رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۲، شماره پیاپی ۹۳، اسفند ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(12), 2024

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زودانزالی (PE) و زمان نهفتگی انزال درون واژینال (IELT) در مبتلایانِ اختلال زودانزالی اولیه

Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on Premature Ejaculation and Intravaginal Ejaculation Latency Time in Patients with Primary Premature Ejaculation Disorder

پیام سرابی (نویسنده مسئول)
کارشناسی‌ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.
پرژین هاشمی
کارشناسی‌ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.
دکتر کیوان کاکابرایی
استاد، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

چکیده
هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی cbt با دارودرمانی بر زودانزالی و زمان نهفتگی انزال درون واژینال در مبتلایانِ اختلال زودانزالی اولیه بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیریِ شش و دوازده ماهه بود. جامعه آماری را تمامی افراد متأهل که برای درمان زودانزالی اولیه به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۰ مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند. نمونه پژوهش شامل ۶۰ مرد بود که به روش هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سِه گروه آزمایش و یک گروه در انتظار درمان (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ابزار تشخیصی زودانزالی (PEDT، سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷) و زمان‌سنج جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، به‌ترتیب، میانگین نمرات PE و IELT، در گروه دارودرمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شش ماهه کاهش بیشتر و افزایش بیشتری نسبت به گروه CBT با دارودرمانی داشته است؛ اما در مرحله پیگیری دوازده ماهه، به‌ترتیب، کاهش نمرات میانگین PE و افزایش نمرات میانگین IELT، در گروه CBT با دارودرمانی نسبت به دارودرمانی بیشتر بود. هم‌چنین اثر درمانی در گروه دارودرمانی تا زمان پیگیری شش ماهه حفظ شد (P<۰/۰۱)، اما اثر درمانی در گروه CBT با دارودرمانی تا زمان پیگیری دوازده ماهه پایدار باقی ماند (P<۰/۰۱). از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان در راستای مداخلات بالینی و درمانی برای بهبود و درمان PE و IELT استفاده کرد.
واژه‌های کلیدی: *رفتار درمانی شناختی، دارودرمانی، زودانزالی اولیه.*

Payam Sarabi*
M.A, Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.
CPsyPSarabi@gmail.com
Parjin Hashemi
M.A, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
Dr. Keivan Kakabaraee
Professor, Department of Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of drug therapy and combined Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) with drug therapy on premature ejaculation and intravaginal ejaculation latency in patients with primary premature ejaculation disorder. The research utilized a semi-experimental design with a pre-test-post-test and a control group, incorporating a follow-up period of six and twelve months. The statistical population comprised all married individuals referred to psychological and counseling clinics in Kermanshah in 2021 for primary premature ejaculation treatment. The research sample consisted of 60 men selected purposively and randomly assigned to three experimental groups, along with one group waiting for treatment (15 people in each group). Data were collected using the Premature Ejaculation Diagnostic Instrument Questionnaire (PEDT, Simmonds et al., 2007) and a chronometer. Mixed variance analysis with repeated measures was employed for data analysis. The findings revealed that, respectively, the average scores of premature ejaculation (PE) and intravaginal ejaculation latency (IELT) in the drug therapy group at the post-test and six-month follow-up stage exhibited more significant decreases and increases compared to the CBT group with drug therapy. However, in the 12-month follow-up phase, the decrease in the mean scores of PE and the increase in the mean scores of IELT were higher in the CBT group with pharmacotherapy compared to pharmacotherapy alone. Additionally, the therapeutic effect remained in the drug therapy group until the six-month follow-up period (P<0.01). In contrast, the therapeutic effect in the CBT group with drug therapy remained stable until the twelve-month follow-up (P<0.01). The findings of this research can be applied in clinical and therapeutic interventions to improve and treat premature ejaculation and intravaginal ejaculation latency.
Keywords*: Cognitive Behavioral Therapy, CBT, Drug Therapy, Primary Premature Ejaculation.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** خرداد ۱۴۰۲ | **پذیرش:** آبان ۱۴۰۲ | **ویرایش نهایی:** اسفند ۱۴۰۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

مقدمه

یکی از اختلالات جنسی که موجب عملکرد جنسی نامناسب و احساس نارضایتی افراد می‌شود زودانزالی[1] است. زودانزالی (PE)، یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی مردان است (کامپینرز[2] و همکاران، ۲۰۱۹). کامل‌ترین تعریف برای PE را راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[3](DSM-5-TR-TR) ارائه داده است، که عبارت‌انداز: موارد مستمر یا مکرر انزال در طول فعالیت جنسی با پارتنر، تقریبا در عرض یک دقیقه بعد از دخول واژینال و قبل از آن‌که فرد خودش بخواهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD۱۰-۳[4]) در تعریف خود برای PE به ناتوانی در کنترل انزال و انزال پس از ۱۵ ثانیه دخول اشاره دارد (سرفوغلو[5] و همکاران، ۲۰۱۴).

والدینگر[6] و همکاران (۲۰۱۳؛ ۱۹۹۴)، در تلاش برای عملیاتی کردن زودانزالی، زمان نهفتگی انزال درون‌واژینال[7] (IELT) را معرفی کردند. IELT به‌عنوان فاصله زمانی بین نفوذ واژن و انزال داخل واژینال تعریف می‌شود که با افزایش سِن کاهش می‌یابد (والدینگر و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش‌های مختلف، واریانس IELT در افراد دارای زودانزالی بین ۱ تا ۷ دقیقه ثبت شده است (سرابی و همکاران، ۱۴۰۰؛ سلطانی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۵). براساس پژوهش راوندران و آگاروال[8] (۲۰۲۱)، زودانزالی یک مشکل شایع جنسی است که حدود ۲۰ تا۳۰ درصد از مردان در گروه سِنی فعال جنسی را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد. درسنامه‌ی سکسولوژی بالینی[9]، (۲۰۱۳)، زودانزالی را با شیوع بین ۱۵ تا ۲۵ درصد، شایع‌ترین شکایت جنسی در مردان زیر ۶۰ سال گزارش نموده است.

امروزه روش‌های دارودرمانی به اکثر افراد مبتلا به اختلالات جنسی ازجمله PE کمک می‌کند که بر مشکلات جنسی خود غلبه کنند (غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱). علاوه‌بر رشد و گسترش نظریه‌های روان‌شناختی، نظریه عصب زیست‌شناختی والدینگر (۲۰۱۸؛ ۲۰۰۲)، که بر پایه‌ی تاثیر داروهای ضدافسردگی[10] و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین[11] (SSRIs) پایه‌گذاری شده‌اند، بیان می‌کنند که داروهای SSRIs به‌علت افزایش انتقال‌دهنده‌های عصبی[12] سروتونین و تغییر در گیرنده‌های مخصوص سروتونین در سیستم عصبی مرکزی[13] باعث تاخیر در انزال می‌شود. به‌هرحال سروتونین به‌عنوان کنترل‌کننده‌ی انزال مشخص شده است، و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد PE مربوط به تمام‌عمری (اولیه) به کاهش یا نقصان انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی وابسته است (والدینگر، ۲۰۱۸؛ ۲۰۱۵؛ ۲۰۱۳). والدینگر و همکاران (۲۰۰۳)، در یک کارآزمایی بالینی تصادفی دوسوکور، با زمان تاخیر انزال داخل واژینال (IELT) کمتر از یک دقیقه، پاروکستین (۲۰ میلی‌گرم در روز) را به‌مدت ۶ هفته اختصاص دادند؛ یافته‌ها در ایجاد تاخیر IELT در طول زمان را نشان داد و تاخیر شدیدی (حداکثر افزایش ۵.۷ برابری) را اعمال کرد. براساس مطالعه متاآنالیز والدینگر و همکاران (۲۰۰۴)، پاروکستین به‌صورت روزانه بیشترین اثربخشی را در افزایش زمان انزال در بیماران نشان داده است، به‌طوری‌که زمان انزال را ۸/۸ برابر نسبت به زمان پایه افزایش داد. یافته‌های مطالعه متاآنالیز ژو[14] و همکاران (۲۰۲۰)، نتایج نشان داد که پاروکستین (روزانه یا برحسب تقاضا) نسبت به دارونما در افزایش زمان IELT برتر بود و ۲۰ میلی‌گرم پاروکستین در روز به‌طور قابل توجهی بهتر از فلوکستین و ترامادول در بهبود IELT بود.

