



دانشگاه اصفهان
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه روانشناسی

پایان نامه ی دکتری رشته ی روانشناسی

مقایسه اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری، فراشناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر انزال زودرس، رضایت زناشویی، اضطراب و افسردگی مردان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان

استادان راهنما:

دکتر حمید طاهر نشاط دوست
دکتر مهرداد کلانتری

استادان مشاور:

دکتر مهرداد صالحی
دکتر محمد حسین ایزدپناهی

پژوهشگر:

محمد سلطانی زاده

بهمن ماه ۱۳۹۱

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات
و نوآوری های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه
متعلق به دانشگاه اصفهان است.

خدای را بسی شاکرم که از روی کرم پدر و مادری فداکار نصیم ساخته
آمان که وجودم برایشان همه رنج بوده و وجودشان برایم همه مهر
توانشان رفت تا به توانایی برسم و رویشان سپیدگشت تا سپید بانم
آمان که راستی قائم در شکستن قاتمان تجلی یافت
این اثر را به این دو عزیز تقدیم می کنم

به مصداق «من لم يشكر المخلوق لم يشكر الخالق»

بی‌شایسته است از اساتید محترم راهما جناب آقای دکتر حمید طاهر نشاط دوست و جناب آقای دکتر مهرداد کلاتری که
با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی‌های کار ساز و سازنده
بارور ساختند، تقدیر و تشکر نمایم.

ذره ای بودم و مهر تو مرا بالا برد

من به سرپوشه خورشید نه خود بردم راه

و با تشکر از اساتید مشاور جناب آقای دکتر مهرداد صالحی و جناب آقای دکتر محمد حسین اینزپناهی که اگر مساعدت‌های این
بزرگواران نبود، انجام این پژوهش میسر نمی‌گردید.

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، فراشناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر انزال زودرس، رضایت زناشویی، اضطراب و افسردگی مردان مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان بود. طرح پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه بود. نمونه پژوهش ۴۰ نفر از مردان دارای انزال زودرس بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند و در چهار گروه گواه، درمان شناختی-رفتاری، فراشناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های رضایت زناشویی انریچ، شاخص انزال زودرس، پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی و فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت را در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه تکمیل کردند. همچنین، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا در هر سه مرحله ارزیابی، سه مرتبه زمان انزال درون واژنی (IELT) خود را به وسیله کرنومتر اندازه گیری کنند. داده‌های حاصل از پژوهش با روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی داری بین اثربخشی سه روش درمانی بر کاهش نشانه‌های انزال زودرس و افزایش IELT در مراحل پس آزمون و پیگیری وجود دارد و درمان شناختی-رفتاری بیشترین اثربخشی را داشت ($P < 0/01$)، با این حال، در زمان پیگیری، بین گروه درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه تفاوتی وجود نداشت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که هر سه روش درمان توانست رضایت زناشویی مردان دارای انزال زودرس را افزایش و اضطراب و افسردگی آنها را کاهش دهد و اثرات درمان تا زمان پیگیری حفظ شد. درمان‌های ارائه شده توانست کیفیت زندگی آزمودنی‌ها را افزایش دهد و در این بین، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بیش از دو روش درمان فراشناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بود. در متغیر رضایت از زندگی، بین گروه‌های پژوهش تفاوت معنی داری وجود داشت و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین اثربخشی را در افزایش میزان رضایت از زندگی آزمودنی‌ها داشت ($P < 0/01$). نتایج پژوهش تأیید کننده تأثیر عوامل شناختی و فراشناختی بر انزال زودرس می باشد و درمان افراد دارای این اختلال، باعث افزایش رضایت زناشویی، رضایت از زندگی، کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی شد.

کلیدواژه‌ها: انزال زودرس، درمان شناختی-رفتاری، درمان فراشناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، رضایت

زناشویی، اضطراب، افسردگی

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱	شرح و بیان مسأله پژوهش	۴
۳-۱	اهمیت پژوهش	۹
۴-۱	اهداف پژوهش	۱۱
۱-۴-۱	اهداف اصلی	۱۱
۲-۴-۱	اهداف فرعی	۱۲
۵-۱	فرضیه های پژوهش	۱۲
۱-۵-۱	فرضیه های اصلی	۱۲
۲-۵-۱	فرضیه های فرعی	۱۲
۶-۱	تعاریف نظری و عملیاتی اصطلاحات	۱۳
۱-۶-۱	تعاریف نظری اصطلاحات	۱۳
۲-۶-۱	تعاریف عملیاتی اصطلاحات	۱۵

فصل دوم: پیشینه پژوهش

۱-۲	مقدمه	۱۷
۲-۲	بدکارکردی های جنسی	۱۷
۱-۲-۲	اختلالات میل جنسی	۱۹
۲-۲-۲	اختلالات انگیختگی جنسی	۱۹
۳-۲-۲	اختلالات ارگاسم	۲۱
۱-۳-۲-۲	اختلال ارگاسمی مرد	۲۱
۲-۳-۲-۲	انزال زودرس	۲۲
۴-۲-۲	اختلالات درد جنسی	۲۳
۱-۴-۲-۲	مقایرت دردناک	۲۳
۳-۲	انزال زودرس	۲۳
۱-۳-۲	مقدمه	۲۳
۲-۳-۲	انزال	۲۴
۳-۳-۲	تاریخچه بررسی انزال زودرس	۲۷
۴-۳-۲	تعریف انزال زودرس	۲۸
۱-۴-۳-۲	عملیاتی کردن متغیرها و سازه های انزال زودرس	۲۹

