- IIEF) و نظر روان‌پزشک تشخیص قطعی اختلال نعوظ را دریافت نمود. پس از موقعیت خط پایه، مداخله آغاز شد و مراجع ۸ جلسه مداخله درمانی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای را دریافت نمود و یک ماه پس از پایان جلسات مداخله، چندسری پرسشنامه در دو ماه متوالی به‌عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش طی تحلیل دیداری نمودار داده‌ها براساس شاخص‌های آمار توصیفی و تحلیل دیداری نشان داد، در مرحله پیگیری نسبت به خط پایه مداخله در بهبود اختلال نعوظ و کاهش شدت نشانگان افسردگی و اضطراب همبود با آن مؤثر بوده است (با PND، ۷۵٪).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج بر اهمیت این مداخله در اختلالات عملکرد جنسی و ارائه افق‌های جدید در مداخلات بالینی تأکید دارد.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱
پائیز و زمستان ۱۳۹۷
صص: ۲۷-۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۰۳

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter
2018-2019

pp.: 17-27

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، اختلال نعوظ جنسی، علائم روان‌شناختی، پژوهش مورد منفرد، مرد

*Email: behrouz.psycho64@yahoo.com

مقدمه

در زندگی اکثر افراد، رفتارهای جنسی نقش اساسی دارند. رفتار جنسی یک موضوع کاملاً شخصی و خصوصی می‌باشد که افراد به ندرت آن را با دیگران در میان می‌گذارند [۱]. اهمیت رفتار جنسی و نقش مهمی که در بسیاری از روابط ایفا می‌کند، نشان می‌دهد که این رفتار می‌تواند در بهداشت روانی، حفظ و کیفیت زندگی تأثیر بگذارد [۲].

فعالیت جنسی عادی به ترتیب شامل چهار مرحله متمایز برانگیختگی اولیه، برانگیختگی کامل، ارگاسم، و بعد از ارگاسم می‌باشد [۳]. برانگیختگی اولیه، مرحله‌ای است که میل جنسی آغاز به فعالیت می‌کند و فرد تحریک می‌شود. مرحله برانگیختگی کامل زمانی است که فرد کاملاً تحریک شده اما هنوز ارگاسم نشده است. در این مرحله پنیس^۱ نعوظ می‌یابد و واژن (مهبل) لوبریکیشن می‌شود [۴]. مرحله ارگاسم، مرحله اوج لذت جنسی است که چند ثانیه بیشتر طول نمی‌کشد. در مرحله بعد از ارگاسم که مرحله فروکش یا بازگشت هم نامیده می‌شود، عضلات بدن ریلکس می‌شوند و حالت سرخوشی روی می‌دهد [۲، ۱]. در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی^۲ ویژگی اصلی "اختلالات عملکرد جنسی"، اختلال در فرآیندهایی است که جزو مراحل عادی آمیزش جنسی به حساب می‌آیند یا دردی است که به هنگام آمیزش جنسی روی می‌دهد [۵]. در این میان، اختلال نعوظ جنسی^۳ از شایع‌ترین این‌گونه اختلالات است؛ به‌طوری‌که بیش از ۱۰ الی ۲۰٪ از مردان این مشکل را تجربه می‌کنند [۶].

براساس معیارهای طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، تشخیص رسمی ابتلاء به اختلال نعوظ، مستلزم نوعی ناتوانی مستمر و مکرر در رسیدن به نعوظ کافی یا حفظ آن تا پایان رابطه جنسی (حداقل به مدت ۶ ماه)، رنج روانی شدید، اختلال در عملکرد روزانه و مشکلات بین فردی است [۵]. این اختلال، به شکل‌های مختلفی مثل، ناتوانی در نعوظ از همان آغاز فعالیت جنسی، داشتن نعوظ در ابتدا ولی از دست دادن آن به هنگام دخول، یا از دست دادن نعوظ در طول دخول و قبل از ارگاسم می‌تواند ظاهر شود [۵، ۶].

در مورد اختلال نعوظ، پزشکان متخصص قادر به تعیین علل زیستی - پزشکی مشخص و یگانه نبوده‌اند اما یافته‌ها حاکی از آن است که این اختلال، چند عاملی بوده و عوامل خطرزای متعددی از قبیل؛ سن، بیماری‌های مزمن طی، استعمال دخانیات و الکل، افسردگی، استرس‌های ناخوشایند^۴، و بی‌سوادی یا سواد پایین در ایجاد و تشدید آن

نقش دارند و مستلزم تلاش‌هایی براساس الگوی زیستی - روانی - اجتماعی جهت مدیریت اختلال و کاهش بار سنگین اجتماعی، بهداشتی و خانوادگی آن می‌باشد [۷، ۶]. همچنین، چون رسیدن به نعوظ بخش اصلی عمل جنسی است، بسیاری از مردان با پدیده‌ای روبه‌رو می‌شوند که اضطراب پرفورمانس^۵ نامیده می‌شود. افراد مبتلا به این اضطراب می‌ترسند که نتوانند رابطه جنسی را به‌طور کامل و صحیح انجام دهند [۸]. آن‌ها به‌جای اینکه از احساس‌های بدنی و رؤیایپردازی‌های لحظه‌ای لذت ببرند، روی ناتوانی‌های خود در اجرای عمل جنسی تمرکز می‌کنند و انتظار دارند با یک فاجعه مواجه شوند. اضطراب پرفورمانس باعث می‌شود فرد نتواند به نعوظ کامل دست یابد و علاوه بر آن، انزال زود هنگام داشته باشد [۹]. به گزارش طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، اختلال نعوظ، شامل انواع فرعی تمام عمری، اکتسابی، تعمیم‌یافته و موقعیتی می‌شود [۵].

نرخ شیوع اختلال نعوظ تمام عمری و اکتسابی نامشخص است [۷]. اختلالات عملکرد جنسی در زنان بیشتر از مردان مشاهده می‌شود (به‌ترتیب ۴۳٪ و ۳۱٪)، و احتمال آن با افزایش سن و در کسانی که سلامت جسمانی یا هیجانی ضعیفی دارند، بیشتر است [۱۰]؛ اما باید توجه داشت که تفاوت جنسیتی تا حدودی ممکن است به این علت باشد که مردان بیشتر از زنان، به خاطر اختلالات جنسی خجالت می‌کشند و به همین علت آن‌ها را کمتر گزارش می‌دهند [۶].

