

## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۲	۱ فصل اول.....
۲	۱-۱-مقدمه.....
۳	۲-۱-بیان مسأله.....
۷	۳-۱-ضرورت پژوهش.....
۸	۴-۱-اهداف پژوهش.....
۸	۱-۴-۱-هدف کلی.....
۸	۲-۴-۱-اهداف جزئی.....
۸	۵-۱-فرضیه های پژوهش.....
۹	۶-۱-متغیرهای اصلی پژوهش.....
۹	۱-۶-۱-متغیرهای مستقل.....
۹	۱-۶-۱-الف-درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با حضور ذهن.....
۹	۱-۶-۱-ب-تعریف مفهومی:.....
۹	۱-۶-۱-۱-۱-تعریف عملیاتی:.....
۹	۱-۶-۱-۲-رفتاردرمانی.....
۹	۱-۶-۱-۲-الف) تعریف مفهومی:.....
۹	۱-۶-۱-۲-ب) تعریف عملیاتی:.....
۱۰	۱-۶-۱-۳-متغیرهای وابسته:.....
۱۰	۱-۶-۱-۴-انزال زودرس.....
۱۰	۱-۶-۱-۴-الف)تعریف مفهومی:.....
۱۰	۱-۶-۱-۴-ب) تعریف عملیاتی:.....

- ۱-۶-۱-۵-اضطراب.....۱۰
- ۱-۶-۱-۵-الف) تعریف مفهومی:.....۱۰
- ۱-۶-۱-۵-ب) تعریف عملیاتی:.....۱۰
- ۲ فصل دوم.....۱۱
- ۱-۲- مقدمه.....۱۲
- ۱-۲-۱- چرا تقاضای روز افزونی برای درمان مشکلات جنسی وجود دارد؟.....۱۲
- ۲-۲- چرخه پاسخ جنسی انسان.....۱۲
- ۳-۲- مرحله میل.....۱۲
- ۳-۲-۱- مرحله برانگیختگی.....۱۳
- ۳-۲-۲- مرحله ارگاسم(اوج لذت جنسی).....۱۴
- ۳-۲-۳- مرحله فرونشینی.....۱۴
- ۴-۲- اختلالات جنسی.....۱۵
- ۴-۲-۱- بدکارکردی های جنسی.....۱۶
- ۴-۲-۱-۱- انزال به تأخیر افتاده.....۱۷
- ۴-۲-۱-۲- اختلال نعوظ.....۱۷
- ۴-۲-۱-۳- اختلال ارگاسم زنان.....۱۷
- ۴-۲-۱-۴- اختلال علاقه/تحریک جنسی زنان.....۱۷
- ۴-۲-۱-۵- اختلال درد/دخول تناسلی-لگنی.....۱۷
- ۴-۲-۱-۶- اختلال کمکاری میل جنسی مردان.....۱۷
- ۴-۲-۱-۷- انزال(اولیه)زودرس.....۱۷
- ۴-۲-۱-۸- بدکارکردی جنسی وابسته به دارو/مواد.....۱۷
- ۴-۲-۱-۹- بدکارکردی جنسی مشخص دیگر.....۱۷
- ۴-۲-۱-۱۰- بدکارکردی جنسی مشخص نشده.....۱۷
- ۴-۲-۵- انزال(اولیه)زودرس.....۱۷