۳۰	..... ۲-۴-۳-۲ تعریف DSM و ICD از انزال زودرس
۳۲	..... ۳-۴-۳-۲ تعریف ISSM از انزال زودرس
۳۷	..... ۵-۳-۲ طبقه بندی انزال زودرس
۳۹	..... ۶-۳-۲ سبب شناسی انزال زودرس
۳۹	..... ۱-۶-۳-۲ عوامل خطر روانشناختی
۴۲	..... ۲-۶-۳-۲ عوامل رابطه ای
۴۳	..... ۴-۲ رضایت زناشویی
۴۴	..... ۱-۴-۲ زندگی زناشویی
۴۵	..... ۲-۴-۲ تعریف رضایت زناشویی
۴۶	..... ۳-۴-۲ ویژگی ازدواج های موفق
۴۷	..... ۴-۴-۲ علل نارضایتی زناشویی
۵۴	..... ۵-۴-۲ رابطه جنسی و رضایت زناشویی
۵۵	..... ۵-۲ کیفیت زندگی
۵۶	..... ۱-۵-۲ تعریف کیفیت زندگی
۵۷	..... ۲-۵-۲ ویژگی های کیفیت زندگی
۵۸	..... ۳-۵-۲ مؤلفه های کیفیت زندگی
۶۰	..... ۴-۵-۲ کاربردهای اندازه گیری کیفیت زندگی
۶۱	..... ۵-۵-۲ کیفیت زندگی مرتبط با سلامت
۶۲	..... ۶-۲ درمان شناختی- رفتاری
۶۳	..... ۱-۶-۲ مبانی نظری و پدیدآیی رویکرد شناختی- رفتاری
۶۴	..... ۲-۶-۲ نظریه شناختی بک
۶۷	..... ۱-۲-۶-۲ تجارب اولیه
۶۷	..... ۲-۲-۶-۲ فرض های بدکارکرد
۶۷	..... ۳-۲-۶-۲ افکار خودآیند منفی
۶۸	..... ۴-۲-۶-۲ رویدادهای بحرانی
۷۰	..... ۳-۶-۲ مدل شناختی- عاطفی اختلالات جنسی
۷۱	..... ۱-۳-۶-۲ طرحواره های شناختی
۷۱	..... ۲-۳-۶-۲ عاطفه مثبت و منفی
۷۲	..... ۳-۳-۶-۲ تمرکز توجه، توجه متمرکز بر خود و آگاهی احشایی
۷۳	..... ۴-۳-۶-۲ نگرانی
۷۵	..... ۴-۶-۲ بسته درمان شناختی- رفتاری
۷۵	..... ۱-۴-۶-۲ راهبردهای درمان شناختی- رفتاری

۲-۴-۶-۲	فرآیندهای اساسی درمان شناختی- رفتاری	۷۶
۳-۴-۶-۲	اهداف درمان	۷۷
۷-۲	فراشناخت و درمان فراشناختی	۷۸
۱-۷-۲	انواع فراشناخت	۸۴
۱-۱-۷-۲	دانش فراشناختی	۸۴
۲-۱-۷-۲	تجربه های فراشناختی	۸۶
۳-۱-۷-۲	راهبردهای کنترل فراشناختی	۸۷
۲-۷-۲	هیجان، نظارت فراشناختی و کنترل	۹۰
۳-۷-۲	سطح فرا و سطح عینی	۹۳
۴-۷-۲	مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)	۹۴
۵-۷-۲	سطوح مختلف مدل (S-REF)	۹۵
۶-۷-۲	تغییر باور، مقابله و شیوه های روانی	۹۶
۸-۲	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	۹۷
۱-۸-۲	زمینه نظری	۹۷
۲-۸-۲	مدل ذهن آگاهی	۱۰۰
۳-۸-۲	نظریه ذهن آگاهی	۱۰۲
۱-۳-۸-۲	بازادراک به عنوان یک فرامکانیسم	۱۰۳
۲-۳-۸-۲	بازادراک به عنوان یک فرایند تحولی	۱۰۴
۳-۳-۸-۲	باز ادراک در مقابل گسلس	۱۰۵
۴-۳-۸-۲	مکانیسم های دیگر ذهن آگاهی	۱۰۶
۹-۲	بازنگری پژوهش های انجام شده	۱۰۹

فصل سوم: روش پژوهش

۱-۳	طرح کلی پژوهش	۱۱۶
۲-۳	جامعه آماری	۱۱۷
۳-۳	روش نمونه گیری و حجم نمونه	۱۱۷
۴-۳	ابزار گردآوری داده ها	۱۱۹
۵-۳	روش اجرای پژوهش	۱۲۳
۶-۳	روش تجزیه و تحلیل اطلاعات	۱۲۷