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش کنترل و در نهایت درمان PE به‌کار گرفته شده است. به‌طورکُلی دو دسته درمان برای PE به‌کار می‌رود که شاملِ روان‌درمانی و دارودرمانی می‌باشد؛ ترکیب کردن روش‌های رفتاری با دارودرمانی اثربخش‌ترین نوع درمان است (پریرا-لورنزو[15] و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی - رفتاری یکی از این درمان‌ها است. در واقع، به‌کارگیری این رویکرد درمانی در درمان اختلالات جنسی، ازجمله پُرکاربردترین روش‌های درمانی است (غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱). مسترز و جانسون[16] (۱۹۷۰) نظریه

1. premature ejaculation
2. Kempeneers
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders
4. International classification of Diseases
5. Serefoglo
6. Waldinger
7. Intravaginal Ejaculatory Latency Time
8. Raveendran & Agarwal
9. Textbook of Clinical Sexology
10. antidepressants
11. serotonin reuptake inhibitors
12. neurotransmitters
13. central nervous system
14. Zhou
15. Pereira-Lourenço
16. Masters & Johnson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

شناختی ـ رفتاری انزال زودرس را مطرح کردند. درمان شناختی - رفتاری در PE، رویکردی است که همراه با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه فرد، می‌پردازد و بدین‌ترتیب تأثیر درمانی آن‌ها را افزایش می‌دهد (لطفی کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). روش‌های مختلف درمان شناختی - رفتاری شامل شروع - توقف[1] و تکنیک‌های فشردن فرنولوم[2]، تجربه وضعیت مناسب، ریتم، سرعت و عمق نفوذ می‌باشد (غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱). با این حال داده‌های مختلف نشان می‌دهد که میزان موفقیت درمان رفتاری، شناختی - رفتاری و دارویی در افراد مبتلابه PE بسیار بالا است (۸۵ درصد)؛ با این حال، میزان عود نیز بالا است و از ۲۰ تا ۵۰ درصد متغیر است (ریوندران و آگاروال[3]، ۲۰۲۱). با توجه به آنچه که گفته شد در زمینه مداخله‌های درمانی به چند مورد اشاره می‌شود.

در مطالعه غفارزاده رزاقی و حسینلو (۱۴۰۱)، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر بهبود زودانزالی معتادان به مواد مخدر تاثیر داشته است، اما دارودرمانی مبتنی‌بر فلوکستین بر بهبود زودانزالی معتادان به مواد مخدر تاثیر نداشته است. در مطالعه سرابی و همکاران (۱۴۰۰)، یافته‌ها نشان داد که مداخله زوجی رفتاری یکپارچه‌نگر بر افزایش خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی و کاهش PE و افزایش IELT موثر بود، و اثر درمانی تا زمان پیگیری حفظ شد. در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، به این نتیجه دست یافته‌اند که بین گروه‌های درمانی شناختی - رفتاری، دارودرمانی (سرترالین ۵۰ میلی‌گرم) و گروه کنترل در زمان نهفتگی انزال درون‌واژینال (IELT) و PE تفاوت معناداری دیده شد؛ همچنین در مرحله پیگیری بین گروه‌های درمانی و کنترل در زمان نهفتگی انزال درون واژینال و زودانزالی، به نفع گروه شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری دیده شد، اما بین گروه دارودرمانی و گروه کنترل تفاوت مشاهده نشد.

مداخلات طولانی‌مدت بر روی مردان مبتلا به PE نشان داده است، که با افزایش IELT در این افراد کیفیت روابط جنسی آنان به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته و هم‌چنین خود و شریک جنسی‌شان رضایت بین‌فردی بیشتری را گزارش کرده‌اند (سانگ[4] و همکاران، ۲۰۱۹). این امر به این معنا است که درمان‌های متمرکز بر PE (رفتاری، شناختی - رفتاری و دارودرمانی) می‌توانند در تأثیرگذاری بر روابط همسران نقشی دوسویه داشته باشند، و به‌همان‌اندازه که مردان بعد از درمان احساس بهتری نسبت به روابط جنسی خود دارند، شریک جنسی آنان نیز چنین رضایتی را گزارش می‌کند (بوچر[5] و همکاران، ۲۰۲۰؛ لئو و همکاران، ۲۰۲۰). PE باعث پریشانی روانی[6]، اضطراب، خجالت و افسردگی، اختلال نعوظ[7]، کاهش میل جنسی[8]، روابط بین‌فردی ضعیف و اضطراب در رابطه جنسی می‌شود (ریوندران و آگاروال، ۲۰۲۱). با توجه به اهمیت مسایل جنسی در زندگی مشترک و اثرات منفی PE، و شیوع نسبتا بالای اختلال زودانزالی (راوندران و آگاروال، ۲۰۲۱؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵)، و هم‌چنین پیش‌بینی‌کننده‌های آسیب‌های متعددی در حوزه‌های روابط زناشویی مانند طلاق عاطفی یا رسمی، رضایت و صمیمیت جنسی، و روابط فرازناشویی (سرابی و همکاران، ۱۴۰۱؛ گرازیوتین[9] و آلتوف، ۲۰۱۱؛ بُلغان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶)، و از این لحاظ که تاکنون در ایران هیچ مطالعه‌ای در زمینه دارودرمانی پاروکستین بر روی اختلال زودانزالی و هم‌چنین با پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه انجام نگرفته است؛ در همین راستا، هدف اصلی این مطالعه، مقایسه‌ی اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتاردرمانی شناختی با دارودرمانی بر درمان مبتلایانِ زودانزالی اولیه بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه بود. جامعه آماری تمامی افراد متأهل ۲۵ تا ۵۰ ساله مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر کرمانشاه در نیمه دوم سال ۱۴۰۰ برای درمان زودانزالی اولیه بود. نمونه پژوهش شامل ۶۰ مرد بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سِه گروه آزمایش و یک گروه در انتظار درمان (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود عبارت بودند از: تشخیص زودانزالی براساس ملاک‌های DSM-5-TR توسط روانشناس بالینی؛ زمان نهفتگی انزال درون واژینال (IELT) کمتر از ۱ دقیقه؛ سن بین ۲۵ تا ۵۰ سال؛ حداقل یک سال از

1. start - stop
2. frenulum squeezing techniques
3. Raveendran & Agarwal
4. Song
5. Butcher
6. psychological distress
7. erectile dysfunction
8. decreased libido
9. Graziottin

