

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

### 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

**Payam Sarabi\***

M.A., Department of Clinical Psychology, Kermanshah Branch, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

[CPsyPSarabi@gmail.com](mailto: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.

**پیام سرابی** (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

**پرژن هاشمی**

کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.

**دکتر کیوان کاکابارایی**

استاد، گروه روان‌شناسی، واحد کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

### 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.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی cbt با دارودرمانی بر زودانزالی و زمان نهفتگی انزال درون واژینال در مبتلایان اختلال زودانزالی اولیه بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری 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 به طور تصادفی در سه 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 زمان سنج جمع‌آوری شدند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، به ترتیب، میانگین نمرات IELT و PE 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، به ترتیب، کاهش نمرات میانگین PE و افزایش نمرات میانگین IELT در گروه با دارودرمانی نسبت به دارودرمانی بیشتر بود. همچنین اثر درمانی در گروه دارودرمانی تا زمان پیگیری شش ماهه حفظ شد ( $P<0.01$ )، اما اثر درمانی در گروه CBT با دارودرمانی تا زمان پیگیری دوازده ماهه پایدار باقی ماند ( $P>0.01$ ). 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.

## مقدمه

یکی از اختلالات جنسی که موجب عملکرد جنسی نامناسب و احساس نارضایتی افراد می‌شود زودانزالی<sup>۱</sup> است. زودانزالی (PE)، یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی مردان است (کامپینرز<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). کامل‌ترین تعریف برای PE را راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> (DSM-5-TR-TR) ارائه داده است، که عبارت‌انداز: موارد مستمر یا مکرر انزال در طول فعالیت جنسی با پارتner، تقریباً در عرض یک دقیقه بعد از دخول واژینال و قبل از آن که فرد خودش بخواهد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). ویرایش دهم طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10-۳<sup>۴</sup>) در تعریف خود برای PE به ناتوانی در کنترل انزال و انزال پس از ۱۵ ثانیه دخول اشاره دارد (سرفوگلو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

والدینگر<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۱۳؛ ۱۹۹۴)، در تلاش برای عملیاتی کردن زودانزالی، زمان نهفتگی انزال درون واژینال<sup>۷</sup> (IELT) را معرفی کردند. IELT به عنوان 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<sup>۸</sup> (۲۰۲۱)، زودانزالی یک مشکل شایع جنسی است که حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد از مردان در گروه سِنی فعال جنسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. درستنامه سکسولوژی بالینی<sup>۹</sup> (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 از جمله PE کمک می‌کند که بر مشکلات جنسی خود غلبه کنند (غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱). علاوه‌بر رشد و گسترش نظریه‌های روان‌شناختی، نظریه عصب زیست‌شنایت والدینگر (۲۰۱۸)، که بر پایه‌ی تاثیر داروهای ضدافسردگی<sup>۱۰</sup> و مهارکننده‌های بازجذب سروتونین<sup>۱۱</sup> (SSRIs) پایه‌گذاری شده‌اند، بیان می‌کنند که داروهای SSRIs به علت افزایش انتقال‌دهنده‌های عصبی<sup>۱۲</sup> سروتونین و تغییر در گیرنده‌های مخصوص سروتونین در سیستم عصبی مرکزی<sup>۱۳</sup> باعث تاخیر در انزال می‌شود. به حال سروتونین به عنوان کنترل‌کننده انزال مشخص شده است، و شواهدی وجود دارد که نشان می‌کند PE مربوط به تمام عمری (اولیه) به کاهش یا نقصان انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونرژیک مرکزی وابسته است (والدینگر، ۲۰۱۸؛ ۲۰۱۵؛ 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 به مدت 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 متائالیز والدینگر و همکاران (۲۰۰۴)، پاروکستین به صورت روزانه بیشترین اثربخشی را در افزایش زمان انزال در بیماران نشان داده است، به طوری که زمان انزال را ۸/۸ برابر نسبت به زمان پایه افزایش داد. یافته‌های مطالعه متائالیز ژو<sup>۱۴</sup> 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 به طور قابل توجهی بهتر از فلوکستین و ترامadol در بهبود IELT بود.