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل آماری

۱-۴	مقدمه	۱۲۸
۲-۴	آمار توصیفی	۱۲۹

۳-۴ ارزیابی پیش فرض های آماری.....	۱۴۲
۱-۳-۴ پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه.....	۱۴۲
۲-۳-۴ پیش فرض تساوی واریانس ها.....	۱۴۴
۴-۴ تعیین و کنترل متغیرهای همگام و ناخواسته.....	۱۴۵
۵-۴ آمار استنباطی.....	۱۴۷
۶-۴ یافته های جانبی.....	۱۷۱
۷-۴ خلاصه و جمع بندی.....	۱۷۷

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵ مقدمه.....	۱۷۹
۲-۵ بحث در مورد یافته های پژوهش.....	۱۸۰
۳-۵ محدودیت های پژوهش.....	۱۹۱
۴-۵ پیشنهادات پژوهشی.....	۱۹۲
۵-۵ پیشنهادات کاربردی.....	۱۹۲

پیوست ها

۱ پیوست ۱ مقیاس رضایت از زندگی (SWLS).....	۱۹۴
۲ پیوست ۲ پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی (FFMQ).....	۱۹۵
۳ پیوست ۳ پرسشنامه فراشناخت-فرم کوتاه (MCQ-30).....	۱۹۷
۴ پیوست ۴ پرسشنامه رضایتمندی زناشویی انریچ.....	۱۹۸
۵ پیوست ۵ پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II).....	۲۰۲
۶ پیوست ۶ پرسشنامه اضطراب بک (BAI).....	۲۰۶
۷ پیوست ۷ فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF).....	۲۰۷
۸ پیوست ۸ شاخص انزال زودرس (IPE).....	۲۰۹
منابع و مأخذ.....	۲۱۰

فهرست شکل ها

صفحه	عنوان
۲۶.....	شکل ۱-۲ فرایند عصب زیست شناختی انزال.....
۶۶.....	شکل ۲-۲ نظریه طرحواره های بک برای اختلال هیجانی.....
۷۴.....	شکل ۲-۳ مدل بدکار کردی جنسی بارلو.....
۱۳۰.....	شکل ۱-۴ نمودار میانگین سن آزمودنی ها و همسران آنها بر حسب عضویت گروهی.....
۱۳۱.....	شکل ۲-۴ نمودار فراوانی تعداد فرزندان آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی.....
۱۳۲.....	شکل ۳-۴ نمودار فراوانی وضعیت اقتصادی- اجتماعی آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی.....
۱۳۳.....	شکل ۴-۴ نمودار میانگین نمرات رضایت از زندگی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۳۴.....	شکل ۵-۴ نمودار میانگین نمرات اضطراب آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۳۵.....	شکل ۶-۴ نمودار میانگین نمرات افسردگی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۳۷.....	شکل ۷-۴ نمودار میانگین نمره کل رضایت زناشویی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۳۸.....	شکل ۸-۴ نمودار میانگین نمره کل ذهن آگاهی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۴۰.....	شکل ۹-۴ نمودار میانگین نمره کل باورهای فراشناختی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۴۱.....	شکل ۱۰-۴ نمودار میانگین نمره کل کیفیت زندگی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....
۱۵۰.....	شکل ۱۱-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات انزال زودرس گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۵۴.....	شکل ۱۲-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات IELTS گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۶۰.....	شکل ۱۳-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات رضایت زناشویی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۶۲.....	شکل ۱۴-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۶۴.....	شکل ۱۵-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۶۹.....	شکل ۱۶-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۷۱.....	شکل ۱۷-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمرات رضایت از زندگی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۷۴.....	شکل ۱۸-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمره کل باورهای فراشناختی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۷۷.....	شکل ۱۹-۴ نمودار میانگین تعدیل شده نمره کل ذهن آگاهی گروه ها در پس آزمون و پیگیری.....
۱۸۴.....	شکل ۱-۵ مدل فراشناختی انزال زودرس.....