- ۱۷-۲-۵-۱-مقدمه..... ۱۷
- ۱۸-۲-۵-۲-انزال..... ۱۸
- ۲۰-۲-۵-۳-تاریخچه بررسی انزال زودرس..... ۲۰
- ۲۰-۲-۵-۳-۱-دوره اول (۱۹۱۷-۱۸۸۷): انزال اولیه..... ۲۰
- ۲۱-۲-۵-۳-۲-مرحله دوم (۱۹۵۰-۱۹۱۷):نوروزها و اختلال روان تنی..... ۲۱
- ۲۱-۲-۵-۳-۳-مرحله سوم (۱۹۹۰-۱۹۵۰): رفتارآموخته شده..... ۲۱
- ۲۱-۲-۵-۳-۴-دوره چهارم (۱۹۹۰ تاکنون): عصب شناختی و ژنتیک..... ۲۱
- ۲۲-۲-۵-۴-تعریف انزال زودرس..... ۲۲
- ۲۳-۲-۵-۵-عملیاتی کردن متغیرها و سازه‌های انزال زودرس..... ۲۳
- ۲۴-۲-۵-۶-تعریف DSM و ICD انزال زودرس..... ۲۴
- ۲۶-۲-۵-۷-تعریف ISSM از انزال زودرس..... ۲۶
- ۲۶-۲-۵-۸-زمان تاخیر انزال درون واژنی (IELT)..... ۲۶
- ۲۸-۲-۵-۹-کنترل اختیار..... ۲۸
- ۳۰-۲-۵-۱۰-تعداد دفعات دخول..... ۳۰
- ۳۰-۲-۵-۱۱-رضایت همسر..... ۳۰
- ۳۱-۲-۵-۱۲-طبقه بندی انزال زودرس..... ۳۱
- ۳۱-۲-۵-۱۲-۱-انزال زود رس تمام عمر:..... ۳۱
- ۳۲-۲-۵-۱۳-تغییر طبیعی انزال زودرس..... ۳۲
- ۳۲-۲-۵-۱۴-اختلالات انزال شبه زودرس:..... ۳۲
- ۳۳-۲-۵-۱۵-سبب شناسی انزال زودرس..... ۳۳
- ۳۳-۲-۵-۱۵-۱-عوامل خطر روانشناختی..... ۳۳
- ۳۴-۲-۵-۱۵-۲-تجارب روانی جنسی..... ۳۴
- ۳۴-۲-۵-۱۵-۳-اضطراب و برانگیختگی سیستم سمپاتیک..... ۳۴
- ۳۵-۲-۵-۱۵-۴-مشکلات مربوط به برانگیختگی جنسی ذهنی..... ۳۵
- ۳۵-۲-۵-۱۵-۵-میزان رابطه جنسی..... ۳۵

- ۳۶.....تکامل.....۶-۱۵-۵-۲
- ۳۶.....نظریه های روان پویایی.....۷-۱۵-۵-۲
- ۳۶.....عوامل رابطه ای.....۸-۱۵-۵-۲
- ۳۷.....مفهوم و تعریف حضور ذهن.....۶-۲
- ۳۷.....زمینه نظری.....۱-۶-۲
- ۴۰.....مفاهیم و پیش فرض های حضور ذهن.....۲-۶-۲
- ۴۱.....حضور ذهن چه فوایدی دارد؟.....۳-۶-۲
- ۴۲.....درمان های مبتنی بر حضور ذهن.....۴-۶-۲
- ۴۳.....درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن.....۵-۶-۲
- ۴۴.....مداخلات درمانی حضور ذهن.....۶-۶-۲
- ۴۵.....2-7 رفتار درمانی.....۷-۲
- ۴۵.....مقدمه و توضیح.....۱-۷-۲
- ۴۶.....تاریخچه ی رفتار درمانی.....۲-۷-۲
- ۴۷.....موارد نظری : اصول رفتار درمانی.....۳-۷-۲
- ۴۷.....روشهای سنجش رفتاری.....۴-۷-۲
- ۴۷.....۱-۴-۷-۲ مصاحبه.....۴-۷-۲
- ۴۸.....۲-۴-۷-۲ پرسشنامه ها و ابزار های سنجش استاندارد :.....۴-۷-۲
- ۴۹.....۳-۴-۷-۲ نظارت شخصی.....۴-۷-۲
- ۴۹.....۴-۴-۷-۲ مشاهده رفتاری.....۴-۷-۲
- ۵۰.....۵-۴-۷-۲ تکنیک های کاهش ترس :.....۴-۷-۲
- ۵۰.....۱-۵-۴-۷-۲ آرامش سازی :.....۴-۷-۲
- ۵۱.....۶-۴-۷-۲ مواجهه درمانی.....۴-۷-۲
- ۵۱.....۷-۴-۷-۲ شرطی سازی پاسخگر یا شرطی سازی کلاسیک پاولفی.....۴-۷-۲
- ۵۱.....۸-۴-۷-۲ شرطی سازی کنشگر.....۴-۷-۲

۵۲	.....:خاموشی:۹-۴-۷-۲
۵۲	.....:آموزش مهارت‌ها:۱۰-۴-۷-۲
۵۳	.....:آموزش مهارت اجتماعی:۱-۱۰-۴-۷-۲
۵۴	.....:آموزش مهارت حل مسئله:۲-۱۰-۴-۷-۲
<b>۵۵</b>	<b>..... فصل سوم</b>
۵۶	.....۱-۳-خصوصیات کلی طرح پژوهش
۵۶	.....۲-۳-جامعه پژوهشی
۵۶	.....۳-۳-روش نمونه گیری و حجم نمونه
۵۸	.....۴-۳-روش مداخله رفتاردرمانی جنسی
۵۸	.....۵-۳-روش مداخله (چهار مرحله‌ی درمان)
۵۸	.....۱-۵-۳-مرحله‌ی اول
۵۹	.....۲-۵-۳-مرحله‌ی دوم
۶۰	.....۳-۵-۳-مرحله‌ی سوم
۶۰	.....۴-۵-۳-مرحله‌ی چهارم
۶۱	.....۶-۳-ابزار گردآوری داده‌ها
۶۱	.....۱-۶-۳-شاخص انزال زودرس:
۶۱	.....۲-۶-۳-رسشنامه اضطراب بک:
۶۱	.....۳-۶-۳-پرسشنامه اطلاعات فردی:
۶۱	.....۷-۳-روش اجرای پژوهش
۶۲	.....۸-۳-روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
<b>۶۳</b>	<b>..... فصل چهارم</b>
۶۴	.....۱-۴-مقدمه
۶۴	.....۲-۴-آمار توصیفی
۶۸	.....۳-۴-یافته‌های مربوط به پیش فرض‌ها