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

از ازدواجشان گذشته باشد؛ داشتن امکان رابطه جنسی حداقل یک‌بار در هفته؛ نداشتن سابقه‌ای از بیماری‌های روانی براساس ملاک‌های DSM-5-TR؛ هم‌ابتلایی اختلال زودانزالی با اختلال نعوظ؛ موارد منعِ مصرف[1] از نظر مصرف دارو نداشته باشند؛ نداشتن بیماری‌های فیزیکی مانند دیابت و بیماری‌های کبدی؛ نداشتن سابقه‌ی بیماری‌های اندوکرین، پروستاتیت؛ عدم دریافت هرگونه داروی روان‌پزشکی و ترامادول طی ۶ ماه گذشته؛ نداشتن سابقه عمل جراحی که روی عملکرد جنسی تاثیرگذار بوده باشد؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ امضای رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم همکاری در جلسات روان‌درمانی و غیبت بیش از دو جلسه. در این مطالعه، ملاحظات اخلاقی ذیل رعایت شد، به شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند مطالعه خارج شوند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه در انتظار درمان جزء شرکت‌کنندگان طرح دارودرمانی با پاروکستین قرار گرفتند و مداخله درمانی نیز برای آنان اجرا شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آن‌ها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. درنهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون‌های تعقیبی بونفرونی و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار سنجش

ابزار تشخیصی زودانزالی[2] (PEDT): این ابزار توسط سیموندز[3] و همکاران (۲۰۰۷)، که یک ابزار ۵ ماده‌ای است در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰= اصلن مشکل نبود تا ۴= شدیدا مشکل بود) تنظیم شده است. نمره این ابزار بین ۰ تا ۲۰ متغیر می‌باشد. در این ابزار نمره بالاتر گویای شدت بیشتر زودانزالی است. ماده‌ها این ابزار براساس مصاحبه با افراد مبتلا به زودانزالی و ملاک‌های راهنمایی تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR) گردآوری شده است. سیموندز و همکاران (۲۰۰۷)، ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۷۱ تا ۰/۷۳ گزارش نمودند. همچنین این ابزار از توان تشخیصی بین افراد مبتلا به زودانزالی و افراد عادی برخوردار می‌باشد (P<۰/۰۰۱، t=۷۲/۳۹) و افرادی که نمره ۹ و بالاتر کسب می‌کنند مبتلا به زودانزالی تشخیص داده می‌شوند (سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران این پرسشنامه توسط بُلقان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، ابتدا ترجمه و بازترجمه شد. پایایی آن به روش بازآزمایی، ۰/۸۷ به‌دست آمد. روایی این ابزار به‌شیوه افتراقی مردان زودانزال و مردان عادی را به‌طور معنی‌داری از هم جدا می‌کند. روایی همگرای ابزار با آزمون رضایت جنسی همبستگی معنی‌داری را با ضریب ۰/۴۲- نشان داد (بُلقان‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، روایی هم‌زمان این ابزار با پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی مردان برابر با ۰/۶۹- (P<۰/۰۰۱) گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

زمان‌سنج: برای اندازه‌گیری زمان نهفتگی انزال درون واژینال (IELT) از زمان‌سنج استفاده شد. در جلسه درمانی به همسران افراد مبتلابه زودانزالی آموزش داده شد که از فاصله زمانی شروع مقاربت تا زمان انزال درون واژینال همسر را به‌وسیله زمان‌سنج ثبت نمایند. این زمان به‌عنوان زمان انزال نهفتگی درون واژینال (IELT) مورد استفاده قرار گرفت.

روند اجرای پژوهش: به‌دلیل این‌که این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران درنظر گرفته شد؛ به‌طوری‌که یک رضایت‌نامه کَتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در رَوند درمان نداشته باشند به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و از طرح پژوهش خارج شوند. گروه اول: ۱۵ نفر درمان با پاروکستین ۲۰ میلی‌گرم به‌مدت یک ماه، سپس ۴۰ میلی‌گرم (دو عدد با دوز ۲۰ میلی‌گرم) در ماه دوم؛ گروه دوم: ۱۵ نفر رفتاردرمانی شناختی به‌صورت جلسات انفرادی همراه با پاروکستین ۲۰ میلی‌گرم روزانه به‌مدت دو ماه؛ گروه سوم: ۱۵ نفر دارونما (کپسول حاوی نشاسته) را دنبال نمودند و گروه چهارم: ۱۵ نفر در انتظار درمان که هیچ‌گونه مداخله درمانی برای آن‌ها به‌کار گرفته نشد و در لیست انتظار ماندند.

پس از تایید نهایی روان‌پزشک، قرص‌های پاروکستین به‌همراه فُرم‌های لازم برای ثبت روند تغییر زمان مقاربت و اثرات جانبی[4] احتمالی دارو در اختیار آن‌ها قرار گرفت. درطی دوره‌ی درمان هر هفته به‌صورت تلفنی رَوند درمان پیگیری شد. بعد از اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی و

1. contraindications
2. premature ejaculation diagnostic tool
3. Symonds
4. side effects

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

قرارگیری تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان، از هر چهار گروه، پرسشنامه‌ی ذکر شده و زمان‌سنج به‌عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه به‌عمل آمد. لازم به‌ذکر است از زوج‌ها خواسته شد قبل از شروع مداخله‌های درمانی، میانگین زمان انزال واژینال (IELT) خود را در طی حداقل ۳ نوبت مقاربت با استفاده از زمان‌سنج اندازه‌گیری کنند.

پروتکل درمانی رفتاردرمانی شناختی PE براساس برنامه‌های درمانی (رجبی، همکاران، ۱۳۹۱ و غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱)، برای ده جلسه نود دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت انفرادی تنظیم گردیدند؛ اما از آن‌جایی‌که بعضی از تکنیک‌های درمان نیازمند مشارکت هر دو زوج بود و درمان اساسا باید در یک فضای ارتباطی مشترک بین زوج‌ها و همراه با انجام تکالیف خانگی قابل ملاحظه‌ای صورت می‌گرفت، جلب همکاری همسران بیمار نیز لازم بود؛ به‌همین‌خاطر، به زوج‌ها در مورد همکاری در انجام تکالیف خانگی تاکیدات لازم ارائه شد؛ هم‌چنین، به‌منظور توضیح منطق درمان برای زوج‌ها و جلب همکاری آن‌ها، جلسات ارزیابی اولیه، به‌طور مشترک تشکیل شد، جلسه ارزیابی نهایی نیز به‌طور مشترک و به‌منظور سنجش اثربخشی از نظر هر دو زوج، برگزار شد.