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ ویژگی های شیوه عینی و فراشناختی در مدل S-REF.....	۹۶
جدول ۱-۳ دیاگرام طرح پژوهش.....	۱۱۷
جدول ۲-۳ خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری.....	۱۲۵
جدول ۳-۳ خلاصه جلسات درمان فراشناختی- رفتاری.....	۱۲۶
جدول ۴-۳ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی.....	۱۲۷
جدول ۱-۴ توزیع فراوانی تحصیلات آزمودنی های پژوهش و همسران آنها بر حسب عضویت گروهی.....	۱۲۹
جدول ۲-۴ شاخص های توصیفی سن آزمودنی ها و همسران آنها بر حسب عضویت گروهی.....	۱۲۹
جدول ۳-۴ شاخص های توصیفی طول مدت ازدواج آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی.....	۱۳۰
جدول ۴-۴ توزیع فراوانی تعداد فرزندان آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی.....	۱۳۱
جدول ۵-۴ توزیع فراوانی وضعیت اقتصادی- اجتماعی آزمودنی ها بر حسب عضویت گروهی.....	۱۳۱
جدول ۶-۴ شاخص های توصیفی نمرات رضایت از زندگی آزمودنی های پژوهش بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۲
جدول ۷-۴ شاخص های توصیفی نمرات اضطراب آزمودنی های پژوهش بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۳
جدول ۸-۴ شاخص های توصیفی نمرات افسردگی آزمودنی های پژوهش بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۴
جدول ۹-۴ شاخص های توصیفی نمرات رضایت زناشویی آزمودنی ها و خرده مقیاس های آن بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۵
جدول ۱۰-۴ شاخص های توصیفی نمرات ذهن آگاهی آزمودنی ها و خرده مقیاس های آن بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۷
جدول ۱۱-۴ شاخص های توصیفی نمرات باورهای فراشناختی آزمودنی ها و خرده مقیاس های آن بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۳۹
جدول ۱۲-۴ شاخص های توصیفی نمرات کیفیت زندگی آزمودنی ها و خرده مقیاس های آن بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۴۰
جدول ۱۳-۴ شاخص های توصیفی نمرات انزال زودرس و IELTS آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی و عضویت گروهی.....	۱۴۲
جدول ۱۴-۴ نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش.....	۱۴۳
جدول ۱۵-۴ نتایج آزمون لوین جهت ارزیابی پیش فرض تساوی واریانس های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش.....	۱۴۴

جدول ۴-۱۶ ضرایب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پس از آزمون.....	۱۴۶
جدول ۴-۱۷ ضرایب همبستگی بین متغیرهای جمعیت شناختی و متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیگیری.....	۱۴۷
جدول ۴-۱۸ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات انزال زودرس در پس از آزمون.....	۱۴۸
جدول ۴-۱۹ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات انزال زودرس در پس از آزمون.....	۱۴۸
جدول ۴-۲۰ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات انزال زودرس در مرحله پیگیری.....	۱۴۹
جدول ۴-۲۱ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات انزال زودرس در مرحله پیگیری.....	۱۵۰
جدول ۴-۲۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات IELTS در پس از آزمون.....	۱۵۱
جدول ۴-۲۳ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات IELTS در پس از آزمون.....	۱۵۲
جدول ۴-۲۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر نمرات IELTS در مرحله پیگیری.....	۱۵۲
جدول ۴-۲۵ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات IELTS در مرحله پیگیری.....	۱۵۳
جدول ۴-۲۶ نتایج تحلیل کوواریانس جهت تأثیر عضویت گروهی بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در پس از آزمون.....	۱۵۴
جدول ۴-۲۷ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در مرحله پس از آزمون.....	۱۵۶
جدول ۴-۲۸ نتایج تحلیل کوواریانس جهت تأثیر عضویت گروهی بر رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در مرحله پیگیری.....	۱۵۷
جدول ۴-۲۹ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات رضایت زناشویی و خرده مقیاس های آن در مرحله پیگیری.....	۱۵۹
جدول ۴-۳۰ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر اضطراب در مراحل پس از آزمون و پیگیری.....	۱۶۱
جدول ۴-۳۱ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات اضطراب در مراحل پس از آزمون و پیگیری.....	۱۶۲
جدول ۴-۳۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر افسردگی در مراحل پس از آزمون و پیگیری.....	۱۶۳
جدول ۴-۳۳ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی در مراحل پس از آزمون و پیگیری.....	۱۶۴
جدول ۴-۳۴ نتایج تحلیل کوواریانس جهت تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن در مرحله پس از آزمون.....	۱۶۵
جدول ۴-۳۵ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن در مرحله پس از آزمون.....	۱۶۶
جدول ۴-۳۶ نتایج تحلیل کوواریانس جهت تأثیر عضویت گروهی بر کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن در مرحله پیگیری.....	۱۶۷
جدول ۴-۳۷ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات کیفیت زندگی و خرده مقیاس های آن در مرحله پیگیری.....	۱۶۸

جدول ۳۸-۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر رضایت از زندگی در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۱۶۹
جدول ۳۹-۴ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمرات رضایت از زندگی در مرحله پس آزمون و پیگیری.....	۱۷۰
جدول ۴۰-۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر باورهای فراشناختی در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۱۷۲
جدول ۴۱-۴ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمره کل باورهای فراشناختی در مرحله پس آزمون و پیگیری.....	۱۷۳
جدول ۴۲-۴ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر ذهن آگاهی و خرده مقیاس های آن در مراحل پس آزمون و پیگیری.....	۱۷۵
جدول ۴۳-۴ مقایسه های زوجی میانگین تعدیل شده نمره کل ذهن آگاهی در مرحله پس آزمون و پیگیری.....	۱۷۶

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه

رفتار جنسی در انسان تنها یک پاسخ فیزیولوژیک و یا یک رفتار روانی نیست، بلکه ترکیبی از هر دو ساختار است. رفتار سالم جنسی بستگی به سلامت مراحل فعالیت جنسی دارد. فعالیت جنسی با آمادگی روانی آغاز گردیده، با تحریک پذیری و آمادگی جسمی ادامه پیدا نموده و با مقاربت و رسیدن به مرحله ارگاسم خاتمه می پذیرد. رفتار جنسی مانند سایر ساختارهای زیستی و روانی می تواند دچار اختلال گردیده و یا حتی ظاهر نشود (قوام و تسییح سازان، ۱۳۸۶).