۶۹	.....۱-۳-۴-پیش فرض تساوی واریانس ها.....
۸۳	.....۵ فصل پنجم.....
۸۴	.....۱-۵-مقدمه.....
۸۴	.....۲-۵-بحث در مورد یافته‌های پژوهش.....
۸۸	.....۳-۵-محدودیت های پژوهش.....
۸۹	.....۱-۳-۵-پیشنهادات پژوهشی.....
۸۹	.....۲-۳-۵-پیشنهادات کاربردی.....
۹۰	.....۶ پیوست.....
۱۱۹	.....۷ منابع فارسی:.....
۱۲۰	.....۸ منابع انگلیسی:.....

## فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱: میانگین، انحراف استاندارد و دامنه سنی دو گروه آزمایش و کنترل.....	۶۴
جدول ۴-۲: شاخص‌های توصیفی طول مدت ازدواج آزمودنی‌ها.....	۶۵
جدول ۴-۳: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان گروه‌های آزمایشی و کنترل بر حسب تحصیلات.....	۶۵
جدول ۴-۴: توزیع فراوانی تعداد فرزندان آزمودنی‌های پژوهش.....	۶۶
جدول ۴-۵: توزیع فراوانی پاسخ‌گویان گروه‌های آزمایشی و کنترل بر حسب درآمد.....	۶۷
جدول ۴-۶: نتایج آزمون لوین جهت ارزیابی پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته پژوهش.....	۶۹
جدول ۴-۷: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف در مورد پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش.....	۶۹
جدول ۴-۸: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین پس‌آزمون نمرات انزال زودرس، IELTS و اضطراب گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون.....	۷۱
جدول ۴-۹: میانگین و انحراف معیار نمره‌های انزال زودرس مراجعان در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون.....	۷۲
جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات انزال زودرس گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون.....	۷۳
جدول ۴-۱۱: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونیرای مقایسه میانگین نمرات انزال زودرس گروه‌های سه‌گانه.....	۷۴
جدول ۴-۱۲: نتایج Tوابسته در پس‌آزمون و پیگیری انزال زودرس.....	۷۴
جدول ۴-۱۳: میانگین و انحراف معیار نمره‌های IELTS مراجعان در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون.....	۷۵
جدول ۴-۱۴: نتایج تحلیل کواریانس یک‌راهه در متن مانکوا بر روی پس‌آزمون میانگین نمرات IELTS گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش‌آزمون.....	۷۶
جدول ۴-۱۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونیرای مقایسه میانگین نمرات IELTS گروه‌های سه‌گانه.....	۷۷

جدول ۴-۱۶: نتایج T وابسته در پس آزمون و پیگیری IELTS.....	۷۷
جدول ۴-۱۷: میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب مراجعان در مراحل پیش آزمونو پس آزمون.....	۷۸
جدول ۴-۱۸: نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون میانگین نمرات اضطراب گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون.....	۷۹
جدول ۴-۱۹: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونیبرای مقایسه میانگین نمرات اضطراب گروه های سه گانه.....	۸۰
جدول ۴-۲۰: نتایج T وابسته در پس آزمون و پیگیری اضطراب.....	۸۰

## فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۶۶.....	نمودار ۱-۴: توزیع فراوانی پاسخ گویان گروههای آزمایشی و کنترل بر حسب تحصیلات.....
۶۷.....	نمودار ۲-۴: توزیع فراوانی تعداد فرزندان آزمودنی های پژوهش.....
۶۸.....	نمودار ۳-۴: توزیع فراوانی پاسخ گویان گروههای آزمایشی و کنترل بر حسب درآمد.....
۷۳.....	نمودار ۴-۴: میانگین نمرات پیش و پس آزمون انزال زودرس در دو گروه آزمایشی شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی و گروه کنترل.....
۷۶.....	نمودار ۵-۴: میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون IELTS در دو گروه آزمایشی شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی و گروه کنترل.....
۷۹.....	نمودار ۶-۴: میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون اضطراب در دو گروه آزمایشی شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی و گروه کنترل.....