اختلالات عملکرد جنسی به‌ویژه اختلال نعوظ، با اختلالات اضطرابی، وسواس، و خلقی همبودی قابل توجهی دارد [۱۱، ۱۰]. با وجود اثربخشی نسبی برخی درمان‌های دارویی (مانند داروهای بازجذب سروتونین) و شناخته شده استاندارد و معمول روانی برای این اختلالات، اختلال نعوظ همچنان برای بسیاری یک بیماری استرس‌آور و ناتوان‌کننده است و برای آن درمان کامل و موفقی وجود ندارد [۱۳، ۱۲، ۱۱]. از این‌رو، درمانگران تلاش می‌کنند با ترکیب تکنیک‌های درمانی مختلف یا گسترش درمان‌های موجود، سلامت بیشتر درمان‌جویان را تأمین نمایند. در مورد درمان‌های روان‌شناختی برای اختلال نعوظ، که جایگاه ویژه‌ای در این بین دارند، می‌توان به درمان‌های روان‌کاوی، زوج درمانی، و رفتار درمانی اشاره کرد [۸، ۱۳، ۱۲، ۱۰].

اما نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد به کارگیری آن‌ها، برای تعداد زیادی از درمانگران و مبتلایان به این اختلالات دشوار، وقت‌گیر و بعضاً همراه با عوارض جانبی است

³ Erectile dysfunction

⁴ Dystress

⁵ Performance anxiety

¹ Penis

² Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)

تداوم درمان و هزینه‌های مربوطه را در نظر می‌گیریم، درمان های روان‌شناختی به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری، برای کاهش و کنترل علائم روانی ارزان‌تر از دارو درمانی می‌باشد [۱۸].

شیوع نسبتاً بالای اختلالات عملکرد جنسی و از آن میان اختلال نعوظ، استرس ناشی از رابطه سالم و مناسب زناشویی و کیفیت به شدت پایین زندگی، بی‌نتیجه بودن مراجعات متعدد به پزشکان و به‌دنبال آن احساس درماندگی، جدا شدن بیمار از خانواده و جامعه و رفتن به‌سوی درون‌گرایی، هزینه های پزشکی و دارویی، و در آستانه طلاق قرارگرفتن زندگی مشترک و ... همگی موجب می‌شود تا فرد، بیماری‌اش را بیش از حد برآورد و امکان مقابله با آن را در خود نبیند. نتیجه اینکه، این استرس‌ها ممکن است تا حدی بر بیمار فشار آورند که او را به فکر و یا حتی اقدام به خودکشی وادار نمایند. از این گذشته، در سطح اجتماعی نیز هزینه‌هایی که بر سیستم های خدمات بیمه‌ای، اجتماعی و خانوادگی تحمیل می‌شود، لزوم توجه بیشتر به این بیماری‌ها و درمان مناسب را دو چندان می‌کند. در صورت تأیید اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در این پژوهش، این درمان می‌تواند موازی یا حتی مقدم بر درمان‌های دارویی و ابزارهای مکانیکی [۱۴]، از جمله؛ پینایل پروتز^۲، هزینه‌های گزاف تحمیلی بر شخص، خانواده و جامعه را کاهش دهد و مبتلایانی را که به نوعی از چرخه زندگی اجتماعی سالم، اقتصاد و باروری خانواده و جامعه خارج شده‌اند، دوباره به این چرخه بازگرداند؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی "اثربخشی مقدماتی درمان شناختی- رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان شناختی همبود با آن" در یک مرد ۲۸ ساله انجام شد.

روش

نوع پژوهش

گاهی در محیط‌های بالینی و آموزشی امکان استفاده از طرح‌های گروهی که نیازمند تکرار یا حذف متغیر مستقل هستند، وجود ندارد. تعداد کم افراد نمونه، خاص بودن ویژگی های آزمودنی‌ها و ناهمگن بودن افراد نمونه از دلایلی می‌باشد که نمی‌توان از طرح‌های گروهی استفاده کرد. در این مواقع که پژوهشگر با چنین قید و بندهای اخلاقی و عملی روبه‌رو می‌شود، طرح‌های مورد منفرد^۳ تنها الگوی ارزیابی مناسب برای بالینگر است [۱۹].

روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های مورد منفرد با طرح A-B می‌باشد (N=۱). در این‌گونه طرح‌ها، آزمودنی‌ها

و اغلب این مداخلات حتی با دقیق‌ترین برنامه‌ریزی و اجرا نیز با پاسخ درمانی مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند [۱۳، ۱۴]. برخی از این مراجعین سود چندانی از این مداخلات درمانی نمی‌برند و نمی‌توانیم به‌طور پایایی پیش‌بینی کنیم که "چه کسی از این درمان سود می‌برد و چه کسی سود نمی‌برد"؛ مکانیسم های خاص درمان ناشناخته مانده و حفظ دستاوردهای درمان یک چالش همیشگی است [۱۴].

در درمان شناختی- رفتاری^۱، درمانگران فرآیند پردازش شناختی را مهم‌تر از عوامل فیزیولوژیکی می‌دانند. تفکر منفی درباره فعالیت جنسی، علائم را تشدید و دائمی می‌کند. بنابراین، کشف خود-تلقینی‌های منفی در تجزیه و تحلیل موفق مشکلات جنسی کمک می‌کند [۱۱]. بودای و همکاران [۱۵] در پژوهشی نشان دادند که شدت علائم اضطراب و اختلال عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به اختلال نعوظ جنسی تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی-رفتاری نسبت به گروه گواه که فقط دارو درمانی دریافت کردند، در مراحل آزمایش و پیگیری کاهش یافته است ($P < 0/05$)؛ اما بین نتایج درمان دارویی و درمان شناختی-رفتاری تفاوت معنی دار نبود ($P < 0/05$). پژوهش رولاند و همکاران [۱۶] نیز حاکی از اثربخشی بالای درمان شناختی با تأکید بر خودکارآمدی در اختلال نعوظ ۱۴ مرد تحت درمان بود. فلانازان و همکاران [۱۷] نیز نشان دادند که شدت اختلال نعوظ، و نارضایتی جنسی ناشی از آن در همسران آن‌ها که تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی- رفتاری جنسی قرار داشتند، نسبت به گروه گواه که فقط درمان دارویی دریافت کردند، در مراحل آزمایش و پیگیری بهبود بیشتری یافته است ($P < 0/05$).