تعامل جنسی، تظاهر جسمانی نیاز به پذیرش، اثبات^۱ و نیاز به زنده بودن است. این سائق ها در انسان هم اکنون نیز به نیرومندی آنها در پیشینیان می باشد. در مردان همواره بین عملکرد جنسی و احساس ارزشمندی رابطه زیادی وجود دارد که موجب می شود عملکرد جنسی برای آنها بسیار مهم باشد. شکایت های جنسی در همه ی مردان در سنین مختلف، و با نژادها و فرهنگ های متفاوت وجود دارد (کندل^۲، ۲۰۰۷).

1- affirmation
2- Kandeel

بدکار کردی های جنسی^۱ با اختلال در میل جنسی و با تغییرات زیست-روانشناختی مرتبط با چرخه ی پاسخ جنسی در مردان و زنان، مشخص می شود. در سال های اخیر، تقاضای افراد برای خدمات بالینی در این زمینه افزایش یافته است و پژوهش ها، حاکی از تأثیر بالقوه ی این اختلالات بر روابط بین فردی و کیفیت زندگی می باشد. در سال های اخیر، پیشرفت و تحول در چندین زمینه، باعث افزایش توجه و علاقه ی حرفه ای و عمومی به بدکار کردی های جنسی شده است. اول، پیشرفت های عمده ای که در چگونگی عملکرد سازوکارهای عصبی-عروقی^۲ در پاسخ جنسی مردان و زنان به وجود آمده است. دوم، شناسایی چند طبقه دارویی جدید که در درمان بدکار کردی های جنسی موفق بوده اند. در دسترس بودن این داروها به طور چشمگیری تعداد بیمارانی را که به دنبال کمک حرفه ای برای مشکلاتشان هستند، افزایش داده است. در نهایت، تغییر نگرش های فرهنگی و تغییرات جمعیت شناختی، مشکلات جنسی را پررنگ کرده و توجه به آنها را افزایش داده است (لومن، پایک و روزن،^۳ ۱۹۹۹).

بدکار کردی های جنسی در تمام جوامع وجود دارد و بر روی کیفیت زندگی افراد متأهل اثر گذاشته و رضایتمندی آنان را از زندگی زناشویی کاهش می دهد (لومن و همکاران، ۲۰۰۵؛ مک کیب^۴، ۱۹۹۷). به طور کلی، بدکار کردی های جنسی دربرگیرنده ی مشکلاتی است که افراد در تعامل جنسی مطلوب تجربه می کنند و همچنین، مشکلات زیست شناختی در چرخه ی پاسخ جنسی انسان می باشد. مسترز و جانسون^۵ (۱۹۷۸) معتقدند که شاید نیمی از زوج ها در ایالات متحده، دارای یک بدکار کردی جنسی جدی می باشند که موجب کاهش کیفیت روابط می شود. این مشکلات اغلب ولی نه همیشه، با تعارضات بین فردی در زوجین همراه است. گاهی اوقات، احساسات منفی و شدیدی با این مشکلات همراه می گردد. بدکار کردی های جنسی دربرگیرنده ی مشکلاتی در رفتارهای جنسی و در افکار و هیجانات همراه با این رفتارها می باشد. بعضی از مردان و زنان به خاطر این مشکلات بسیار پریشان، ناکام و خشمگین می شوند. در بعضی مواقع، مشکلات به علت عوامل زیستی به وجود می آید، در حالی که در موارد دیگر، به خاطر مشکلات روانشناختی یا مشکل در سازگاری روانی اجتماعی به وجود می آیند. عوامل اجتماعی، بین فردی و فردی همگی می توانند علت بدکار کردی های جنسی باشند یا بر آن تأثیر بگذارند.

1- sexual dysfunctions

2- neurovascular

3- Lumann, Paik & Rosen

4- McCabe

5- Masters & Johnson

گاهی اوقات بدکارکردی های جنسی می تواند موجب شود افراد درباره ی احساساتشان به همسر یا احساسات همسر به خود، دچار شک و تردید شوند. بدکارکردی های جنسی می تواند موجب تردید و پرسش های درونی بیشتری شود و اغلب افراد در مورد علت مشکل خود، نشخوارهای فکری دارند. مفاهیمی همچون نقص^۱، سرزنش^۲ و گناه^۳ اغلب در افکار و احساسات افراد درباره ی مشکلات جنسی وجود دارد. کلماتی که برای اشاره به مشکلات جنسی استفاده می شود، به طور ضمنی دارای معانی بی کفایتی^۴، آسیب پذیری^۵ و حتی مشکلات روانشناختی می باشد (وِیمر و لپیتر^۶، ۲۰۰۵).