## ۱ فصل اول

### کلیات پژوهش

## ۱-۱- مقدمه

تمایلات جنسی همواره کانون کنجکاوی، علاقه و تحلیل بشر بوده است. ترسیم رفتار جنسی<sup>۱</sup> از دوران نقاشی‌های غارنشینان ماقبل تاریخ تا تصاویر و نقاشی‌های داوینچی در مورد مقاربت و تا سایت‌های هرزه‌نگاری موجود در اینترنت وجود داشته است. عوامل مختلفی در تعیین رفتارها و تمایلات جنسی نقش دارند، نظیر عوامل تشریحی<sup>۲</sup>، فیزیولوژیکی، روانشناختی، فرهنگی که فرد در آن زندگی می‌کند، روابط فرد با دیگران، و تجارب رشدی در طول دوران زندگی (کاپلان<sup>۳</sup> و سادوک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). 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 می‌کند و با مقاربت و رسیدن به ارگاسم خاتمه می‌یابد (قوام و تسبیح سازان، ۱۳۸۶). رفتار جنسی بهنجار، رفتاری است که موجبات لذت فرد و شریک جنسی اش را فراهم می‌آورد، و شامل تحریک اعضای جنسی اولیه<sup>۵</sup>، همراه با مقاربت است؛ احساس نامتناسب گناه یا اضطراب در آن وجود ندارد؛ و از سر اجبار نیست (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). رابطه‌ی جنسی یکی از مهمترین بخش‌های زندگی مشترک است. بسیاری از پژوهش‌ها تاکید دارند که رضایت مندی زندگی زوجها به رضایت از زندگی جنسی وابسته است اما اختلال‌ها و بدکارکردهای جنسی باعث کاهش رضایت جنسی می‌شوند و در نتیجه زندگی زناشویی را مورد تهدید قرار می‌دهند (لورنس<sup>۶</sup> و بیرس<sup>۷</sup>، ۱۹۹۳). ناتان<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) اظهار کرده است که عدم وجود اطلاعات در مورد میزان بروز مشکلات جنسی نشان دهنده این حقیقت است که هیچ کدام از نابهنجاری‌های جنسی ناتوان کننده، کشنده، مادرزادی، واگیر، موروثی، قابل بستری و یا مرتبط با کار نبوده و از اینرو در آمارهای بهداشتی محاسبه نمی‌شوند. در سال‌های اخیر، چندین عامل باعث افزایش توجه و علاقه حرفه‌ای و عمومی به بدکارکردی‌های جنسی شده است. اول، پیشرفت‌های بسیاری که در چگونگی عملکرد سیستم‌های عصبی-عروقی در چرخه پاسخ جنسی مردان و زنان به وجود آمده است. دوم، شناسایی چندین طبقه دارویی جدید که در درمان بدکارکردی‌های جنسی موثر بوده‌اند. موجود بودن این داروها به طور وسیعی تعداد بیمارانی را که به دنبال کمک حرفه‌ای برای مشکلاتشان هستند، افزایش داده است. در انتها، تغییر نگرش‌های فرهنگی و تغییرات جمعیت‌شناختی، مشکلات جنسی را پر رنگ کرده و

1. Sexual behavior

2. Anatomy

3. Kaplan

4. Sadock

5. Primary sex organs

6. Lawrance

7. Byers

8. Nathan

توجه به آنها را افزایش داده است (لومن<sup>۱</sup>، پایک<sup>۲</sup> و روزن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹). در انزال زودرس مرد به صورت متناوب یا پایدار پیش از زمان دلخواه خود به ارگاسم رسیده و انزال می‌کند. هیچ چهارچوب زمانی دقیقی برای تعریف این اختلال وجود ندارد؛ تشخیص وقتی گذاشته می‌شود که مرد همیشه قبل یا بلافاصله بعد از دخول در مهبل انزال می‌کند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