روش‌های درمانی مختلفی برای افزایش کنترل و در نهایت درمان PE به کار گرفته شده است. به طور کلی دو دسته درمان برای PE به کار می‌رود که شامل روان‌درمانی و دارودرمانی می‌باشد؛ ترکیب کردن روش‌های رفتاری با دارودرمانی اثربخش‌ترین نوع درمان است (پریرا-لورنزو<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). درمان شناختی - رفتاری یکی از این درمان‌ها است. در واقع، به کارگیری این رویکرد درمانی در درمان اختلالات جنسی، از جمله پُرکاربردترین روش‌های درمانی است (غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱). مسترز و جانسون<sup>۱۶</sup> نظریه

1. premature ejaculation

2. Kempeneers

3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

4. International classification of Diseases

5. Serefoglu

6. Waldinger

7. Intravaginal Ejaculatory Latency Time

8. Ravveendran & 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

شناختی - رفتاری انزال زودرس را مطرح کردند. درمان شناختی - رفتاری در PE، رویکردنی است که همراه با روش‌های رفتاری به تغییر شناخت‌های ناسازگارانه فرد، می‌پردازد و بدین ترتیب تأثیر درمانی آن‌ها را افزایش می‌دهد (لطفى کاشانی و همکاران، ۱۳۹۲). روش‌های مختلف درمان شناختی - رفتاری شامل شروع - توقف<sup>۱</sup> و تکنیک‌های فشردن فرنولوم<sup>۲</sup>، تجربه و ضعیت 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 مبتلا به PE بسیار بالا است (۸۵ درصد)، با این حال، میزان عود نیز بالا است و از ۵۰ تا ۵۰ درصد متغیر است (ریوندران و آگاروال، 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 معتقدان به مواد مخدر تأثیر داشته است، اما دارودرمانی مبتنی بر فلوکستین بر بهبود زودانزالی معتقدان به مواد مخدر تأثیر 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 (سرتلاین 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 درون‌واژینال و زودانزالی، به نفع گروه شناختی - رفتاری تفاوت معنی‌داری دیده شد، اما بین گروه دارودرمانی و گروه کنترل تفاوت مشاهده نشد.

مداخلات طولانی مدت 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<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۰؛ لتو و همکاران، ۲۰۲۰). PE باعث پریشانی روانی<sup>۵</sup>، اضطراب، خجالت و افسردگی، اختلال نعوظ<sup>۶</sup>، کاهش میل جنسی<sup>۷</sup>، روابط بین‌فردی ضعیف و اضطراب در رابطه جنسی می‌شود (ریوندران و آگاروال، ۲۰۲۱). با توجه به اهمیت مسائل جنسی در زندگی مشترک و اثرات منفی PE، و شیوع نسبتاً بالای اختلال زودانزالی (راوندران و آگاروال، ۲۰۲۱؛ سادوک و سادوک، ۲۰۱۵)، و همچنین پیش‌بینی کننده‌های آسیب‌های متعددی در حوزه‌های روابط زناشویی مانند طلاق عاطفی یا رسمی، رضایت و صمیمیت جنسی، و روابط فرازنashویی (سرابی و همکاران، ۱۴۰۱؛ گرازیوتین<sup>۸</sup> 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 مبتلایان 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 کمانشاه 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 سه 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 توسط روانشناس بالینی؛ زمان نهفتگی انزال درون‌واژینال (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. Grazziottin

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زودانزالی (PE) و زمان نهفتگی انزال درون واژینال (IELT) در مبتلایان اختلال زودانزالی اولیه  
Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on ...

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 منع مصرف<sup>۱</sup> از نظر مصرف دارو نداشته باشند؛ نداشتن بیماری‌های فیزیکی مانند دیابت و بیماری‌های کبدی؛ نداشتن سابقه بیماری‌های اندوکرین، پروستاتیت؛ عدم دریافت هرگونه داروی روان‌پزشکی و ترا�ادول طی ۶ ماه گذشته؛ نداشتن سابقه عمل جراحی که روی عملکرد جنسی تاثیرگذار بوده باشد؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ اضای رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: عدم همکاری در جلسات روان‌درمانی و غبیت بیش از دو جلسه. در این مطالعه 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 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 بونفوونی و توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ابزار سنجش