خلاصه جلسات درمان رفتاردرمانی شناختی PE در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسه‌های رفتاردرمانی شناختی PE

جلسه‌ها	خلاصه محتوای جلسه‌ها
اول	مصاحبه بالینی تشخیص اختلال، ارزیابی اولیه
دوم	ارزیابی شناختی - رفتاری، ارائه منطق درمان، ارائه اطلاعات اولیه، آموزش مختصر درمان شناختی - رفتاری آموزش آرام‌سازی (مرحله اول)، آموزش تمرینات کِگِل
سوم	آموزش تمرین آرام‌سازی، بررسی شناخت‌ها، دادن اطلاعات اولیه آگاهی جنسی، دادن جزوه آموزشی
چهارم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی توانایی تصویرسازی ذهنی، آموزش تصویرسازی ذهنی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تمرین تمرکز حسی، آموزش تمرین خود تمرکزی جنسی، آموزش تمرین خودتحریکی مرحله اول، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
پنجم	بررسی تکالیف، آموزش آرام‌سازی، بررسی و چالش با افکار خودآیند، تصویرسازی ذهنی، تمرکز حسی مرحله دوم، آموزش تمرین خودتحریکی مرحله دوم، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
ششم	بررسی تکالیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، آموزش مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله اول تمرین تحریک توسط همسر، تکنیک فشردن، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
هفتم	بررسی تکالیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با قواعد و فرض‌ها، ادامه مرحله سوم تمرکز حسی، آموزش مرحله دوم تمرین تحریک توسط همسر، تکنیک فشردن
هشتم	بررسی تکالیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، ادامه مرحله چهارم تمرکز حسی، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی
نهم	بررسی تکالیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با تحریف‌های شناختی، آموزش تکنیک توقف ـ شروع، ادامه تکنیک فشردن
دهم	بررسی تکلیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با طرحواره‌ها، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی

یافته ها

میانگین سِنی کُل چهار گروه بیماران، ۳۵/۸۶ سال، با انحراف استاندارد ۲/۴۱؛ گروه دارودرمانی ۳۵/۶۴ سال، با انحراف استاندارد ۲/۳۷؛ گروه CBT + دارودرمانی ۳۶/۰۸ سال، با انحراف استاندارد ۲/۵۴؛ گروه دارونما ۳۵/۲۷ سال، با انحراف استاندارد ۲/۲۶؛ و گروه در انتظار درمان ۳۵/۴۸ سال، با انحراف استاندارد ۱/۸۶ بود. از لحاظ سنی بیشترین میانگین به‌ترتیب شامل گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ با میانگین ۳۸ و انحراف استاندارد ۲/۷۷، گروه سنی ۳۴ تا ۴۲ با میانگین ۳۳ و انحراف استاندارد ۲/۵۴، و گروه سنی ۴۲ تا ۵۰ با میانگین ۲۴ و انحراف استاندارد ۱/۷۳ بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشترین درصد و فراوانی به‌ترتیب ۳۸/۳۳ درصد (۲۳ نفر) مربوط به گروه فوق‌دیپلم و کارشناسی، ۳۳/۳۳ درصد (۲۰ نفر) مربوط به گروه کارشناسی ارشد و بالاتر، و ۲۸/۳۳ درصد (۱۷) مربوط به گروه دیپلم بودند. از لحاظ اشتغال، بیشترین درصد و فراوانی به‌ترتیب ۵۳/۳ درصد (۳۲ نفر) مربوط به گروه آزاد، ۴۶/۷ درصد (۲۸ نفر) مربوط به گروه کارمند بودند.

شاخص‌های آماری توصیفی چهار گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه در جدول ۳ ارایه گردیده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در چهار نوبت اندازه‌گیری با تفکیک گروه

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری ۶ ماهه		پیگیری ۱۲ ماهه	
		X	SD	X	SD	X	SD	X	SD
PE	دارودرمانی	۱۸/۳۲	۱/۴۴	۷/۲۷	۱/۰۸	۹/۱۲	۱/۷۶	۱۴/۲۵	۲/۳۴
	CBT + دارودرمانی	۱۷/۵۸	۱/۳۵	۹/۷۴	۱/۷۲	۱۱/۵۹	۱/۸۳	۱۱/۶۷	۱/۲۲
	دارونما	۱۸/۷۰	۱/۴۸	۱۵/۸۲	۱/۱۱	۱۵/۳۸	۱/۰۸	۱۶/۵۲	۱/۲۱
	در انتظار درمان	۱۹/۴۳	۲/۴۹	۱۹/۵۵	۲/۴۴	۱۹/۲۷	۲/۵۶	۱۹/۴۸	۲/۵۸
IELT*	دارودرمانی	۳/۶۷	۱/۸۵	۱۲/۴۰	۱/۳۹	۹/۲۶	۱/۷۱	۶/۳۸	۱/۸۳
	CBT + دارودرمانی	۳/۴۴	۱/۶۲	۱۰/۳۸	۱/۵۵	۸/۶۷	۱/۵۳	۷/۸۸	۱/۴۵
	دارونما	۳/۳۱	۱/۳۱	۵/۱۸	۱/۷۴	۵/۱۳	۱/۳۹	۴/۰۷	۱/۳۳
	در انتظار درمان	۳/۲۸	۲/۱۷	۳/۴۶	۲/۳۳	۳/۳۹	۲/۲۵	۳/۱۵	۲/۰۲

* به ثانیه محاسبه شده است.

همان‌طور که در در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات PE، در گروه دارودرمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه کاهش بیشتری نسبت به گروه CBT + دارودرمانی داشته است، اما در مرحله پیگیری ۱۲ ماهه، کاهش میانگین نمرات در گروه CBT + دارودرمانی نسبت به دارودرمانی بیشتر بود. هم‌چنین میانگین نمرات IELT، در گروه دارودرمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۶ ماهه افزایش بیشتری نسبت به گروه CBT + دارودرمانی داشته است، اما در مرحله پیگیری ۱۲ ماهه، افزایش میانگین نمرات در گروه CBT + دارودرمانی نسبت به دارودرمانی بیشتر بود. درکُل، گروه دارودرمانی و گروه CBT + دارودرمانی عملکرد بهتری نسبت به گروه دارونما و گروه در انتظار درمان داشته، و گروه دارونما نیز عملکرد نسبتا بهتری در مقابل گروه در انتظار درمان داشته است.

برای انجام تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، ابتدا پیش‌فرض‌های آن بررسی شد؛ بدین‌منظور، چهار مفروضه زیربنایی شامل کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین[1]، آزمون ام‌باکس[2] و آزمون کرویت ماچلی[3] مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای وابسته حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود (p>۰/۰۵). برای وارسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، برای PE (F= ۲/۳۲ ،p=۰/۲۷>۰/۰۵) و IELT (F= ۱/۵۲ ،p=۰/۲۶>۰/۰۵)؛ و برای وارسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس، برای PE (F= ۱/۷۴ ،p=۰/۴۱>۰/۰۵ ،Box's M=۶/۷۳)، و IELT (p=۰/۶۷>۰/۰۵ ،F= ۱/۸۱ ،Box's M=۶/۱۸) بررسی شدند و محدودیتی در این زمینه وجود نداشت. نتایج آزمون کرویت ماچلی (برای وارسی تساوی واریانسِ تفاوت بین گروه‌ها)، به‌منظور بررسی مفروضه کرویت نمره متغیرهای وابسته نشان دادند آماره ماچلی برای PE (p=۰/۰۰۱ ،۱۳/۷۸ =χ^2 ،Machly s M= ۰/۷۴)، و IELT (p=۰/۰۰۱ ،۱۲/۴۵ =χ^2 ،Machly s M= ۰/۴۷)، معنی‌دار نیست؛ بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده کرد.

در جدول ۳، نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی متغیرهای وابسته گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان ارایه گردیده است.