## ۱-۲- بیان مسأله

اختلال انزال زودرس شایع ترین مشکل جنسی مردان است (لومن، نیکولسی<sup>۴</sup>، گلاسر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵؛ آلتوف<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷؛ هاتزیمورایتدس<sup>۷</sup>، امار<sup>۸</sup>، اردیل<sup>۹</sup>، گیلیان<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). مطالعاتی که از داده‌های مطالعه جهانی رفتارها و نگرش‌های جنسی<sup>۱۱</sup> (GSSAB) استفاده می‌کند، مشخص کرد که حدود یک سوم مردان مورد مطالعه، ابتلا به انزال زودرس را گزارش دادند (لاومان و همکاران، ۲۰۰۵؛ مونتورسی<sup>۱۲</sup>، سوتومايور<sup>۱۳</sup> و شارلیپ<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۵). ویژگی اصلی انزال زودرس شروع مستمر (مداوم) یا برگشت کننده (تکرار شونده) اوج لذت جنسی و انزال با کمترین تحریک جنسی، قبل، حین و یا کمی بعد از دخول و پیش از زمان دلخواه شخص است (DSM-IV-TR). در انزال زودرس، مرد مکرراً پیش از زمان دلخواه خود به ارگاسم رسیده و انزال می‌کند. در تشخیص اختلال، درمانگر باید عواملی مانند سن، تازگی شریک جنسی، دفعات و طول مدت نزدیکی را که بر طول مدت تحریک تاثیر می‌گذارد در نظر بگیرد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷). مسترز<sup>۱۵</sup> و جانسون<sup>۱۶</sup> (۱۹۷۰) تشخیص دادند، در صورتی یک مرد به انزال زودرس مبتلا است که ۵۰٪ اوقات نتواند انزال خود را به حد کافی به تأخیر بیندازد تا شریک جنسی وی هم به ارگاسم برسد. اکثر درمانگرهای جنسی معاصر این تعریف را به عنوان یک

---

1 . Lauman

2 . Paik

3 . Rosen

4 . Nicolosi

5 . Glasser

6 . Althof

7 . Hatzimouratidis

8 . Amar

9 . Eardle

10 . Giulian

11. Global Study of Sexual Attitude and Behavior

12 . Montorsi

13 . Sotomayor

14 . Sharlip

15 . Masters

16 . Johnson

تعریف ناقص در نظر میگیرند. برای مثال پولونسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) اشاره کرد که در مقایسه با آقایان تقریباً زمان بیشتری لازم است تا زنان به ارگاسم برسند. بعلاوه، وی گزارش داد که ۳۰٪ تا ۴۰٪ از زنان نمی‌توانند به ارگاسم درون واژنی برسند - یک چالش برای تئوری مقابرتی/انتقال فروید<sup>۲</sup> (۱۹۰۵/۱۹۵۳)، که عنوان کرد زنانی که نتوانند به ارگاسم مقابرتی برسند عصبی و نابالغ هستند.

در سبب شناسی انزال زودرس، اضطراب توسط بسیاری از محققین بیان شده و به وسیله شواهد علمی ثابت گردیده است. اضطراب باعث فعال شدن سیستم سمپاتیک و کاهش آستانه تحریک و انزال سریع می‌شود (کاپلان، ۱۹۷۴؛ ویلیامز<sup>۳</sup>، ۱۹۸۴؛ ولپ<sup>۴</sup>، ۱۹۸۲). کسانی که اضطراب در آنها وجود دارد هم در زمان مقابرت و هم در زمان تحریک شخصی دچار زودانزالی هستند (کوکوت<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰). مسترز و جانسون از اولین کسانی بودند که گفتند تجربه جنسی زودهنگام چون همراه با اضطراب و عجله است، می‌تواند علت و زمینه اصلی زودانزالی برای دفعات بعدی باشد. زودانزالی ممکن است مربوط به اضطراب از رابطه جنسی یا ترس ناخودآگاه در مورد مهبل باشد و یا ممکن است حاصل شرطی شدن منفی فرهنگی باشد. مردی که اغلب تماس‌های جنسی اولیه اش با فواحش بوده که مصرانه خواهان تمام شدن هر چه سریع‌تر عمل جنسی بوده اند و یا روابط جنسی اش در موقعیت‌هایی صورت گرفته که امکان دیده شدن و رسوایی وجود داشته است، برای کسب ارگاسم سریع، شرطی می‌شود.

بیکر<sup>۶</sup> و داسیلوا<sup>۷</sup> (۱۹۸۸) نشان دادند که مردان مبتلا به اختلال جنسی از نوع انزال زودرس با بدکارکردی نعوظی، عقایدی درباره چندین افسانه جنسی یا تصور غلط درباره‌ی مسایل جنسی بیان می‌کنند. نه تنها شناخت‌ها می‌توانند زنجیره‌ای از عوامل منفی را در این زمینه نشان دهند، بلکه می‌توانند عوامل منفی اولیه را افزایش دهند یا مقاوم کنند. به علاوه مداخله‌های شناختی می‌توانند به عنوان مانع عمل کنند (بارلو<sup>۸</sup>، ۱۹۸۶).