بدکارکردی های جنسی خود را به صورت آسیب در توانایی دستیابی به صمیمیت جسمانی و جنسی با همسر نشان می دهد. در نتیجه، این آسیب ها می تواند برای کیفیت زندگی افراد به غایت مضر باشد. از لحاظ تاریخی، جامعه توفیق جنسی را به عنوان شاخصی از مردانگی تلقی کرده است. مردانی که از بدکارکردی های جنسی رنج می برند نه تنها باید بر مشکل جسمانی خود غلبه کنند، بلکه باید برای تداوم هویت اجتماعی و جنسی خود نیز تلاش کنند. وجود درمان های مؤثر برای بدکارکردی های جنسی می تواند این مشکل آسیب رسان را تسکین دهد (کیندل، ۲۰۰۷).

پژوهش های متعدد حاکی از شیوع بالای بدکارکردی های جنسی در مردان و زنان می باشد و بر اساس این پژوهش ها، انزال زودرس یکی از شایع ترین این بدکارکردی ها در مردان است (رید، کینگ و واتسون^۷، ۱۹۹۷؛ روزن^۸، ۲۰۰۰؛ نیکولسی^۹ و همکاران، ۲۰۰۴؛ لومن و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز قوام و تسیح سازان (۱۳۸۶) گزارش کردند که مشکلات نعوظ^{۱۰} و انزال زودرس^{۱۱} در مردان و اختلال در ارگاسم و واژنیسم^{۱۲} در زنان شایع ترین بدکارکردی های جنسی بوده اند.

در حال حاضر دو تعریف رسمی برای انزال زودرس وجود دارد. در ویراست چهارم فرم تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) انزال زودرس به عنوان "انزال دائم و تکرار شونده با حداقل تحریک جنسی قبل، در حین و یا بلافاصله بعد از دخول و پیش از زمان دلخواه" تعریف شده

-
- 1- fault
 - 2- blame
 - 3- guilt
 - 4- inadequacy
 - 5- vulnerability
 - 6- Westheimer & Lopater
 - 7- Read, King & Watson
 - 8- Rosen
 - 9- Nicolosi
 - 10- erectile dysfunction
 - 11- premature ejaculation
 - 12- vaginismus

است. درمانگران باید عواملی مانند سن، تازگی شریک جنسی یا موقعیت و میزان فعالیت جنسی اخیر فرد را که بر مدت زمان مرحله تحریک اثر می‌گذارد، در نظر بگیرند. در این تعریف، انزال زودرس تنها هنگامی تشخیص داده می‌شود که باعث پریشانی واضح یا مشکلات بین فردی شود. در ویراست دهم طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها (ICD-10) انزال زودرس بدین صورت تعریف می‌شود: "ناتوانی در به تأخیر انداختن انزال به قدر کافی تا فرد از نزدیکی لذت ببرد. انزال زودرس به یکی از این دو شکل بروز می‌کند: ۱- انزال قبل از شروع مقاربت یا در آغاز آن روی می‌دهد (اگر محدوده زمانی لازم باشد ظرف ۱۵ ثانیه از شروع مقاربت) ۲- قبل از آنکه نعوظ به حدی برسد که مقاربت امکان پذیر شود، انزال رخ می‌دهد." (سادوک و سادوک^۱، ۱۳۸۶).

از این تعاریف چنین بر می‌آید که در تعریف انزال زودرس، شاخص های ارزیابی ذهنی فرد دارای اختلال و همچنین شاخص های عینی همچون مدت زمان انزال مورد توجه قرار گرفته است.

۲-۱ شرح و بیان مسأله پژوهش

بر اساس پژوهش های همه گیر شناسی^۲، انزال زودرس یکی از شایعترین بدکارکردی های جنسی در مردان می باشد (ماتنگیو^۳ و همکاران، ۲۰۰۴؛ بایرز و گرنیئر^۴، ۲۰۰۳). به طور کلی، شیوع انزال زودرس در جمعیت مردان دنیا و در همه ی گروه های سنی بین ۲۵ تا ۴۰ درصد می باشد (لومن و همکاران، ۱۹۹۹، لومن و همکاران، ۲۰۰۵). نتایج پیمایش سلامت ملی و زندگی اجتماعی^۵ (NHSL) شیوع انزال زودرس را ۲۹ درصد برآورد کرده است (لومن و همکاران، ۱۹۹۴). یافته های مشابهی در پژوهش جهانی نگرش ها و رفتارهای جنسی^۶ (GSSAB) به دست آمد. این پژوهش، یک پیمایش بزرگ است که شیوع اختلالات جنسی رایج را در ۲۹ کشور جهان که به هفت منطقه جغرافیایی تقسیم شدند، برآورد کرد. در این پژوهش شیوع انزال زودرس ۲۷/۴ تا ۳۰/۵ درصد به دست آمد (لومن و همکاران، ۲۰۰۵).