با توجه به هزینه‌های بهداشتی و درمانی ناشی از این اختلالات به‌ویژه اختلال نعوظ، بازبینی ادبیات تحقیقی مربوط برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به‌نظر می‌رسد. درمان و کاهش این مشکلات و حفظ و ارتقای کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال نعوظ از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است [۱۱]. در این خصوص، هرچند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نبوده است ولی شواهد نشان می‌دهد، پیشگیری ثانویه (مداخلات درمانی) می‌تواند مشکلات روانی، اجتماعی- فرهنگی، اقتصادی، خانوادگی و بهداشتی آتی را به‌طور چشمگیری کاهش دهد [۱۸].

شواهد تجربی در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری، بر اختلالات متعدد، رو به افزایش است [۱۵]؛ حتی زمانی که

³ Single-subject designs

¹ cognitive-behavioral therapy

² penile prothesis

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ دارا بودن معیارهای کامل برای تشخیص اختلال عملکرد جنسی (نعوظ جنسی) به تشخیص روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بر مبنای معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، عدم دریافت روان‌درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش و تکمیل رضایت‌نامه کتبی به‌وسیله آزمودنی جهت شرکت در پژوهش (با دادن این آگاهی که ممکن است مداخله مذکور مانع از فرآیند مطرح شده طلاق نشده و حتی این مسأله را تشدید نماید) بود. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ داشتن معیارهای کامل برای اختلال سایکوتیک، دو قطبی I و II، دارا بودن معیارهای کامل برای اختلالات محور II (با استفاده از SCID-II)، و مشکل جنسی به علت عارضه پزشکی بود.

ابزارهای پژوهش

برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه تجارب جنسی آریزونا^۱: این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی برای اندازه‌گیری ۵ عنصر عملکرد جنسی شامل؛ تمایل جنسی، تحریک، نعوظ پنیس، توانایی رسیدن به ارگاسم و رضایت از ارگاسم می‌باشد. عناصر براساس مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از "فوق‌العاده آسان" (با نمره ۱) تا "هرگز" (با نمره ۶) تنظیم و نمره بالا در آن نشانگر وجود اختلال است. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸ باشد، اختلال عملکرد جنسی فرد تشخیص داده می‌شود. پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند [۲۰]. این مقیاس در نمونه بالینی ایرانی اجرا و آلفای کرونباخ آن، ۰/۸۹ و اعتبار آن، ۰/۷۱ گزارش شده است [۲۱].

۲) پرسشنامه بین‌المللی عملکرد نعوظی^۲: این مقیاس، یک ابزار خودگزارشی ۱۵ سئوالی جهت سنجش عملکرد نعوظی مردان می‌باشد [۱۵]. پاسخ‌ها در آن به‌صورت لیکرتی سنجش و نمره (۵-۱۰) نشانه اختلال نعوظ در سطح شدید، نمره (۱۱-۱۵) نشانه اختلال نعوظ متوسط، نمره (۱۶-۲۰) نشانه اختلال نعوظ خفیف و نمره (۲۱-۲۵) نشانه عدم اختلال در نعوظ می‌باشد [۱۵]. پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند [۱۵]. در ایران نیز این مقیاس در مطالعات متعددی مورد استفاده قرار گرفته و از نظر فرهنگی و روان‌سنجی معتبر شناخته شده است؛ و در نمونه بالینی ایرانی اجرا و اعتبار مقیاس، ۰/۷۷ آلفای کرونباخ آن، ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۲].

می‌توانند از ۱ تا ۲۰ نفر باشند ولی اکثراً کار با هر کدام از آزمودنی‌ها به‌صورت انفرادی صورت می‌گیرد و نمی‌توانیم این افراد را در کنار هم به صورت گروهی آموزش دهیم. طرح A-B شامل دو موقعیت آزمایشی است. به‌طور کلی، موقعیت اول (A) خط‌پایه است. در موقعیت دوم (B) یک مداخله درمانی اجرا می‌شود و سپس، متغیر وابسته مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. موقعیت خط‌پایه (یا موقعیت کنترل) رفتار هدف را قبل از اجرای هر روش درمانی اندازه‌گیری می‌کند. در طرح A-B وقتی در ادامه خط روند ثابت، خط‌پایه با شروع مداخله تغییری ناگهانی و فوری در متغیر وابسته ایجاد می‌شود، نمایش تجربی متقاعد کننده‌ای از تغییر رفتار در طول زمان ارائه می‌دهد [۱۹]. بنابراین، در پژوهش حاضر ۳ جلسه اول فقط پرسشنامه‌ها توسط مراجع تکمیل می‌شد و هیچ‌گونه مداخله‌ای جهت بهبود صورت نگرفت؛ پس از آن مداخله به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) طی ۸ جلسه هفتگی در یکی از اتاق‌های مرکز درمانی در شهر کرمانشاه، سال ۱۳۹۴ آغاز گردید؛ و یک‌ماه پس از پایان جلسات مداخله، چندسری پرسشنامه در دومه متوالی به‌عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد.

شرکت‌کننده این پژوهش یک مرد ۲۸ ساله (م-الف) با مدرک کاردانی و کارمند شبکه بهداشت یکی از شهرستان‌های کرمانشاه بود که براساس معیارهای ورود به مطالعه، مصاحبه بالینی بر مبنای معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، پرسشنامه‌های تکمیلی و تشخیص قطعی به‌وسیله روان‌پزشک حاضر در مرکز وجود اختلال نعوظ جنسی از نوع اکتسابی^۱ در مورد وی تأیید شد. مراجع از طبقه اجتماعی- اقتصادی متوسط به پایین جامعه، فاقد اعتیاد به مواد مخدر یا استعمال دخانیات بود، و در شرح حال وی وابستگی شدید به فیلم‌های پورنوگرافی از دوران نوجوانی همراه با استمناء تا قبل از ازدواج گزارش شد. مراجع به‌صورت اختیاری و داوطلبانه همراه با همسر ۲۱ ساله‌اش (با سطح سواد پنجم ابتدایی)، با شکایت اصلی "مشکل نعوظ جنسی" از نوع اکتسابی برای مدت ۹ ماه و ۱۱ روز اخیر، که منجر به اختلافات متعدد خانوادگی در سطح گسترده و تقاضای طلاق از جانب خانواده همسر وی شده بود، به پژوهشگر مراجعه کرد. مدت زمان ازدواج این زوج ۶ سال و ۹ ماه و ۱۱ روز بود. برای اطمینان از عدم وجود مشکلات هورمونی و بیماری‌های مؤمن پزشکی، مراجع به فلوشیپ اندو-اورولوژی و جراحی لاپاراسکوپیک (در سطح استاد تمامی) ارجاع و مشخص شد، هیچ مشکل طبی ندارد.