درمان شناختی-رفتاری که امروزه برای طیف وسیعی از بیماری‌ها به کار برده می‌شود در ابتدا توسط آرون بک برای درمان افسردگی به وجود آمد (بک<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵). این درمان طیف

---

1 . Polonsky  
2 . Fruid  
3 . Williams  
4 . Wolpe  
5 . Kockott  
6 . Baker  
7 . De Silva  
8 . Barlow  
9 . Beck

گسترده ای از مداخلات شناختی-رفتاری و محیطی را شامل می‌شود (وایت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). درمانگران شناختی-رفتاری و روان‌تحلیل‌گری اعتقاد دارند انزال زودرس می‌تواند ناشی از مشکلات رابطه باشد. کشمکش‌ها، ترس از تعهد، ترس از صمیمیت، انتظارات غیر واقعی درباره‌ی عملکرد جنسی که به وسیله‌ی خواسته‌های شریک جنسی به وجود آمده‌اند به عنوان عوامل انزال زودرس در نظر گرفته می‌شوند (گاتمن<sup>۲</sup>، ۱۹۹۴؛ بتچن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ متز<sup>۴</sup> و مک کارتی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

برنامه حضور ذهن به متون بودیستی برمی‌گردد که در واقع نه مذهبی و نه سری و نه رازگونه است و شامل آگاهی لحظه به لحظه از وضعیت‌ها و فرآیندهای ادراکی ذهنی است که در آن ارزیابی، تعصب و غرض وجود ندارد و شامل آگاهی مستقیم و مداوم از حس‌های جسمانی، ادراک‌ها، حالات عاطفی، افکار و تخیلات می‌شود (گروسمن<sup>۶</sup>، نی‌مان<sup>۷</sup>، اسمیت<sup>۸</sup> و والچ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۴). مراقبه‌ی حضور ذهن فراتر از یک ساختار روان‌شناختی است و موجب تعدیل و مداخله در رفتار فرد می‌شود. هدف نهایی آن رسیدن و دست‌یابی به بینشی است که ماهیت ذهن‌مان را احساس کنیم و تجربه‌های واقعی و کاملی از تجارب و اعمال خویش داشته باشیم و فقط به شکل عادی رفتار نکنیم و به نوعی موجب هماهنگی جسم و ذهن می‌شود (سینگ<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). افراد ذهن آگاه واقعیات درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف ادراک می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجانات و تجربه‌ها (اعم از خوشایند و ناخوشایند) دارند (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۰). مراقبه مایندفولنس موجب تغییر در نحوه مواجهه، تجربه کردن و کنار آمدن با وقایع می‌شود (کابات زین<sup>۱۱</sup>، ۱۹۸۲).

درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن از درمان‌های جدید محسوب می‌شود و یک رویکرد نظام مند است که آموزش‌های حضور ذهن را با عناصر درمان شناختی-رفتاری

- 
- 1 . Wait
  - 2 . Gottman
  - 3 . Betchen
  - 4 . Metz
  - 5 . Mc Carthy
  - 6 . Grossman
  - 7 . Neimann
  - 8 . Schmidt
  - 9 . Walach
  - 10 . Singh
  - 11 . Kabat Zin

ترکیب می‌کند(کایون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱، زیدل<sup>۲</sup>، سگال<sup>۳</sup>، تیزدل<sup>۴</sup>، و ویلیامز، ۲۰۰۴)، و در موقعیت های مختلفی به کار گرفته شده است.

تغییر رفتار و رفتار درمانی دو اصطلاح کمابیش هم معنا هستند؛ هر دو با رفتار سر و کار دارند، خاستگاهشان یکی است و هدفهای تقریباً مشابهی را دنبال میکنند. به همین سبب، بسیاری از متخصصان تغییر رفتار و رفتار درمانی این دو اصطلاح را به جای هم به کار می‌برند. با این حال، تعداد دیگری از این متخصصان بین دو مفهوم فوق تفاوتی قائل شده اند. تغییر رفتار و رفتاردرمانی به مجموعه روشها و فنونی گفته می‌شود که از یافته های روانشناسی آزمایشی، به ویژه روانشناسی یادگیری، استخراج شده اند و هدف آنها کمک به رفع مشکلات سازگاری افراد در موقعیت های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است. هر چند که به ظاهر چنین به نظر می‌رسد که روانشناسی رفتاری خاستگاه نظری این روشهای درمانی است، اما علاوه بر نظریه های روانشناسی رفتاری، سایر نظریه های روانشناسی آزمایشی نیز به ایجاد روشها و فنون تغییر رفتار و رفتار درمانی کمک کرده اند. مارتین<sup>۵</sup> و پیپر<sup>۶</sup> (۱۹۹۲) در این باره گفته اند که روانشناسی یادگیری به طور اعم و شرطی سازی پاولفی به طور اخص مهمترین کمک به ایجاد و گسترش زمینه تغییر رفتار و رفتاردرمانی کرده اند.