**ابزار تشخیصی زودانزالی<sup>۲</sup> (PEDT):** این ابزار توسط سیموندز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷)، که یک ابزار ۵ ماده‌ای است در یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۰ = اصلن مشکل نبود تا ۴ = شدیداً 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 ( $P < 0/001$ ) و افرادی که نمره ۹ و بالاتر کسب می‌کنند مبتلا به زودانزالی تشخیص داده می‌شوند (سیموندز و همکاران، ۲۰۰۷). در ایران این پرسشنامه توسط بُلقارن‌آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، ابتدا ترجمه و بازترجمه شد. پایابی آن به روش بازآزمایی، ۰/۸۷ بهدست آمد. روابی این ابزار به‌شیوه افتراقی مردان زودانزال و مردان عادی را به‌طور معنی‌داری از هم جدا می‌کند. روابی همکرای ابزار با آزمون رضایت جنسی همبستگی معنی‌داری را با ضریب  $-0/42$  نشان داد (بُلقارن‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶). در مطالعه رجبی و همکاران (۱۳۹۱)، روابی همزمان این ابزار با پرسشنامه کیفیت زندگی جنسی مردان برابر با  $-0/69$  ( $P < 0/001$ ) گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ  $0/87$  بهدست آمد.

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

**روندهای 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 کتبی 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 روند 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 فرم‌های لازم برای ثبت روند تغییر زمان مقارب و اثرات جانبی<sup>۴</sup> احتمالی دارو در اختیار آن‌ها قرار گرفت. در طی دوره‌ی درمان هر هفته به‌صورت تلفنی روند درمان پیگیری شد. بعد از اخذ رضایت‌نامه‌ی کتبی و

1. contraindications

2. premature ejaculation diagnostic tool

3. Symonds

4. side effects

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

بروتکل درمانی رفتاردرمانی شناختی PE براساس برنامه‌های درمانی (رجبی، همکاران، ۱۳۹۱ و غفارزاده رزاقی و حسینلو، ۱۴۰۱)، برای ده جلسه نود دقیقه‌ای (هفتاهی یک جلسه) به صورت انفرادی تنظیم گردیدند؛ اما از آن‌جایی که بعضی از تکنیک‌های درمان نیازمند مشارکت هر دو زوج بود و درمان اساساً 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؛ بهمین خاطر، به زوج‌ها در مورد همکاری در انجام تکالیف خانگی تاکیدات لازم ارائه شد؛ هم‌چنین، به منظور 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 کلی
سوم	آموزش تمرین آرام‌سازی، بررسی شناخت‌های، دادن اطلاعات اولیه آگاهی جنسی، دادن جزوی آموزشی
چهارم	بررسی تکالیف، 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 - شروع، ادامه تکنیک فشردن
دهم	بررسی تکالیف، تمرین آرام‌سازی، بررسی و چالش با طرح‌واره‌ها، ارائه اطلاعات و آموزش جنسی

## یافته‌ها

میانگین سنی کل چهار گروه بیماران، ۳۵/۸۶ سال، با انحراف استاندارد ۳۵/۶۴؛ گروه دارودرمانی ۲/۴۱ 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 به ترتیب شامل گروه سنی ۲۵ تا ۳۴ با میانگین ۲۵ تا ۳۴ با میانگین ۲۴ و 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 ۳۸ و انحراف استاندارد ۱/۷۳ بودند. از لحاظ تحصیلات، بیشترین درصد و فراوانی به ترتیب شامل ۳۸/۳۳ درصد (۲۳ نفر) مربوط به گروه فوق دیپلم و کارشناسی، ۳۳/۳۳ درصد (۲۰ نفر) مربوط به گروه کارشناسی ارشد و بالاتر، و ۲۸/۳۳ درصد (۱۷ نفر) مربوط به گروه دیپلم بودند. از لحاظ اشتغال، بیشترین درصد و فراوانی به ترتیب 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.

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زوادنالی (PE) و زمان نهشتگی انزال درون واژتال (IELT) در مبتلایان اختلال زوادنالی اولیه  
Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on ...

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

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

\* به ثانیه محاسبه شده است.