نظریه هایی که امروزه در زمینه سبب شناسی انزال زودرس وجود دارد، بر ترکیب و تعامل عوامل روانشناختی و زیستی توجه دارند. اگرچه تا به امروز هیچ نظریه ی سبب شناسی واحدی پذیرش همگانی نیافته است، اما این نکته مورد پذیرش همگان است که فرایندهای روانشناختی، میانجی بروز مؤلفه های جسمانی زیربنایی می باشد. (مانتورسی^۷، ۲۰۰۵). از جمله علل روانشناختی انزال زودرس، شرطی سازی جنسی می باشد که توسط مسترز و

1- Sadock & Sadock

2- epidemiological

3- Montague

4- Byers & Grenier

5- National Health and Social Life Survey (NHSL)

6- Global Study of Sexual Attitudes and Behavior (GSSAB)

7- Montorsi

جانسون (۱۹۷۰) توصیف شده است. اضطراب نیز می تواند نقش اساسی در ایجاد انزال زودرس ایفا کند. افراد مبتلا به انزال زودرس اغلب اظهار می دارند که دچار اضطراب می باشند. از آنجا که اعصاب خودمختار سمپاتیک نقش اساسی در انزال به عهده دارد و اضطراب فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک را افزایش می دهد، بنابراین ارتباط قابل قبولی بین افزایش فعالیت سمپاتیک و کاهش آستانه انزال وجود دارد (رولند و اسلاب^۱، ۱۹۹۷). در زمینه علل زیستی، محققان به نقش عوامل ژنتیکی (شاپیرو^۲، ۱۹۴۳؛ والدینگر^۳ و همکاران، ۱۹۹۸) و اختلال در سیستم سروتونرژیک دستگاه اعصاب مرکزی (والدینگر، ۲۰۰۲) اشاره کرده اند. بنابراین، از دیدگاهی دیگر می توان گفت که سبب شناسی انزال زودرس بر اساس آمادگی ژنتیکی می باشد و اگرچه عوامل هیجانی و شناختی با این نقائص اولیه تعامل می کنند، با این حال اختلالات روانشناختی مرتبط با انزال زودرس، پدیده های ثانویه می باشند (والدینگر، زیندرمن و الیویر^۴، ۲۰۰۴).

یکی از نظریه هایی که در زمینه سبب شناسی مشکلات جنسی موفقیت زیادی به دست آورده است، نظریه های شناختی است و بر اساس آن روش هایی برای درمان اختلالات جنسی تدوین شده است. به عنوان مثال، بارلو^۵ (۱۹۸۶) فرض می کند که باور غیرواقع بینانه و یا ناسازگار در مورد فعالیت جنسی و انتظارات منفی بسیار قوی، موجب اضطراب و عاطفه منفی بیشتر در موقعیت های جنسی می شود. افراد به منظور پیش بینی و جلوگیری از شکست در عملکرد جنسی، برانگیختگی و عملکرد خود را زیر نظر می گیرند و در نتیجه نسبت به نشانه های هماهنگ با انتظارات منفی خود، گوش به زنگ می شوند. بارلو نیز مانند مسترز و جانسون معتقد است که اضطراب به دلیل توجه انتخابی به عملکرد جنسی و عدم توجه به محرک های مناسب جنسی، ناشی می شود. در نتیجه، با ایجاد یک چرخه معیوب، مشکلات در عملکرد جنسی باعث افزایش طرحواره ها، باورها، و انتظارات جنسی منفی می شود و نهایتاً حس ناامیدی در مورد فعالیت جنسی و کناره گیری از آن ایجاد می شود (بروس^۶ و بارلو، ۱۹۹۰). بر این اساس، درمان شناختی- رفتاری به عنوان یکی از روش های درمان انزال زودرس در نظر گرفته شد. این روش درمان، می تواند به عنوان معیاری برای مقایسه اثربخشی درمان های نوین مورد استفاده قرار گیرد.

1- Rowland & Slob
 2- Schapiro
 3- Waldinger
 4- Zwinderman & Olivier
 5- Barlow
 6- Bruce