³ IIEF-5

¹ acquired

² ASEX

نسخه بسط‌یافته از طرح درمان شناختی-رفتاری براساس برنامه‌های درمانی اسپنس (۱۹۹۱)، کاترین و همکاران (۲۰۰۹) و بچ و بارلو (۲۰۰۸) می‌باشد [۱۵]؛ و در ایران [۲۵] نیز از لحاظ علمی و عملی، توسط بورد مشاورین علمی بارها مورد تأیید قرار گرفته است. محتوای جلسات درمانی به‌طور سازمان‌یافته اجرا شد. در نهایت کل برنامه درمانی از ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (۹۰ دقیقه‌ای) طی ۸ جلسه هفتگی و یک‌ماه پس از پایان جلسات مداخله، چندسری پرسشنامه در دوامه متوالی به‌عنوان مرحله پیگیری اجرا و تکمیل شد. طرح درمانی جلسات به اختصار در جدول ۱ ارائه شده است.

نتایج

نمرات خام اندازه‌گیری‌های مکرر طی جلسات خط‌پایه، مداخله و پیگیری در جدول شماره ۲ آمده است. برای تحلیل دیداری نمودارها، پس از رسم نمودار برای پرسشنامه در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط‌پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات^۸ روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. با استفاده از معیار ۲۰-۸۰٪، اگر ۸۰٪ نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰٪ مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود، داده‌ها ثبات دارد [۱۹]. پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، در موقعیت خط‌پایه از روش آزادی عمل و در موقعیت مداخله از روش دونیم کردن استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰٪ رسم شد.

پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آن‌ها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و «پی. ان. دی»^۹ محاسبه شد. «پی. ان. دی» نشان دهنده درصد غیرهمپوشی نقاط دو موقعیت آزمایشی (خط‌پایه و مداخله) است.

میزان کنترل آزمایشی در پژوهش مورد منفرد، به تغییر سطح از یک موقعیت به موقعیت دیگر و درصد داده‌های غیرهمپوشی (پی. ان. دی)، بستگی دارد. به این معنی که تغییرات اندک در مقادیر متغیر وابسته در طی مداخله‌ای که بعد از یک مسیر داده متغیر در موقعیت خط‌پایه قرار دارد، نسبت به تغییرات اندک در مداخله‌ای که ثبات در مسیر داده‌های خط‌پایه وجود داشته است، کنترل آزمایشی کمتری

۳) پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی:

این پرسشنامه معیاری حساس و مختصر برای ارزیابی افسردگی و اضطراب در بیماران جسمی، روانی و حتی افراد عادی است. این پرسشنامه، شامل ۱۴ سؤال در دو زمینه افسردگی (۷ سؤال) و اضطراب (۷ سؤال) است. هر سؤال به وسیله یک معیار ۴ نمره‌ای امتیاز دهی می‌شود، به طوری که حداکثر امتیاز برای هر یک از زیر مقیاس‌های افسردگی و اضطراب ۲۱ می‌باشد. نمره (۱۱ و بالاتر) در هر دو زمینه نشانه وجود یک اختلال روان‌پزشکی جدی، نمره (۸-۱۰) بینابینی و نمره (۰-۷) بهنجار محسوب می‌شود. پژوهش‌های متعدد حاکی از روایی و پایایی قابل قبول آن می‌باشند [۲۳]. پایایی پرسشنامه بیمارستانی اضطراب و افسردگی برحسب ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۷ و هر یک از زیر مقیاس‌های آن در نمونه بالینی ایرانی به ترتیب؛ ۰/۷۸، ۰/۹۲ و ۰/۸۶ و اعتبار آن ۰/۷۶ گزارش شده است [۲۴].

شیوه تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری^۲ نمودارها با توجه به گزارش شخص و ارزیابی متخصص مربوطه و شاخص روند^۳، ثبات^۴، درصد داده‌های غیرهمپوشی^۵ و درصد و داده‌های همپوشی^۶ استفاده شده است [۱۹]. اگر در طرح‌های مورد منفرد تفاوت بین داده‌ها در خط پایه و موقعیت آزمایشی، دارای این ملاک‌ها باشد، می‌توان اظهار داشت که تفاوت معنادار است: ۱. تغییر در میانگین نمرات (در جهت دلخواه) بین موقعیت‌های مجاور. ۲. بین موقعیت‌ها همپوشی وجود نداشته باشد یا کم باشد. ۳. تغییرپذیری کم در موقعیت درمان نسبت به کنترل مؤثر کمتر [۱۹].

در این پژوهش مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی^۷ رعایت شد بدین صورت که، در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر ابتدا خود را معرفی و پس از مصاحبه بالینی بر مبنای معیارهای تشخیصی طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی، و توضیح کامل در مورد پژوهش، هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، تأکید نمود که اطلاعات وی محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون نام و نشان از وی منتشر خواهد شد و در هر زمان که مایل باشد، می‌تواند از مطالعه خارج شود، تا مراجع با رضایت کامل پرسشنامه‌ها را تکمیل کند. روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر،

⁶ percentage of overlapping data

⁷ World Medical Association Declaration of Helsinki

⁸ Stability Envelope

⁹ PND

¹ HADS

² visual analysis

³ trending

⁴ stability

⁵ percentage of non-overlapping data

دارد. همچنین، هرچه «پی. ان. دی.» بین دو موقعیت مجاور بالاتر (یا «پی. ا. دی.» پایین‌تر) باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست [۱۹].