همان‌طور که 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. در کل، گروه دارودرمانی و گروه CBT + دارودرمانی عملکرد بهتری نسبت به گروه دارونما و گروه در انتظار درمان داشته، و گروه دارونما نیز عملکرد نسبتاً بهتری 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<sup>۱</sup>، آزمون امباکس<sup>۲</sup> و آزمون کرویت ماقچلی<sup>۳</sup> مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای وابسته حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها بود ( $F=0/05$ ,  $p=0/26>0/05$ ). برای وارسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین، برای PE ( $F=0/05$ ,  $p=0/27>0/05$ ) و IELT ( $F=2/32$ ,  $p=0/05$ )؛ و برای وارسی پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس با استفاده از آزمون امباکس، برای PE ( $F=0/05$ ,  $p=0/41>0/05$ )، Box's M = ۶/۷۳, F = ۱/۷۴, p = ۰/۰۵ و IELT ( $F=0/05$ ,  $p=0/67>0/05$ )، Box's M = ۶/۱۸, F = ۱/۸۱، محدودیت در این زمینه وجود نداشت. نتایج آزمون کرویت ماقچلی (برای وارسی تساوی واریانس<sup>۴</sup> تفاوت بین گروه‌ها)، بهمنظور بررسی مفروضه کرویت نمره متغیرهای وابسته نشان دادند آماره ماقچلی برای PE ( $\chi^2=13/78$ ,  $p=0/001$ )، Machly s M = ۰/۷۴,  $\chi^2=12/45$ ,  $p=0/001$ ) و IELT (Machly s M = ۰/۴۷,  $\chi^2=12/45$ ,  $p=0/001$ )، 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 در گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان

متغیرها	گروه‌ها	منابع تغییرات	F	P	اندازه اثر	تون 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
	گروه‌ها (بین‌گروهی)		۷۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰۰
	اندازه‌ها (درون‌گروهی)		۸۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
دارودرمانی + CBT						

1. Levene's Test

2. Mbox Test

3. Mauchly's Test of Sphericity

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

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج به دست آمده در طول زمان (درون گروهی) بیانگر تفاوت‌های معنی‌دار بین دفعات متعدد اندازه‌گیری است، این امر بیان گر 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 بین گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد PE و IELT در سطح  $P < 0.01$  معنی‌دار است. همچنین F به دست آمده ناشی از تاثیر مداخله‌های دارودرمانی و CBT + دارودرمانی مورد استفاده در طول زمان (درون گروهی) در مقایسه با مقادیر بحرانی F در مورد PE و IELT در سطح  $P < 0.01$  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، به منظور مقایسه بین چهار مرحله به صورت 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)						مرحله (II)
	دارونما			دارو درمانی			
	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)	خطای معیار	میانگین‌ها (I-J)
پیش‌آزمون	۵۷/۴۲	۳۶/۷	۳۷/۴۱	۵۷/۶	۱۰/۶۴*	۷۳/۶	۱۰/۴۳**
پیش‌آزمون	۶۵/۶۱	۲۱/۵	۳۹/۵۷	۷۳/۴	۴۱/۱۷**	۶۰/۲	۱۱/۷۲**
پیش‌آزمون	۷۳/۴۲	۲۹/۴	۴۶/۵۷	۶۲/۸	۳۲/۸۳**	۶۸/۶۷	۱۰/۱۹**
پیش‌آزمون	۴۴/۵۷	۲۰/۱	۳۸/۸۴	۱۱/۳	۰/۷۴	۱۰/۲۲	۰/۳۶
پیش‌آزمون	۶۰/۵۸	۳۸/۶	۴۰/۳۱	۷۰/۵	۰/۴۸	۷۲/۷۴	۹/۷۵**
پیش‌آزمون	۴۸/۲۹	۳۹/۸	۴۲/۶۱	۱۱/۷	۰/۶۳	۷۱/۵۳	۹/۲۹**
پیش‌آزمون	۶۶/۰۲	۳۴/۵	۳۵/۴۲	۴۲/۶	۱۰/۹*	۴۸/۴	۹/۷۱**

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زودانزالی اولیه  
Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on ...

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

\*P<0/05 \*\*P<0/01

جدول ۴، مقایسه چهار مرحله در گروه‌های آزمایشی 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، معنی دار و این تأثیر تا مرحله پیگیری ۶ ماهه پایدار مانده است؛ درحالی که در گروه در انتظار درمان، این تفاوت‌ها معنی دار نیست. در گروه CBT + دارودرمانی تفاوت در متغیرهای PE و IELT در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه در قیاس با پیش‌آزمون، معنی دار و این تأثیر تا مرحله پیگیری ۶ و ۱۲ ماهه پایدار مانده است؛ درحالی که در گروه در انتظار درمان، این تفاوت‌ها معنی دار 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، معنی دار نیست.