جدول ۳. خلاصه آزمون تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری‌های مکرر برای تاثیرات درون‌گروهی و بین‌گروهی درگروه‌های آزمایش و در انتظار درمان

متغیرها	گروه‌ها	منابع تغییرات	F	P	اندازه اثر	توان آزمون
	دارو درمانی	گروه‌ها (بین‌گروهی)	۸۱/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳	۱/۰۰
		اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۸۴/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۹۰/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	CBT + دارودرمانی	گروه‌ها (بین‌گروهی)	۷۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
		اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۸۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰

1. Levene's Test
2. Mbox Test
3. Mauchly's Test of Sphericity

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

PE		تعامل (اندازه × گروه)	۹۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۰/۷۵۶	۰/۰۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
	دارونما	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۰/۸۳۰	۰/۰۰۱	۰/۱۵	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۰/۹۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۱/۰۰
		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۰/۳۴۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۱/۰۰
	درانتظار درمان	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۰/۲۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۰/۵۲۳	۰/۰۰۱	۰/۰۷	۱/۰۰
		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۷/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
	دارو درمانی	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۹/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	CBT + دارودرمانی	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۹/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۹/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰
IELT		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۰/۷۴۵	۰/۰۰۱	۰/۱۶	۱/۰۰
	دارونما	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۰/۷۳۴	۰/۰۰۱	۰/۱۸	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۰/۸۹۴	۰/۰۰۱	۰/۱۹	۱/۰۰
		گروه‌ها (بین‌گروهی)	۰/۳۵۲	۰/۰۰۱	۰/۰۴	۱/۰۰
	درانتظار درمان	اندازه‌ها (درون‌گروهی)	۰/۳۷۴	۰/۰۰۱	۰/۰۲	۱/۰۰
		تعامل (اندازه × گروه)	۰/۲۸۸	۰/۰۰۱	۰/۰۳	۱/۰۰

همان‌طور که در در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج به‌دست آمده در طول زمان (درون‌گروهی) بیانگر تفاوت‌های معنی‌دار بین دفعات متعدد اندازه‌گیری است، این امر بیان‌گر آن است که مداخله‌های دارودرمانی و CBT + دارودرمانی اثر مثبتی در PE و IELT دارد و این اثر بعد از پیگیری نیز تداوم داشته است. نتایج مشاهده شده ناشی از تعامل (اندازه × گروه) بیانگر تاثیر مداخله‌های دارودرمانی و CBT + دارودرمانی برای PE و IELT در مقایسه با گروه‌های دارونما و در انتظار درمان می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد که F مشاهده شده ناشی از تفاوت بین دو گروه آزمایش با دارونما و در انتظار درمان (اندازه‌های بین‌گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد PE و IELT در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار است. همچنین F به‌دست آمده ناشی از تاثیر مداخله‌های دارودرمانی و CBT + دارودرمانی مورد استفاده در طول زمان (درون‌گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد PE و IELT در سطح P<۰/۰۱ معنی‌دار است. F مشاهده شده ناشی از تعامل گروه‌ها و مداخله‌های دارودرمانی و CBT + دارودرمانی برای PE و IELT در مقایسه با مقادیر بحرانی F معنی‌دار است. در ادامه، به‌منظور مقایسه بین چهار مرحله به‌صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول ۴، آورده شده است، و برای مقایسه اثربخشی زوجی گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که در جدول ۵، گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در چهار مرحله به تفکیک گروه‌ها (مقایسه زمان‌ها)

متغیرها	مرحله (I)		دارو درمانی		CBT + دارو درمانی		دارونما		در انتظار درمان	
			میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار
PE	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۴۳**	۷۳/۶	۱۰/۶۴*	۵۷/۶	۳۷/۴۱	۳۶/۷	۵۷/۴۲	۳۳/۵
	پیش‌آزمون	پیگیری ۶ ماهه	۱۱/۷۲**	۶۰/۲	۴۱/۱۷**	۷۳/۴	۳۹/۵۷	۲۱/۵	۶۵/۶۱	۲۹/۲
	پیش‌آزمون	پیگیری ۱۲ ماهه	۱۰/۱۹**	۶۸/۶۷	۳۲/۸۳**	۶۲/۸	۴۶/۵۷	۲۹/۴	۷۳/۴۲	۲۸/۲
	پس‌آزمون	پیگیری ۶ ماهه	۰/۳۶	۱۰/۲۲	۰/۷۴	۱۱/۳	۳۸/۸۴	۲۰/۱	۴۴/۵۷	۲۷/۸
	پس‌آزمون	پیگیری ۱۲ ماهه	۹/۷۵**	۷۲/۷۴	۰/۴۸	۷۰/۵	۴۰/۳۱	۳۸/۶	۶۰/۵۸	۲۹/۴
	پیگیری ۶ ماهه	پیگیری ۱۲ ماهه	۹/۲۹**	۷۱/۵۳	۰/۶۳	۱۱/۷	۴۲/۶۱	۳۹/۸	۴۸/۲۹	۲۷/۵
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۷۱**	۴۸/۴	۱۰/۹*	۴۲/۶	۳۵/۴۲	۳۴/۵	۶۶/۰۲	۴۷/۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

IELT	پیش‌آزمون	پیگیری ۶ ماهه	۹/۸۶**	۷۵/۷	۱۰/۷۴**	۳۹/۲	۳۷/۱۸	۲۲/۴	۶۴/۲۵	۳۷/۳
	پیش‌آزمون	پیگیری ۱۲ ماهه	۱۰/۷۱**	۶۸/۲	۱۰/۱۱**	۴۷/۴	۴۵/۳۶	۳۱/۳	۵۰/۴۱	۳۰/۹
	پس‌آزمون	پیگیری ۶ ماهه	۰/۵۷	۸/۴	۰/۳۹	۱۴/۱	۴۱/۹۳	۲۸/۷	۴۲/۸۳	۴۳/۷
	پس‌آزمون	پیگیری ۱۲ ماهه	۱۰/۴۳**	۶۳/۴۷	۰/۶۸	۱۲/۷	۴۴/۶۷	۳۳/۵	۴۷/۶۲	۳۹/۱
	پیگیری ۶ ماهه	پیگیری ۱۲ ماهه	۱۰/۴۹**	۷۰/۵۴	۰/۷۳	۱۰/۸	۴۲/۳۹	۳۱/۹	۵۲/۰۱	۲۶/۵

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

جدول ۴، مقایسه چهار مرحله در گروه‌های آزمایشِ دارودرمانی، CBT + دارودرمانی، دارونما و در انتظار درمان را نشان می‌دهد؛ در گروه دارودرمانی تفاوت در متغیرهای PE و IELT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه در قیاس با پیش‌آزمون، معنی‌دار و این تأثیر تا مرحله پیگیری ۶ ماهه پایدار مانده است؛ درحالی‌که در گروه در انتظار درمان، این تفاوت‌ها معنی‌دار نیست. در گروه CBT + دارودرمانی تفاوت در متغیرهای PE و IELT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه در قیاس با پیش‌آزمون، معنی‌دار و این تأثیر تا مرحله پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه پایدار مانده است؛ درحالی‌که در گروه در انتظار درمان، این تفاوت‌ها معنی‌دار نیست. در گروه‌های دارونما و در انتظار درمان تفاوت در متغیرهای PE و IELT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه در قیاس با پیش‌آزمون، معنی‌دار نیست.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه اثربخشی زوجی گروه‌ها