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانی مقدماتی شناختی-رفتاری

جلسات	موضوعات	مداخلات/محتوا
جلسه اول	ارزیابی اولیه و مصاحبه بالینی	جلب همکاری و اطمینان بخشی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روان شناختی بر وضعیت جسمانی و عملکرد عضلات و اندام جنسی
جلسه دوم	آشنایی با روش ماسترز و جانسون و آموزش آن به زوج	اطلاع رسانی صحیح درباره عملکرد جنسی و ضرورت پردازش تفکرات مثبت جنسی همراه با آموزش آرام سازی، آشنایی با روش ماسترز و جانسون و اجرای آن به صورت تکلیف خانگی و دادن جزوه آموزشی
جلسه سوم	شناسایی تنیدگی، مقابله‌های سازگارانه و فعالیت بخشی	ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، بررسی توانایی تصویرسازی ذهنی و هدایت شده مربوط به فعالیت جنسی و آموزش آن
جلسه چهارم	آرامش عضلانی و تصویرسازی جنسی به صورت سلسله مراتبی توأم با بازسازی شناختی	مروری کوتاه بر جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۵ دقیقه، مرور افکار منفی یادداشت شده توسط مراجع، بررسی افکار با کمک مراجع و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی و ناکارآمد، تهیه سلسله مراتبی از تصویرسازی جنسی و اجرای عمل به آن به منظور شرطی سازی مثبت و جایگزین کردن تصورات لذت جنسی
جلسه پنجم	مقابله با هیجانات منفی و بازسازی شناختی	مروری کوتاه بر جلسه قبل و تکلیف خانگی با کمک مراجع، بررسی هیجانات ناخوشایند، موقعیتی که هیجانات در آن رخ می‌دهند، افکار ناخوشایند مربوط به آن هیجانات، ترسیم جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها، آموزش تمرین خودتحریکی و تکنیک فشردن و درخواست از مراجع برای انجام تکالیف
جلسه ششم	مدیریت هیجان و حل مسأله	تعریف خشم و دیگر هیجانات، سبک‌های برقراری ارتباط صحیح و مؤثر با همسر و دیگران، شناسایی شرایط یا موقعیت‌ها و افراد خشم‌انگیز، آموزش کنترل خشم در مواجهه با موقعیت، مفهوم حل مسأله، و انواع مقابله‌های مسأله مدار و هیجان مدار و ادامه تحریک توسط همسر و تکنیک فشردن و انجام تکالیف منزل
جلسه هفتم	بررسی فعالیت‌های ارتباط مؤثر شبکه اجتماعی	مرور جلسات، بررسی فعالیت‌های انجام شده توسط مراجع و همسر وی و تأثیر آن‌ها بر خلق و رفتار، انتخاب تکالیف و موقعیت‌های تقویت‌کننده خلق مثبت، توصیه‌های درمانی به همسر وی در زمینه برنامه درمانی فعال کردن مراجع و حمایت اجتماعی وی، ادامه تمرین تحریک توسط همسر، توقف-شروع و تکنیک فشردن
جلسه هشتم	آمادگی برای تکمیل و ادامه درمان و تعمیم آموخته‌ها	بررسی پیشرفت مراجع، ارزیابی خلق و سایر هیجانات وی، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای فعالیت جنسی، تعیین برنامه فعالیت‌های گروهی و حمایت اجتماعی

جدول ۲. نمرات پرسشنامه‌های مورد استفاده در بیمار مبتلا به اختلال نعوظ جنسی

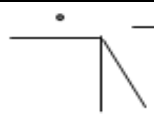
پیاپی	جلسات درمان							خط پایه			متغیرها		
	۱ (ماه اول)	۲ (ماه دوم)	جلسه ۸	جلسه ۷	جلسه ۶	جلسه ۵	جلسه ۴	جلسه ۳	جلسه ۲	جلسه ۱	جلسه ۳	جلسه ۲	جلسه ۱
۲۳	۲۴	۲۳	۲۴	۲۳	۲۱	۲۱	۲۰	۱۷	۱۳	۱۴	۱۵	۱۱	۱۳
۶	۵	۵	۵	۶	۹	۱۲	۱۱	۱۴	۱۳	۱۲	۱۲	۱۲	۱۴
۴	۴	۵	۴	۵	۶	۱۰	۱۰	۱۳	۱۶	۱۷	۱۶	۱۸	۱۸

جدول شماره ۳، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را برای نمودار داده‌های اختلال نعوظ جنسی، طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد؛ شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجع تغییر روند در جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جدول ۳). همچنین، شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ جدول ۳) تغییرات را نشان می‌دهند.

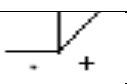
نتایج جدول شماره ۳، برای مراجع نشان داد که مداخله درمانی مقدماتی شناختی- رفتاری، در درمان اختلال نعوظ جنسی، مؤثر می‌باشد (پی. ان. دی. برای مراجع ۷۵٪ بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی بین داده‌های دو موقعیت مجاور (پی. ان. دی.) نشان می‌دهد که درمان مقدماتی شناختی- رفتاری بر کاهش نشانگان اختلال نعوظ جنسی مؤثر بوده و فرضیه اول این پژوهش تأیید شد.

جدول ۳. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی/بین موقعیتی برای اختلال نعوظ

درون موقعیتی	بین موقعیتی
--------------	-------------

B A	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
-	تغییرات روند	۸	۳	طول موقعیت‌ها
	۲،۱- تغییر جهت	-	-	سطح
مثبت	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۲۱	۱۱	۳-۱- میانه
با ثبات	۲،۳- تغییر ثبات	۱۹/۲۵	۱۳	۳-۲- میانگین
به با ثبات				
-	۱- تغییر در سطح	۱۳-۲۴	۱۱-۱۵	۳-۳- دامنه تغییرات
۱۶	۳،۱- تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	۳-۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
به ۱۵				
۱۳	۳،۲- تغییر مطلق	-	-	تغییر سطح
به ۱۵				
۲۱	۳،۳- تغییر میانه	۱۶-۲۲/۲۵	-	۴-۱- تغییر نسبی
به ۱۱				
۱۹/۲۵	۴،۳- تغییر میانگین	۱۳-۲۴	۱۱-۱۵	۴-۲- تغییر مطلق
به ۱۳				
-	همپوشی داده‌ها	-	-	روند
%۷۵	۴،۱- PND	نزولی	نزولی	۵-۱- جهت
%۲۵	۴،۲- POD	با ثبات	با ثبات	۵-۲- ثبات
		خیر	خیر	۵-۳- مسیرهای چندگانه

جدول ۴. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی/بین موقعیتی برای افسردگی

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B A	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت‌ها
-	تغییرات روند	۸	۳	طول موقعیت‌ها
	۲،۱- تغییر جهت	-	-	سطح
مثبت	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۵	۱۲	۳-۱- میانه
با ثبات	۲،۳- تغییر ثبات	۹/۴۰	۱۲/۶۵	۳-۲- میانگین
به با ثبات				
-	۱- تغییر در سطح	۱۴-۵	۱۲-۱۴	۳-۳- دامنه تغییرات
۶/۲۵	۳،۱- تغییر نسبی	با ثبات	با ثبات	۳-۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
به ۱۴				
۵	۳،۲- تغییر مطلق	-	-	تغییر سطح
به ۱۴				
۵	۳،۳- تغییر میانه	۶/۲۵-۱۲/۵	-	۴-۱- تغییر نسبی
به ۱۲				
۹/۴۰	۴،۳- تغییر میانگین	۵-۱۴	۱۲-۱۴	۴-۲- تغییر مطلق
به ۱۲/۶۵				
-	همپوشی داده‌ها	-	-	روند
%۷۵	۴،۱- PND	نزولی	نزولی	۵-۱- جهت
%۲۵	۴،۲- POD	با ثبات	با ثبات	۵-۲- ثبات
		خیر	بله	۵-۳- مسیرهای چندگانه

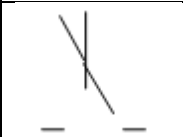
جهت هدف پژوهش را نشان می‌دهند (خانه ۲ سمت چپ جداول ۴ و ۵). همچنین، شاخص‌های تغییر سطح بین موقعیتی (خانه ۳ سمت چپ جداول ۴ و ۵) تغییرات را نشان می‌دهند.