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

P	خطای معیار	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌های مورد مقایسه	متغیرها
•/0/01	۰/۴۰	-۴/۳۹	دارودرمانی - CBT + دارودرمانی	PE
•/0/01	۰/۳۸	-۳/۷۶	دارودرمانی - دارونما	
•/0/01	۰/۴۰	-۳/۶۲	دارودرمانی - دارونما	
•/0/01	۰/۳۹	-۳/۳۵	دارودرمانی - در انتظار درمان	
•/0/01	۰/۴۱	-۳/۵۱	دارودرمانی - در انتظار درمان	
•/0/01	۰/۳۹	-۲/۲۷	دارونما - در انتظار درمان	
•/0/01	۰/۴۱	۴/۴۷	دارودرمانی - CBT + دارودرمانی	
•/0/01	۰/۴۰	۴/۳۹	دارودرمانی - دارونما	
•/0/01	۰/۳۸	۴/۴۷	دارودرمانی - دارونما	
•/0/01	۰/۴۰	۴/۲۳	دارودرمانی - در انتظار درمان	
•/0/01	۰/۴۰	۴/۶۹	دارودرمانی - در انتظار درمان	IELT
•/0/01	۰/۴۰	۴/۲۵	دارونما - در انتظار درمان	

+ همان‌طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، در متغیرهای PE و IELT بین سه گروه تحت درمان دارودرمانی، CBT + دارودرمانی و دارونما تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P<0/001$ )، و اثربخشی گروه دارودرمانی به صورت معنی داری بیش از دو گروه CBT + دارودرمانی و دارونما بوده است ( $P<0/001$ ). در متغیرهای PE و IELT بین دو گروه دارودرمانی و CBT + دارودرمانی در انتظار درمان تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $P<0/001$ )؛ همچنین در متغیرهای PE و IELT بین گروه دارونما و گروه در انتظار درمان تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $P<0/001$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

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

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)، لیو و همکاران (۲۰۲۰)، زو و همکاران (۲۰۲۰)، زانگ و همکاران (۲۰۲۰)، رودریگز و همکاران (۲۰۱۹)، آلتوف (۲۰۱۶)، فروهوف و همکاران (۲۰۱۳)، والدینگر و همکاران (۲۰۰۴)، 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 بهمراه 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<sup>۱</sup> (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 ازval آن‌ها می‌شود. همچنین نظریه‌پردازان شناختی بر نقش عقاید، باورها، تصویرهای غلط درباره مسائل جنسی و تحریف‌های شناختی تاکید دارند (آلتوف، 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 (سوتاپل و کیلمن، ۱۹۷۸؛ بهنگل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۱) و همچنین باعث افزایش خودپذیری و افزایش لذت جنسی می‌شود (اندرسون، ۱۹۸۱، ۱۹۸۱؛ بهنگل از رجبی و همکاران، ۱۳۹۱). این روش‌های شناختی و رفتاری زمینه‌ساز مداخله‌هایی هستند که هدف‌شان ایجاد تغییر مشیت در کارکرد جنسی و در حقیقت، ایجاد تغییر در رابطه بطور کلی 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 می‌گردد 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 به وجود آمده‌اند به عنوان عوامل PE درنظر گرفته می‌شوند (مک‌کارتی، ۲۰۰۲؛ بتچن، ۲۰۰۱). همچنین تحریف‌های شناختی می‌تواند با عملکرد جنسی تداخل پیدا کند (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 بالا بردن آگاهی حسی در درمان شناختی - رفتاری باعث درمان PE می‌شود. بارلو<sup>۲</sup> (۱۹۸۶)، فرض کرد که مردان و زنان مبتلا به اختلال‌های جنسی بر شناختهای منفی و متمرکز بر خود تمرکز می‌کنند، این مساله آن‌ها را از نشانه‌های شهوتی غافل می‌کند و با توانایی آن‌ها برای برانگیخته شدن تداخل می‌نماید. پس درمان شناختی - رفتاری با کمک به بازسازی شناختی افراد مبتلا به 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 ازval است (والدینگر، ۲۰۱۸؛ ۲۰۰۲؛ ۱۹۹۴). براساس نظریه‌ی عصب

1. Masters &amp; Johnson

2. Althof

3. Sutile &amp; Kilman

4. Andersen

5. McCarthy

6. Betchen

7. Barlow

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زودانزالی اولیه  
Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on ...