متغیرها	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	P
PE	دارودرمانی - CBT + دارودرمانی	-۴/۳۹	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	دارودرمانی - دارونما	-۳/۷۶	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	CBT + دارودرمانی - دارونما	-۳/۶۲	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	دارودرمانی - در انتظار درمان	-۳/۳۵	۰/۳۹	۰/۰۰۱
	CBT + دارودرمانی - در انتظار درمان	-۳/۵۱	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	دارونما - در انتظار درمان	-۲/۲۷	۰/۳۹	۰/۰۰۱
IELT	دارودرمانی - CBT + دارودرمانی	۴/۴۷	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	دارودرمانی - دارونما	۴/۳۹	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	CBT + دارودرمانی - دارونما	۴/۴۷	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	دارودرمانی - در انتظار درمان	۴/۲۳	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	CBT + دارودرمانی - در انتظار درمان	۴/۶۹	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	دارونما - در انتظار درمان	۴/۲۵	۰/۴۰	۰/۰۰۱

همان‌طور که در در جدول ۵ نشان داده شده است، در متغیرهای PE و IELT بین سه گروه تحت درمانِ دارودرمانی، CBT + دارودرمانی و دارونما تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)، و اثربخشی گروه دارودرمانی به‌صورت معنی‌داری بیش از دو گروه CBT + دارودرمانی و دارونما بوده است (P<۰/۰۰۱). در متغیرهای PE و IELT بین دو گروه دارودرمانی و CBT + دارودرمانی با گروه در انتظار درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)؛ هم‌چنین در متغیرهای PE و IELT بین گروه دارونما و گروه در انتظار درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد (P<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتاردرمانگری شناختی با دارودرمانی و دارونما بر درمان مبتلایانِ زودانزالی اولیه انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد دارودرمانی و CBT به‌همراه دارودرمانی برای PE و IELT، مؤثر بود؛ و اثربخشی گروه دارودرمانی به‌صورت معنی‌داری بیش از دو گروه CBT به‌همراه دارودرمانی و دارونما بوده است. هم‌چنین اثر درمانی در گروه دارودرمانی تا زمان پیگیری ۶ ماهه حفظ شد، اما اثر درمانی در گروه CBT به‌همراه دارودرمانی تا زمان پیگیری‌های ۶ و ۱۲ ماهه پایدار باقی ماند؛ این یافته بدین معنی می‌باشد که اثرات درمانی CBT به‌همراه دارودرمانی در طول زمان یک ساله ماندگارتر از گروه دارودرمانی بوده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که مداخله دارودرمانی بر PE و IELT تاثیر دارد؛ در بحث هم‌سویی این یافته‌ها می‌توان به مطالعه یافته‌های لیو و همکاران (۲۰۲۲)، لئو و همکاران (۲۰۲۰)، ژو و همکاران (۲۰۲۰)، ژانگ و همکاران، (۲۰۱۹)، رودریگز و همکاران (۲۰۱۹)، آلتوف (۲۰۱۶)، فروهوف و همکاران (۲۰۱۳)، والدینگر و همکاران (۲۰۰۴؛ ۲۰۰۳؛ ۱۹۹۴)، بُلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، فرحبخش (۱۳۸۹)، رفیعی و همکاران (۱۳۹۹) اشاره کرد؛ و با یافته‌های غفارزاده رزاقی و حسینلو (۱۴۰۱) و رجبی و همکاران (۱۳۹۱) در مرحله پیگیری ناهم‌سو می‌باشد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که مداخله CBT به‌همراه دارودرمانی بر PE و IELT تاثیر دارد؛ در بحث هم‌سویی این یافته‌ها می‌توان به مطالعه یافته‌های پریرا-لورنزو و همکاران (۲۰۱۹)، رودریگز و همکاران (۲۰۱۹)، آلتوف (۲۰۱۶)، فروهوف و همکاران (۲۰۱۳)، غفارزاده رزاقی و حسینلو (۱۴۰۱)، سرابی و همکاران (۱۴۰۰)، بُلغان‌آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، رجبی و همکاران (۱۳۹۱) و فرحبخش (۱۳۸۹) اشاره کرد.

در تبیین یافته‌های فوق، براساس نظریه‌ی شناختی – رفتاری PE که توسط مسترز و جانسون[1] (۱۹۷۰)، مطرح گردید، اگر تجربه اولیه جنسی با عجله و ترس از دیده شدن صورت بگیرد PE اتفاق می‌افتد. همچنین اضطراب از عوامل ایجادکننده PE به‌حساب می‌آید. بر این اساس، تکنیک‌های حساسیت‌زدایی منظم، خودارضایی هدفمند و تمرین‌های تمرکز حسی را برای درمان PE معرفی کردند. این تکنیک‌ها که براساس مواجهه و نزدیک شدن تدریجی به همسر می‌باشند باعث کاهش اضطراب، خاموشی رفتار شرطی شده و افزایش تدریجی کنترل افراد بر زمان انزال آن‌ها می‌شود. همچنین نظریه‌پردازان شناختی بر نقش عقاید، باورها، تصورهای غلط درباره مسائل جنسی و تحریف‌های شناختی تاکید دارند (آلتوف[2]، ۲۰۱۶). و با استفاده از این تکنیک‌ها به درمان مراجعه‌کنندگان پرداختند و موفقیت بالایی را در درمان این اختلال گزارش نمودند. در درمان شناختی - رفتاری PE، از تکنیک‌هایی همانند درمان آرام‌سازی، آموزش حساسیت‌زدایی منظم، آموزش مهارت‌های ارتباطی و تمرین تمرکز جنسی و بازسازی شناختی استفاده می‌شود، چون مشکلات جنسی همراه با اضطراب می‌باشند. یافته‌ها نشان داده است که این روش باعث کاهش اضطراب، رضایت از رابطه (سوتایل و کیلمن[3]، ۱۹۷۸؛ به‌نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۱) و همچنین باعث افزایش خودپذیری و افزایش لذت جنسی می‌شود (اندرسن[4]، ۱۹۸۱؛ به‌نقل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). این روش‌های شناختی و رفتاری زمینه‌ساز مداخله‌هایی هستند که هدف‌شان ایجاد تغییر مثبت در کارکرد جنسی و در حقیقت، ایجاد تغییر در رابطه به‌طور کُلی است. اگرچه طیفی از تمرین‌های خاص مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما روش‌های فوق نشان‌دهنده ساز و کارهایی هستند که در این تمرین‌ها عمل نموده و به موجب آن‌ها تغییرات شناختی و رفتاری ایجاد می‌شود. بنابراین در این درمان فرد روش کاهش اضطراب، مقابله با افکار خودآیند منفی و چالش با عقاید غیرمنطقی را می‌آموزد، فرض‌های غلط او درباره مسائل جنسی اصلاح می‌گردند و آگاهی جنسی وی افزایش می‌یابد؛ در نتیجه اثرات درمان ماندگار می‌شوند. درمانگران شناختی - رفتاری و روان‌پویایی اعتقاد دارند PE می‌تواند ناشی از مشکلات رابطه باشد. کشمکش‌ها، ترس از تعهد، ترس از صمیمیت، انتظارهای غیرواقعی درباره عملکرد جنسی که به‌وسیله خواسته‌های شریک جنسی به‌وجود آمده‌اند به‌عنوان عوامل PE درنظر گرفته می‌شوند (مک‌کارتی[5]، ۲۰۰۲؛ بتچن[6]، ۲۰۰۱). هم‌چنین تحریف‌های شناختی می‌تواند با عملکرد جنسی تداخل پیدا کنند (آلتوف، ۲۰۱۶؛ ۲۰۱۴). در نتیجه استفاده از درمان شناختی - رفتاری که در بردارنده تکنیک‌های رفتاردرمانی ذکر شده و تکنیک‌های شناخت درمانی برای چالش با افکار خودآیند، تحریف‌های شناختی و طرحواره‌ها می‌باشد باعث درمان PE می‌شود. براساس نظریه کاپلان (۱۹۸۲)، PE به‌دلیل عدم آگاهی حسی مردان صورت می‌گیرد؛ بنابراین استفاده از تکنیک‌هایی برای بالابردن آگاهی حسی در درمان شناختی - رفتاری باعث درمان PE می‌شود. بارلو[7] (۱۹۸۶)، فرض کرد که مردان و زنان مبتلابه اختلال‌های جنسی بر شناخت‌های منفی و متمرکز بر خود تمرکز می‌کنند، این مساله آن‌ها را از نشانه‌های شهوانی غافل می‌کند و با توانایی آن‌ها برای برانگیخته شدن تداخل می‌نماید. پس درمان شناختی – رفتاری با کمک به بازسازی شناختی افراد مبتلابه PE به درمان آن‌ها کمک می‌کند.