جداول شماره (۴ و ۵)، نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی را به ترتیب برای داده‌های افسردگی و اضطراب طبق فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهند: شاخص‌های تغییر روند بین موقعیتی برای مراجع تغییر روند در

موقعیت مجاور (پی. ان. دی.) نشان می‌دهد که درمان مقدماتی شناختی-رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب همبود با اختلال نعوظ جنسی مؤثر بوده و فرضیات دوم و سوم پژوهش نیز تأیید شد.

نتایج جداول شماره (۴ و ۵)، برای مراجع نشان دادند که مداخله درمانی مقدماتی شناختی-رفتاری، در درمان اختلالات همبود با اختلال نعوظ جنسی یعنی افسردگی و اضطراب مؤثر می‌باشد (پی. ان. دی. برای مراجع ۷۵٪ بود). بدین ترتیب نتایج حاصل از ناهمپوشی بین داده‌های دو

جدول ۵. متغیرهای تحلیل دیداری درون موقعیتی/بین موقعیتی برای اضطراب

بین موقعیتی		درون موقعیتی		
B A	مقایسه موقعیت	B	A	توالی موقعیت ها
-	تغییرات روند	۸	۳	طول موقعیت ها
	۲،۱- تغییر جهت	-	-	سطح
مثبت	۲،۲- اثر وابسته به هدف	۸	۱۶	۳-۱- میانه
بی ثبات به بی ثبات	۲،۳- تغییر ثبات	۸/۶۵	۱۷	۳-۲- میانگین
-	۱- تغییر در سطح	۱۶-۴	۱۶-۱۸	۳-۳- دامنه تغییرات
۵ به ۱۸	۳،۱- تغییر نسبی	بی ثبات	بی ثبات	۳-۴- دامنه تغییرات محفظه ثبات ۲۰٪ از میانه هر موقعیت
۴ به ۱۸	۳،۲- تغییر مطلق	-	-	تغییر سطح
۸ به ۱۶	۳،۳- تغییر میانه	۵-۱۲/۲۵	-	۴-۱- تغییر نسبی
۸/۶۵ به ۱۷	۴،۳- تغییر میانگین	۴-۱۶	۱۶-۱۸	۴-۲- تغییر مطلق
-	همپوشی داده ها	-	-	روند
٪۷۵	۴،۱- PND	نزولی	شیب صفر	۵-۱- جهت
٪۲۵	۴،۲- POD	بی ثبات خیر	- خیر	۵-۲- ثبات ۵-۳- مسیرهای چندگانه

نتایج به‌دست آمده در این پژوهش با نتایج پژوهش‌های پیشین از جمله؛ فلانازن و همکاران [۱۷]، رولاند و همکاران [۱۶]، آسِلْمَن و همکاران [۲۶] و نوولسایسکی و همکاران [۲۷] همسو می‌باشد.

نتایج پژوهش استاسینی [۲۸] نشان داد که، بیماران زن مبتلا به اختلالات عملکرد جنسی به‌ویژه اختلال در آرگاسم گروه آزمایش تحت درمان شناختی-رفتاری همراه با ذهن آگاهی در مراحل آزمایش و پیگیری نسبت به گروه کنترل به طور معناداری نمرات بهتری کسب و نتایج درمانی مناسب تری را گزارش کردند ($P < 0.05$). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مراجع در خط‌پایه روند نزولی و رو به بهبود داشته است و این کاهش در نمرات در مرحله پیگیری باقی ماند. شاخص پی. ان. دی. نشان می‌دهد که مداخله درمانی مقدماتی شناختی-رفتاری در کاهش شدت نشانگان اختلال نعوظ جنسی با ۷۵٪ اطمینان مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مقدماتی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال نعوظ جنسی و شدت علائم روان شناختی همبود با آن در یک مرد ۲۸ ساله انجام شد. نتایج تحلیل دیداری نشان داد که مداخله درمانی مقدماتی شناختی-رفتاری بر کاهش شدت نشانگان اختلال نعوظ جنسی، و اختلالات افسردگی و اضطراب همبود با آن مؤثر بود. همچنین، طبق جلسات پیگیری که تا دو ماه پس از مداخله ادامه یافت، علائم کاهش یافته پابرجا بود. اگرچه تاکنون پژوهش مورد منفردی با استفاده از درمان مقدماتی شناختی-رفتاری بر اختلال عملکرد جنسی به‌ویژه اختلال نعوظ و افسردگی و اضطراب همبود با آن انجام نشده است اما بیشتر پژوهش‌های انجام شده در زمینه درمان‌های شناختی-رفتاری، حاکی از کارایی این مداخله برای اختلالات بالینی و مقاوم به درمان می‌باشد [۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱].

پیش بینی نشده در طرفین را باعث می‌شود. ارتباط عاطفی زوج طی این تمرینات افزایش می‌یابد و باعث می‌شود، بیشتر به هم ابراز محبت کنند. همچنین، این روش درمانی به افراد اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را ابراز و آزادانه صحبت کنند؛ که این ارتباط راحت و آزادانه معمولاً حالات اضطرابی را کاهش می‌دهد و تسهیل احساسات هر فرد در ارتباط را موجب می‌شود. از بین بردن ناامیدی، احساس گناه یا ترس ناخودآگاه از کامیابی و لذت، جایگزین کردن شناخت‌های منطقی و صحیح به جای شناخت‌های بازدارنده، معیوب و غیرمنطقی می‌تواند توجیه تأثیر مداخله درمانی باشد. طرح ریزی جزئیات روند نزدیکی به صورتی است که بیمار انگیزه و توانایی لازم را برای پذیرش و ابراز علائق جنسی، در شرایطی جذاب و دل‌انگیز و خالی از تنش‌های جنسی پیشین، به دست می‌آورد [۱۷، ۱۳، ۱۲، ۱۱]. در واقع، هدف راهبردهای شناختی- رفتاری آموزش مهارت‌های خاص به بیماران است تا با علائم بیماری و نیز تشدید یا بازگشت علائم بیماری به مقابله برخیزند و بدین ترتیب، پیشرفت علائم را محدود ساخته و یا متوقف نمایند [۳۲]. تداوم جلسات "یادآور" درمان شناختی- رفتاری، مشابه با دارودرمانی نگهدارنده، می‌تواند روش مفیدی برای دستیابی به حداکثر نتایج درمانی بیماری‌های شدید از جمله اختلال نعوظ جنسی باشد.