بعضی از دانشمندان معتقدند که اختلالات جنسی با حواس پرتی^۱، خود انتقادی درباره ی عملکرد جنسی و فقدان توجه به زمان حال و محرک های جنسی و برخی از عوامل فراشناختی^۲ ارتباط دارد (بارلو، ۱۹۸۶؛ داو و ویدرمن^۳، ۲۰۰۰؛ مسترز و جانسون، ۱۹۷۰). فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (موسس و بیرد^۴، ۲۰۰۲). ولز^۵ (۲۰۰۱) معتقد است که برخی جنبه های خاص فراشناخت همانند خود آگاهی^۶ و توجه متمرکز بر خود^۷ با اختلالات روانی رابطه دارد. در مدل فراشناختی اختلالات روانی چنین فرض می شود که پدید آیی اختلال با فعال شدن نوعی از سبک تفکر به نام سندرم شناختی - توجهی (CAS) همراه است. سندرم شناختی - توجهی، تفکر تکراری به شکل نگرانی و نشخوار فکری است که به عنوان یک ابزار مقابله با تهدید استفاده می شود. سندرم شناختی - توجهی از باورهای فراشناختی مثبت و منفی ناشی می شود (ولز و متیو^۸، ۱۹۹۴). برخی از پژوهش ها به بررسی نقش تعدادی از ویژگی های سندرم توجهی - شناختی در رابطه با مشکلات و بدکارکردی های جنسی پرداخته اند. به عنوان مثال، مسترز و جانسون (۱۹۷۰) معتقدند که عامل اصلی در مشکلات جنسی، توجه فرد بر عملکرد خودش در حین فعالیت جنسی می باشد. آنها معتقدند توجه به عملکرد، باعث از دست رفتن توجه به جنبه های شهوانی و لذت بخش فعالیت جنسی می شود و در نتیجه، با برانگیختگی جنسی تداخل ایجاد می کند. از زمانی که مسترز و جانسون (۱۹۷۰) مفاهیم نظارت^۹ و تمرکز حسی^{۱۰} را مطرح نمودند، توجه متمرکز بر خود در رابطه با عملکرد جنسی مطرح گردید. مفهوم نظارت، به تمرکز بر فرد و ارزیابی وی در حین فعالیت جنسی از دیدگاه شخص سوم اشاره دارد. نظارت، موجب توجه فرد بر افکار مرتبط با عملکرد و اطلاعات غیر جنسی می شود. این نوع تمرکز توجه، تأثیرت زیان آوری بر عملکرد جنسی دارد (مستون^{۱۱}، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، نگرانی^{۱۲} نیز عاملی است که می تواند بر عملکرد جنسی تأثیر گذار باشد. یکی از ویژگی های مرتبط با نگرانی، شناخت های منفی آزاردهنده است که موجب افکار خود آیند منفی می شود و رها شدن از آنها بسیار مشکل است (ولز و موریسون^{۱۳}، ۱۹۹۴).

-
- 1- distraction
 - 2- metacognition
 - 3- Dove & Wiederman
 - 4- Moses & Baird
 - 5- Wells
 - 6- self-awareness
 - 7- self-focused attention
 - 8- Mathews
 - 9- spectoring
 - 10- sensate focus
 - 11- Meston
 - 12- worry
 - 13- Morrison

نگرانی به عنوان یک پاسخ مقابله ای (خصوصاً در اختلالات جنسی) موجب اجتناب توجه از محرک های ایجادکننده اضطراب (مانند موقعیت های جنسی)، افزایش افکار خودآیند منفی (حواسپرتی) و افزایش عاطفه ی منفی می شود. همه ی این موارد با کنش جنسی تداخل ایجاد می کند (بارلو، ۲۰۰۲). مردانی که دارای بدکارکردی جنسی هستند، اشتغال فکری زیادی با شناخت هایی در مورد عملکرد جنسی شان دارند که می تواند باعث انحراف توجه آنها از محرک های مناسب شود. پردازش اطلاعات نامرتبط با تکلیف^۱ نه تنها بخش مهمی از ظرفیت محدود مغز را که برای پردازش محرک های جنسی لازم است، اشغال می کند، بلکه موجب در دسترس قرار گرفتن شبکه های ارتباطی نگرانی در حافظه می شود و بنابراین، با ایجاد اضطراب و افسردگی، پاسخ جنسی مناسب از بین می رود (بروس و بارلو، ۱۹۹۰؛ بارلو، ۱۹۸۶).

با توجه به اینکه پژوهش ها حاکی از تأثیر عواملی همچون سوگیری توجه، نشخوارهای فکری و نگرانی بر عملکرد جنسی می باشد و همگی این عوامل از پیامدهای سندرم شناختی- توجهی است، به نظر می رسد درمان فراشناختی می تواند در این زمینه مؤثر باشد. با این حال، پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان فراشناختی بر مشکلات جنسی به دست نیامد. از این رو، یکی از اهداف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناختی- رفتاری و مقایسه آن با درمان شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می باشد.

روش درمانی دیگری که می تواند در حل مشکلات جنسی مؤثر واقع شود، ذهن آگاهی^۲ است. بیشاپ^۳ و همکاران (۲۰۰۴) ذهن آگاهی را "جهت دهی توجه فرد به تجارب جاری وی که ویژگی آن گشودگی و پذیرش می باشد" تعریف کرده اند (ص. ۲۳۱). ذهن آگاهی روشی برای برقراری ارتباط با همه تجارب از جمله تجارب مثبت، منفی و خنثی می باشد و موجب کاهش میزان رنجش و افزایش سطح سلامت روانشناختی افراد می شود. ذهن آگاهی توجه افراد را بر تکالیف در حال انجام متمرکز می کند. وقتی شخص ذهن آگاه باشد، توجه وی درگیر گذشته یا آینده نیست و آنچه در لحظه رخ می دهد را می پذیرد و در مورد آن قضاوت نمی کند (گرمر، سیگل و فولتن^۴، ۲۰۰۵).

از آنجا که در ذهن آگاهی بر توجه به تجربیاتی که فرد در حال حاضر دارد، تأکید می شود و به افراد آموزش داده می شود تا رویدادها را به همان صورت که هست، بپذیرند و از فکر کردن و قضاوت کردن در مورد آنها و داشتن انتظارات خاص اجتناب کنند، بنابراین ممکن است رویکرد ذهن آگاهی برای افراد دارای مشکلات

1- task-irrelevant information

2- mindfulness

3- Bishop

4- Germer, Siegel & Fulton