درمان‌های دارویی از جمله داروهای ضدافسردگی اثرات جانبی بر کارکرد جنسی دارند، برخی از این اثرات ممکن است مفید باشند. مهم‌ترین اثرات جانبی این داروها کاهش میل جنسی و افزایش زمان انزال است (والدینگر، ۲۰۱۸؛ ۲۰۰۲؛ ۱۹۹۴). براساس نظریه‌ی عصب

1. Masters & Johnson
2. Althof
3. Sutile & Kilman
4. Andersen
5. McCarthy
6. Betchen
7. Barlow

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

زیست‌شناختی والدینگر (۲۰۱۸؛ ۲۰۰۲)، که پیش‌تر در مقدمه بیان شد و مطالعات عصب‌شناختی نشان داده‌اند که انزال در مغز وساطت می‌شود و انتقال‌دهنده‌های عصبی، پیام را از یک رشته‌ی عصبی به رشته عصبی دیگر منتقل می‌کنند (والدینگر، ۲۰۰۲). سروتونین به‌عنوان کنترل‌کننده انزال مشخص شده است و شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد PE مربوط به تمام عمر به کاهش یا نقصان انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی وابسته است (والدینگر، ۲۰۰۲). والدینگر و همکاران (۲۰۰۴؛ ۲۰۰۳؛ ۱۹۹۴)، در مطالعات خود به این یافته دست پیدا نمودند که PE به علت کاهش انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک می‌باشد، بر این اساس، استفاده از داروی پاروکستین که از داروهای SSRIs می‌باشد باعث افزایش انتقال دهنده‌های عصبی سروتونرژیک و در نتیجه، درمان PE می‌شود. در این راستا می‌توان گفت، اثربخشی هر دو درمانِ دارودرمانی و CBT به‌همراه دارودرمانی در این مرحله، بیانگر تایید آسیب‌شناسی نظریه شناختی رفتاری PE و نقش گیرنده‌های بازجذب سروتونین در PE می‌باشند. این پژوهش نشان داد که هر دو درمان در میزان اثربخشی پس از درمان و مراحل پیگیری با هم تفاوت معنی‌داری دارد زیرا استفاده از تکنیک‌های شناختی و رفتاری باعث حذف عوامل تأثیرگذار بر PE همانند افکار خودکار، تحریف‌های شناختی، آموزش جنسی ناکافی، شرطی شدن اولیه، اضطراب و دیگر عوامل تأثیرگذار می‌گردد و استفاده از داروهای بازجذب سروتونین نیز بر روی سیستم عصبی و افزایش جذب سروتونین بر کاهش PE و افزایش IELT مؤثر می‌باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که می‌توان به این موارد اشاره نمود؛ روش نمونه‌گیری هدفمند، ممکن است نتایج را تحت‌تاثیر قرار دهد، و در نتیجه، تاثیرات نامطلوبی روی روایی بیرونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به‌نحوی مدنظر قرار داد؛ بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تایید یافته‌ها، این محدودیت درعمل از بین خواهد رفت. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل مدت زمان و شدت اختلال PE اولیه نام برد. در مطالعه‌های آتی سعی شود با حجم نمونه بیشتر و کنترل بیشتری بر مدت زمان، و همچنین دسته‌بندی افراد براساس شدت PE اولیه، و یا حداقل افرادی را که قبل از دخول دچار انزال می‌شوند در یک گروه قرار بدهند فراهم گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های درمانی دیگری همانند درمان سیستمیک اختلالات جنسی و یا درمان راه‌حل‌محور اختلالات جنسی مورد استفاده قرار گیرند. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی CBT در درمان PE اولیه را با ترکیب داروهای SSRIs مثل داپوکستین، و یا داروهایی مانند کُلومی پرامین و تِرامادول انجام دهید و با مطالعه حاضر مقایسه کنید، و هم‌چنین دوره‌های پیگیری طولانی مدت‌تری برای سنجش اثربخشی درمان در نظر بگیرند تا از ثبات و صِحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل شود. از پیشنهادهای کاربردی می‌توان از رویکرد دارودرمانی و CBT به‌همراه دارودرمانی در مراکز سِکس‌تراپی و نورولوژی برای درمان افراد PE به‌کار برد. در این راستا، به‌کارگیری برنامه‌های آموزشی و کارگاهی آموزش بیماران با هدف آگاهی‌بخشی به افراد مبتلابه PE درباره تاثیرگذاری درمان‌های دارودرمانی و CBT به‌همراه دارودرمانی، می‌تواند رویکردی برای ارتقاء سلامت‌روانی آن‌ها و پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی بیشتر باشد.

تقدیر و قدردانی: بدین‌وسیله از کُلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام این پژوهش یاری‌رسان پژوهشگران بودند، به‌ویژه مدیریت کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره شهر کرمانشاه و هم‌چنین افرادی که در انجام این پـژوهش همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

بُلغان‌آبادی، م.، احمدی علون آبادی، س. ا.، بهرامی خوندابی، ف.، فاتحی‌زاده، م.، و جزایری، ر. (۱۳۹۶). مشکلات مردان مبتلابه زودانزالی: تحلیل محتوای متون. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۱)، ۵-۱. 20.1001.1.17352029.1396.15.1.1.0

رجبی، غ. م.، امان‌الهی، ع.، خجسته‌مهر، ر.، حسینی، م. ع.، و عطاری، ی. ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلابه زودانزالی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۴)، ۴۵۴-۴۳۵. 20.1001.1.22516654.1391.2.4.1.2

سادوک، ب.ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۱۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.

سرابی، پ.، الهیاری، و.، پرویزی، ف.، و کاکابرایی، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج‌درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلابه زودانزالی اکتسابی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۱۰)، ۱۱-۲۶. 20.1001.1.2383353.1400.10.10.21.9

سرابی، پ.، ایمانی‌زاد، ا.، الهیاری، و.، و پرویزی، ف. (۱۴۰۱). واکاوی علل زمینه‌ساز و پیامدهای روابط فرازناشویی از دیدگاه جوانان متاهل شهر کرمانشاه: یک مطالعه‌ی نظریه‌ی زمینه‌ای. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۶)، ۴۸-۳۳. 20.1001.1.2383353.1401.11.6.9.6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

سلطانی‌زاده، م.، نشاط‌دوست، ح. ط.، کلانتری، م.، صالحی، م.، و ایزدپناهی، م. ح. (۱۳۹۵). زودانزالی مروری بر تعاریف و طبقه‌بندی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۹)، ۲۷۲-۲۵۸. http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-8169-fa.html

عبهری، م.، ناصحی، ع. ع.، رئیسی، ف.، و یحیوی، س. ط. (۱۳۹۷). *گزیده سکسولوژی بالینی*. تهران: ارجمند.