همخوانی یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات خارج از کشور، اثربخشی این مداخله درمانی بر اختلال نعوظ جنسی را تأیید می‌کند. لذا به نظر می‌رسد این روش با توجه به زمان کم، هزینه اندک و عملی بودن آن روشی اقتصادی و مؤثر برای درمان اختلالات مقاوم نسبت به درمان‌های استاندارد و معمول از قبیل اختلالات عملکرد جنسی خاصه اختلال نعوظ به‌شمار می‌رود؛ که می‌توان از آن در موقعیت‌های متفاوت و برای مشکلات متعدد بالینی و مزمن استفاده کرد.

در این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌هایی که در حوزه علوم رفتاری و روان‌شناسی سلامت صورت می‌گیرند، محدودیت‌هایی وجود داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، می‌توان به نوع طرح پژوهش و محدودیت در نمونه آن اشاره نمود. همچنین، پرسشنامه‌ها که در فرآیند درمان اجرا می‌شد توسط درمانگر رؤیت می‌شد و ممکن است، بر روند درمان تأثیر گذاشته باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به منظور کاستن از سوگیری‌های احتمالی، از دو پژوهشگر استفاده شود. همچنین، به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی این پژوهش نیز در تعمیم یافته‌های آن باید جانب احتیاط را رعایت نمود. بنابراین استفاده از این مداخله در مراکز درمانی موجود در کشور و مقایسه آن با درمان دارویی

در راستای درمان اختلال نعوظ جنسی، طرح‌ها و مداخلات متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. اکثر رویکردهای درمانی برای این اختلال، درمان‌های بلندمدت مانند حساسیت‌زدایی تدریجی، زوج درمانی و بعضاً با عوارض متعدد جانبی مانند داروهای بازجذب سروتونین را در نظر گرفته‌اند [۱۳، ۱۲، ۱۱]؛ لذا این درمان کوتاه‌مدت (۸ جلسه درمانی) نشان داد که مداخله درمانی مقدماتی شناختی- رفتاری در درمان اختلال نعوظ جنسی مؤثر است اما برای افزایش کارایی می‌توان همزمان درمان دارویی را نیز انجام داد. دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که نمرات افسردگی و اضطراب همبود با اختلال نعوظ جنسی مراجع در خط‌پایه روند ثابتی داشته است. با شروع درمان، تغییری تدریجی و قابل توجه (طبق شاخص تغییر سطح نسبی و مطابق جداول شماره ۳ و ۴) در داده‌ها ایجاد شده است؛ که ناشی از حادثه‌های مثبت در زندگی مراجع مبنی بر کسب امید نسبت به فرآیند شروع مداخله و کاهش تنش و احساسات شرم ناشی از اختلال در پی در میان گذاشته شدن احساسات و پیامدهای اختلال نعوظ جنسی با درمانگر و در حضور همسر بدون درگیری‌های قبل بود. این روند نزولی و بهبودی در نشانگان افسردگی و اضطراب تا مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. شاخص پی. ان. دی. نشان می‌دهد که مداخله درمانی مقدماتی شناختی- رفتاری در کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب با ۷۵٪ اطمینان مؤثر بوده است. نتایج به دست آمده در این مطالعه با نتایج پژوهش‌های پیشین [۳۰، ۲۹، ۲۴، ۲۱، ۱۵] همسو بود. اگرچه این استراتژی باید با توجه به افراد متعادل شود اما عدم وجود راهکارهایی در این زمینه باعث خروجی‌های ضعیف در پروتکل درمان شناختی- رفتاری شده است [۳۱]، اما با این وجود شاید مهم‌ترین نقش درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلالات شدید و مزمن آن است که این شیوه درمانی به بیماران کمک می‌کند تا به روشی سالم‌تر و سازگارانه‌تر مشکلاتشان را دریابند. در تبیین اثربخشی معنادار درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلالات عملکرد جنسی و از این میان اختلال نعوظ جنسی، چندین احتمال شایان ذکر است: تمرینات تجویز شده برای افراد مبتلا به اختلالات جنسی تنها اعمال مکانیکی و فیزیکی صرف نیستند، بلکه این تمرینات جنسی می‌توانند به بروز واکنش‌های روانی پیچیده‌ای در افراد شود. مثلاً، با تمرینات تمرکز حسی در جلسات آموزشی از یک‌طرف واکنش‌های لذت‌بخش تقویت می‌شود و از سوی دیگر مانع از بروز تنش‌های جنسی ناخواسته می‌شود. تعارضات درونی نیز به نحوی تحت تأثیر این تمرینات قرار می‌گیرند.

این تمرینات در اغلب موارد کاهش تنش‌های جنسی

pregnant women: integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 69(1): pp. 165-173.

- 11- Gerra G, Manfredini M, Somaini L, Maremmanni I, Leonardi C & Donnini C. (2016). Sexual dysfunction in men receiving methadone maintenance treatment: clinical history and psychobiological correlates. *European Addiction Research*. 22(3): pp. 163-175.
- 12- Moisisdis K, Kalinderis N & Hatzimouratidis K. (2016). Current role of local treatments for erectile dysfunction in the real-life setting. *Current Opinion in Urology*. 26(2): pp. 123-128.
- 13- Pyke RE & Clayton AH. (2015). Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(12): pp. 2451-2458.
- 14- Antonini G, Busetto GM, De Berardinis E, Giovannone R, Vicini P, Gentile V & et al. (2016). Penile prosthesis implant for erectile dysfunction: a new minimally invasive infrapubic surgical technique. *Archivio Italiano di Urologia Andrologia*. 87(4): pp. 322-324.
- 15- Boddi V, Castellini G, Casale H, Rastrelli G, Boni L, Corona G & et al. (2015). An integrated approach with vardenafil orodispersible tablet and cognitive behavioral sex therapy for treatment of erectile dysfunction: a randomized controlled pilot study. *American Society Andrology*. 3(5): pp. 909-918.
- 16- Rowland DL, Adamski BA, Neal CJ, Myers AL & Burnett AL. (2015). Self-efficacy as a relevant construct in understanding sexual response and dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 41(1): pp. 60-71.
- 17- Flanagan E, Herron KA, O'Driscoll C & Williams AC. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(1): pp. 3-16.
- 18- Lami MJ, Martínez MP, Sánchez AI, Miró E, Diener FN, Prados G & et al. (2016). Gender differences in patients with fibromyalgia undergoing cognitive-behavioral therapy for insomnia: preliminary data. *Pain Practice: The Official Journal of World Institute of Pain*. 16(2): pp. 23-34.
- ۱۹- فراهانی، حجت‌اله؛ عابدی، احمد؛ آقامحمدی، سمیه؛ و کاظمی، زینب. (۱۳۹۲). مبانی کاربردی طرح‌های مورد منفرد در پژوهش‌های علوم رفتاری و پزشکی. تهران: نشر روان‌شناسی و هنر. صص. ۵۹-۲۳.
- 20- Kidir V, Altuntas A, Inal S, Akpınar A, Orhan H & Sezer MT. (2015). Sexual dysfunction in dialysis patients: does vitamin D deficiency have