اصطلاح رفتاردرمانی پیش از اصطلاح تغییر رفتار ابداع شده است. نخستین بار لیندزلی، اسکینر<sup>۷</sup>، و سولومون<sup>۸</sup> در ۱۹۵۳ اصطلاح رفتاردرمانی را به کار بردند (سیف، ۱۳۸۱). آنها در توصیف پژوهشهایی که در یک بیمارستان روانی با بیماران پسیکوتیک (روان پریش) انجام داده بودند گزارش کردند که تقویت می‌تواند در بهبود رفتارهای نابهنجار این گونه فراد موثر واقع شود. از آن پس این اصطلاح به سرعت در زمینه های مختلف به کار گرفته شد.

مسئله پژوهش کنونی این است که آیا درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی موجب بهبود انزال زودرس و همچنین کاهش اضطراب بیماران مبتلا به انزال زودرس می‌شود؟

---

1 . Cayoun

2 . Zidel

3 . Segal

4 . Teasdale

5 . Martin

6 . Pear

7 . Skinner

8 . Solomon

### ۱-۳- ضرورت پژوهش

در دهه ی اخیر، پژوهش های مرتبط با همه گیرشناسی مشکلات روانی نسبت به سال های گذشته افزایش یافته است. شواهد قابل توجهی نشان می دهد که اختلالات جنسی شیوع بالایی در جمعیت عمومی و در بعضی از گروه های خاص دارای مشکلات روانپزشکی دارد (لومن و همکاران، ۲۰۰۵؛ لومن و همکاران، ۱۹۹۹). یافته های پژوهشی که با استفاده از روش شناسی های متفاوت انجام شده است، حاکی از شیوع بالایی نگرانی های جنسی در افراد همه کشورهای مورد پژوهش می باشد. شیوع بالای نگرانی های جنسی حاکی از اهمیت تشخیص و درمان مشکلات جنسی می باشد (شرستا<sup>۱</sup> و سگریوز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). دانش در مورد مدیریت اختلالات جنسی به دلایل متعددی دارای اهمیت می باشد. تمایلات جنسی بخش جدایی ناپذیر مهم زندگی افراد می باشد (بالان<sup>۳</sup> و سگریوز، ۲۰۰۹).

انزال زودرس بر فرد مبتلا، همسر، روابط آنها و کیفیت زندگی اثر می گذارد. ارتباط بین رضایت جنسی، رضایت از زندگی و بهزیستی مورد تأیید قرار گرفته است. انزال زودرس تأثیر روانشناختی منفی بر مردان مبتلا دارد که معمولاً باعث افزایش اضطراب و کاهش اطمینان جنسی می شود و به پریشانی و کاهش رضایت از تجارب جنسی منجر می شود (بارنز<sup>۴</sup> و ایردلی<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). یکی از تأثیرات مهم انزال زودرس، افزایش اضطراب است. مردان مبتلا به انزال زودرس گزارش می کنند که آرامش داشتن و مضطرب نشدن درباره آمیزش جنسی بسیار مشکل است (رولند<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

با در نظر گرفتن این نکته که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن برای اولین بار در درمان اختلال انزال زودرس به کار می رود، نتایج حاصل از این پژوهش کمک بسیاری به سبب شناسی این اختلال می کند. در صورتی که این روش درمانی، در درمان اختلال انزال زودرس مؤثر واقع شود، می تواند هدایتگر پژوهش های دیگر در زمینه یافتن علل این اختلال و تبیین مکانیسم اثر این نوع درمان باشد. در صورتی که این پژوهش نشان دهد درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن با انزال زودرس رابطه دارد، می توان در تعیین اثربخشی درمان افراد مبتلا به انزال زودرس استفاده کرد.

---

1. Shrestha

2. Segraves

3. Balon

4. Barnes

5. Erdley

6. Roland

## ۴-۱- اهداف پژوهش

### ۴-۱-۱- هدف کلی

۱- مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با حضور ذهن و رفتاردرمانی بر انزال زودرس و اضطراب مردان شهر سنندج

### ۴-۱-۲- اهداف جزئی

- ۱) تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با حضور ذهن بر انزال زودرس مردان.
- ۲) تعیین اثربخشی درمان رفتاری بر انزال زودرس مردان.
- ۳) تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با حضور ذهن بر <sup>۱</sup>IELT مردان دارای انزال زودرس.
- ۴) تعیین اثربخشی درمان رفتاری بر IELT مردان دارای انزال زودرس.
- ۵) تعیین اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن بر اضطراب مردان دارای انزال زودرس.
- ۶) تعیین اثر بخشی درمان رفتاری بر اضطراب مردان دارای انزال زودرس.