غفارزاده رزاقی، م. ر.، و حسینلو، ع. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری، فلوکستین درمانی و روش ترکیبی بر بهبود اختلال انزال زودرس در معتادان به مواد مخدر افیونی. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۴۱)، ۹۶-۸۳. 10.30473/hpj.2022.56411.5034

فرحبخش، ک. (۱۳۸۹). اثربخشی فنون رفتاری - شناختی و افزایش خودکارآمدی جنسی در درمان زودانزالی مردان. *پژوهش‌های مشاوره*، ۳۶، ۹۲-۷۲. https://www.sid.ir/paper/70044/fa

لطفی‌کاشانی، ف.، مجتبایی، م.، و علی مهدی، م. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متادون‌درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت‌درمان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۴)، ۲۵-۱۸. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533890.html

Althof, S. E. (2014). *Treatment of Premature Ejaculation: Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Combined Therapy. Binik YM, Hall KS. Principles and Practice of Sex Therapy*, Fifth Edition. New York: Guilford Press,112-37. 10.21043/tau.2014.03.17

Althof, S. E. (2016). Psychosexual therapy for premature ejaculation. *Translational andrology and urology*, 5(4), 475. 10.21037/tau.2016.05.15

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision - DSM-5-TR*. American Psychiatric Association: Washington, DC, USA. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm

Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(2), 140. doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.140

Betchen, S. J. (2001). Premature ejaculation as symptomatic of age difference in a husband and wife with underlying power and control conflicts. *Journal of Sex Education and Therapy*, 26(1), 34-44. doi.org/10.1080/01614576.2001.11074380

Butcher, M. J., Zubert, T., Christiansen, K., Carranza, A., Pawlicki, P., & Seibel, S. (2020). Topical agents for premature ejaculation: a review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 92-99. doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.03.003

El-Hamd, M. A., Saleh, R., & Majzoub, A. (2019). Premature ejaculation: an update on definition and pathophysiology. Asian *Journal of Andrology*, 21(5), 425. 10.4103/aja.aja_122_18

Kempeneers, P., Andrianne, R., & Desseilles, M. (2019). Sex Therapy for Premature Ejaculation: An Overview. *Urology: Research and Therapeutics Journal*, 2(2), 128. https://hdl.handle.net/2268/247199

Liu, H., Zhang, M., Huang, M., Cai, H., Zhang, Y., Liu, G., & Deng, C. (2020). Comparative efficacy and safety of drug treatment for premature ejaculation: A systemic review and Bayesian network meta-analysis. *Andrologia*, 52(11), e13806. doi.org/10.1111/and.13806

Liu, Q., Gao, H., Huang, Y., Wang, M., Jiang, H., Dai, Y., & Zhang, X. (2022). Comparison of fluoxetine with other selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Andrologia*, *54*(8), e14500. doi.org/10.1111/and.14500

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Premature ejaculation. Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown. https://books.google.com/books/about/Human_Sexual_Inadequacy.html?id=W-JrAAAAMAAJ

McCarthy, B. W. (2002). *Sexuality, sexual dysfunction, and couple therapy*. https://psycnet.apa.org/record/2003-04270-024

Pereira-Lourenço, M., e Brito, D. V., & Pereira, B. J. (2019). Premature Ejaculation: From Physiology to Treatment. *Journal of Family & Reproductive Health*, 13(3), 120. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7072026

Raveendran, A. V., & Agarwal, A. (2021). Premature ejaculation-current concepts in the management: A narrative review. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 19(1), 5. 10.18502/ijrm.v19i1.8176

Revicki, D., Howard, K., Hanlon, J., Mannix, S., Greene, A., & Rothman, M. (2008). Characterizing the burden of premature ejaculation from a patient and partner perspective: a multi-country qualitative analysis. *Health and quality of life outcomes*, 6(1), 1-10. 10.1186/1477-7525-6-33

Serefoglu, E. C., McMahon, C. G., Waldinger, M. D., Althof, S. E., Shindel, A., Adaikan, G., ... & Torres, L. O. (2014). 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. *Sexual medicine*, 2(2), 41-59. doi.org/10.1002/sm2.27

Song, W. H., Yoo, S., Oh, S., Park, J., Cho, S. Y., Cho, M. C., ... & Son, H. (2019). Ten-year interval changes in the prevalence of self-identified premature ejaculation and premature ejaculation based on an estimated intravaginal ejaculation latency time of< 3 minutes in the general population: The Korean Internet Sexuality Survey (KISS) 2016. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(4), 512-521. 10.1016/j.jsxm.2019.02.003

Symonds, T., Perelman, M. A., Althof, S., Giuliano, F., Martin, M., May, K., & et al. (2007). Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool. *European urology*, 52(2), 565-73. 10.1016/j.eururo.2007.01.028

Waldinger, M. D. (2002). The neurobiological approach to premature ejaculation. *The Journal of urology*, 168(6), 2359-2367. 10.1016/S0022-5347(05)64146-8

Waldinger, M. D. (2013). Pathophysiology of lifelong premature ejaculation. *Premature Ejaculation: From Etiology to Diagnosis and Treatment*, 71-80. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-88-470-2646-9_6

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]

Waldinger, M. D. (2015). Pharmacotherapy for premature ejaculation. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *16*(17), 2615-2624. 10.1517/14656566.2015.1096928

Waldinger, M. D. (2018). Drug treatment options for premature ejaculation. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *19*(10), 1077-1085. 10.1080/14656566.2018.1494725

Waldinger, M. D., & Schweitzer, D. H. (2006). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II-Proposals for DSM-V and ICD-11. *The journal of sexual medicine*, 3(4), 693-705. 10.1111/j.1743-6109.2006.00276.x

Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., & Zwinderman, A. H. (1994). Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1377-1379. 10.1176/ajp.151.9.1377

Waldinger, M. D., Hengeveld, M. W., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (1998). An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *2*(4), 287-293. 10.3109/13651509809115376

Waldinger, M. D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D. H., & Boolell, M. (2005). A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *The journal of sexual medicine*, 2(4), 492-497. 10.1111/j.1743-6109.2005.00070.x

Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., & Olivier, B. (2003). Antidepressants and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with mirtazapine and paroxetine. *Journal of clinical psychopharmacology*, 23(5), 467-470. 10.1097/01.jcp.0000088904.24613.e4.

Waldinger, M. D., Zwinderman, A. H., Schweitzer, D. H., & Olivier, B. (2004). Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: a systematic review and meta analysis. *International journal of impotence research*, 16(4), 369-381. https://www.nature.com/articles/3901172

Zhou, Z., Yang, Z., Cui, Y., Zhang, X., Wang, Y., & Zhang, Y. (2022). The network meta-analysis of “on-demand” and “daily” use of paroxetine in treating men with premature ejaculation from randomized controlled trials. *Andrologia*, *54*(5), e14388. 10.1111/and.14388

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-22]