چه به‌صورت فردی و چه گروهی پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

پژوهشگر از همکاری زوج محترم شرکت‌کننده در این پژوهش، صمیمانه تشکر و سپاسگزاری می‌نماید.

منابع

- 1- Ballester-Arnal R, Ruiz-Palomino E & Gil-Llario MD. (2015). HIV Testing among Spanish youth: analysis of the mediating role of the big five personality and other psychological factors. *AIDS and Behavior*. 19(11): pp. 2001-2011.
- 2- Rosen RC, Heiman JR, Long JS, Fisher WA & Sand MS. (2016). Men with sexual problems and their partners: findings from the international survey of relationships. *Archives of Sexual Behavior*. 45(1): pp. 159-173.
- 3- Yeung J & Pauls RN. (2016). Anatomy of the vulva and the female sexual response. *Obstetrics and Gynecol Clinics of North America*. 43(1): pp. 27-44.
- 4- Krysiak R, Drosdzol-Cop A, Skrzypulec-Plinta V & Okopien B. (2016). Sexual function and depressive symptoms in young women with nonclassic congenital adrenal hyperplasia. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(1): pp.34-39.
- 5- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA. pp. 211-219.
- 6- Boddi V, Fanni E, Castellini G, Fisher AD, Corona G & Maggi M. (2015). Conflicts within the family and within the couple as contextual factors in the determinism of male sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*. 12(12): pp. 2425-2435.
- 7- Matthew A. (2016). Core principles of sexual health treatments in cancer for men. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*. 10(1): pp.38-43.
- 8- Golub SA, Thompson LI & Kowalczyk WJ. (2016). Affective differences in iowa gambling task performance associated with sexual risk taking and substance use among HIV-positive and HIV-negative men who have sex with men. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 38(2): pp. 141-157.
- 9- Flichman A. Anxiety, anxiety disorders and sexuality. (2013). *The complex relation between anxiety and sexual performance*. *Vertex (Buenos Aires, Argentina)*. 24(110): pp. 291-294.
- 10- Carteiro DM, Sousa LM & Caldeira SM. (2016). Clinical indicators of sexual dysfunction in

therapy for ADHD in adults: systematic review and meta-analyses. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 8(1): pp. 3-11.

a role? *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*. 8(12): pp. 22491-22496.

۳۱- عباسی، زهره؛ امیری، شعله؛ و طالبی، هوشنگ. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر واحد پردازش ای (MCBT) بر کاهش علائم اضطراب جدایی کودکان ۶ و ۷ ساله. *روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳(۲): ۶۴-۵۱.

۲۱- بایرامی، رقیه؛ ستارزاده، نیلوفر؛ رجنبر کوچکسراشی، فاطمه؛ و پزشکی، محمدزکریا. (۱۳۸۷). عملکرد جنسی مردان و عوامل مرتبط با آن در دوره بارداری همسر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. ۸(۴): ۳۶۳-۳۵۶.

۳۲- رضایی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمیدطاهر؛ و کیلی زارچ، نجمه؛ امرا، بابک؛ و مولوی، حسین. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آس. *روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۹(۷): ۳۲-۲۳.

۲۲- رئیس، فیروزه؛ قاسم زاده، حبیب اله؛ میثمی، علی پایا؛ خجسته فر، ریحانه؛ کرم قدیری، نرگس؛ سرایانی، مریم؛ و همکاران. (۱۳۹۴). شیوع اختلال های عملکرد جنسی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی. *مجله دانشکده پزشکی*. ۷۳(۲): ۱۰۹-۱۰۱.

23- Driskell LD, Starosta AJ & Brenner LA. (2016). Clinical utility and measurement characteristics of the hospital anxiety and depression scale for individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology*. 61(1): pp. 112-113.

۲۴- عبادی، عباس؛ مرادیان، سید طیب؛ فیضی، فخرالدین؛ و آسیایی، مجتبی. (۱۳۹۰). مقایسه اضطراب و افسردگی بیمارستانی در بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونر بر حسب درمان پید شنهادی. *مجله پرستاری مراقبت ویژه*. ۴(۲): ۱۰۲-۹۷.

۲۵- رجبی، غلامرضا؛ امان الهی، عباس؛ خجسته مهر، رضا؛ حسینی، محمدعلی؛ و عطاری، یوسفعلی. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی در درمان مردان مبتلا به انزال زودرس مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده. ۲(۴): ۴۵۵-۴۳۵.

26- Asselmann E, Hoyer J, Wittchen HU & Martini J. (2016). Sexual problems during pregnancy and after delivery among women with and without anxiety and depressive disorders prior to pregnancy: a prospective-longitudinal study. *The Journal of Sexual Medicine*. 13(1): pp. 95-104.

27- Nowosielski K, Wróbel B & Kowalczyk R. (2016). Women's endorsement of models of sexual response: correlates and predictors. *Archives of Sexual Behavior*. 45(2): pp. 291-302.

28- Staccini L. (2015). Psychological treatment of female sexual dysfunction: a critical review of the literature. *Rivista di Psichiatria*. 50(6): pp. 265-273.

29- McGowan SK, Espejo EP, Balliett N & Werdowatz EA. (2016). The Effects of Transdiagnostic Group CBT for Anxiety on Insomnia Symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*. 45(2): pp. 163-175.

30- Jensen CM, Amdisen BL, Jørgensen KJ & Arnfred SM. (2016). Cognitive behavioural