## ۵-۱- فرضیه های پژوهش

۱) درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتاردرمانی بر انزال زودرس، IELT و اضطراب مؤثر است.

۱-۱) درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی بر بهبود انزال زودرس مؤثر است.

۲-۱) درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی بر افزایش IELT مردان دارای انزال زودرس مؤثر است.

۳-۱) درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن و رفتار درمانی بر کاهش اضطراب مردان دارای انزال زودرس مؤثر است.

---

<sup>۱</sup> . Intravaginal Ejaculation Latency Time

## ۱-۶- متغیرهای اصلی پژوهش

### ۱-۶-۱- متغیرهای مستقل

#### ۱-۶-۱-الف-درمان شناختی-رفتاری یکپارچه شده با حضور ذهن

##### ۱-۶-۱-ب-تعریف مفهومی:

درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن یک رویکرد نظام‌مند است که آموزش‌های حضور ذهن را با عناصر درمان شناختی-رفتاری ترکیب می‌کند (کایون، ۲۰۱۱، زیندل، سگال، تیزدل، و ویلیامز، ۲۰۰۴). بدین منظور که به مراجعان آموزش دهند که برای تنظیم توجه و هیجان‌اتشان، توجه‌شان را درونی سازی کرده و این مهارت‌ها را برای بافت‌هایی که با آسیب‌ها همراه بوده‌اند برون سازی (کایون، ۲۰۱۱).

##### ۱-۶-۱-۱-تعریف عملیاتی:

درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حضور ذهن شامل ۸ جلسه درمان ۱ ساعته است. در جلسه‌های آموزش حضور ذهن هر جلسه به یکی از تمرینات حضور ذهن اختصاص داده شده است که به ترتیب شامل آرامش سازی عضلانی، آموزش تنفس حضور ذهن، پایش جسمانی جزء به جزء، پایش متقارن جسمانی، پاک سازی جزعی، پاک سازی کلی، پایش دو طرفه (کایون، ۲۰۱۱، ص ۱۸۸).

### ۱-۶-۱-۲- رفتاردرمانی

##### ۱-۶-۱-۲-الف) تعریف مفهومی:

تغییر رفتار و رفتاردرمانی به مجموعه روشها و فنونی گفته می‌شود که از یافته‌های روانشناسی آزمایشی، به ویژه روانشناسی یادگیری، استخراج شده‌اند و هدف آنها کمک به رفع مشکلات سازگاری افراد در موقعیت‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی است.

##### ۱-۶-۱-۲-ب) تعریف عملیاتی:

در این مدل، روش توقف-شروع (سمانس<sup>۱</sup>، ۱۹۵۶) که توسط کاپلان (۱۹۸۹/۱۹۷۴) بکار گرفته شد، روش تمرینی منتخب است که شامل ۸ مرحله است. زوجین تمرین توقف-شروع را سه تا پنج بار در هفته انجام می‌دهند.

<sup>۱</sup>. Semans

۱-۶-۱-۳- متغیرهای وابسته:

۱-۶-۱-۴- انزال زودرس

۱-۶-۱-۴-الف) تعریف مفهومی:

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، حین یا بلافاصله بعد از دخول و پیش از زمان دلخواه" تعریف شده است. در ویراست دهم طبقه بندی بین المللی بیماری ها (DSM-IV-TR) انزال زودرس بدین صورت تعریف می شود: "ناتوانی در به تأخیر انداختن به قدر کافی تا فرد از نزدیکی لذت ببرد." (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

۱-۶-۱-۴-ب) تعریف عملیاتی:

به معنی نمره ای است که فرد در شاخص انزال زودرس (IPE؛ سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷) به دست می آورد.

۱-۶-۱-۵- اضطراب

۱-۶-۱-۵-الف) تعریف مفهومی:

عبارت است از یک احساس فراگیر، بسیار ناخوشایند و اغلب مبهم دلواپسیکه با یک یا چند احساس جسمی نظیر تنگی نفس، تپش قلب، تعریق، سردرد، بی قراری و میل به حرکت همراه می شود. اضطراب یک علامت هشدار دهنده است، خبر از خطری قریب الوقوع می دهد و شخص را برای مقابله با تهدید آماده می سازد (پورافکاری، ۱۳۸۰).

۱-۶-۱-۵-ب) تعریف عملیاتی:

به معنی نمره ای است که فرد در پرسشنامه اضطراب بک (BAI)، بک و همکاران، (۱۹۸۸) به دست می آورد.

## ۲ فصل دوم

### پیشینه پژوهش