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 رشته عصبی به رشته عصبی دیگر منتقل می‌کنند (والدینگر، ۲۰۰۲). سروتونین به عنوان 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 (۱۹۹۴؛ ۲۰۰۳)، در مطالعات خود به این یافته دست پیدا نمودند که PE به علت کاهش انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونرژیک می‌باشد، بر این اساس، استفاده از داروی پاروکستین که از داروهای SSRIs می‌باشد باعث افزایش انتقال‌دهنده‌های عصبی سروتونرژیک و در نتیجه، درمان PE می‌شود. در این راستا می‌توان گفت، اثربخشی هر دو درمان دارودرمانی و CBT به همراه 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 جذب سروتونین بر کاهش PE و افزایش IELT مؤثر می‌باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی رویه رو بوده است که می‌توان به این موارد اشاره نمود؛ روش نمونه‌گیری هدفمند، ممکن است نتایج را تحت تأثیر قرار دهد، و در نتیجه، تاثیرات نامطلوبی روی روابی بیرونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعییم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به نحوی مدنظر قرار داد؛ بدیهی است که با انجام پژوهش‌های مکرر و تایید یافته‌ها، این محدودیت در عمل 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 بدنهند فراهم گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های درمانی دیگری همانند درمان سیستمیک اختلالات جنسی و یا درمان راه حل محور 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 گلومی پرامین و تراامدول انجام دهید و با مطالعه حاضر مقایسه کنید، و همچنین دوره‌های پیگیری طولانی مدت تری برای سنجش اثربخشی درمان در نظر بگیرند تا از ثبات و صحبت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل شود. از پیشنهادهای کاربردی می‌توان از رویکرد دارودرمانی و CBT به همراه دارودرمانی در مراکز سکس‌تراپی و نوروولوژی برای درمان افراد PE به کار برد. در این راستا، به کارگیری برنامه‌های آموزشی و کارگاهی آموزش بیماران با هدف آگاهی‌بخشی به افراد مبتلا به PE درباره تأثیرگذاری درمان‌های دارودرمانی و CBT به همراه دارودرمانی، می‌تواند رویکردی برای ارتقاء سلامت روانی آن‌ها و پیشگیری از آسیب‌های فردی و اجتماعی بیشتر باشد.

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

## منابع

- بلغان‌آبادی، م.، احمدی علون آبادی، س.، بهرامی خوندابی، ف.، فاتحی‌زاده، م.، و جزایری، ر. (۱۳۹۶). مشکلات مردان مبتلا به زودانزالی: تحلیل محتوای متون. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۵(۱)، ۱-۵.
- [20.1001.1.17352029.1396.15.1.1.0](https://doi.org/10.1001.1.17352029.1396.15.1.1.0)
- رجبی، غ. م.، امان‌الهی، ع.، خجسته‌مهر، ر.، حسینی، م.، ع.، و عطاری، ی. ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی در درمان مردان مبتلا به زودانزالی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر اهواز. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۴(۴)، ۴۵۴-۴۳۵.
- [20.1001.1.22516654.1391.2.4.1.2](https://doi.org/10.1001.1.22516654.1391.2.4.1.2)
- سادوک، ب.ج.، و سادوک، و. آ. (۲۰۱۵). خلاصه روانپژوهی: علوم رفتاری/ روانپژوهی پالینی. ترجمه فرزین رضاعی. (۱۳۹۴). تهران: ارجمند.
- سرابی، پ.، الهیاری، و.، پرویزی، ف.، و کاکاپرایی، ک. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانگری رفتاری یکپارچه‌نگر بر خودکارآمدی جنسی و خودپنداره جنسی در افراد مبتلا به زودانزالی اکتسابی. رویش روان‌شناسی، ۱۰(۱۰)، ۱۱-۱۶.
- [20.1001.1.2383353.1400.10.10.21.9](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1400.10.10.21.9)
- سرابی، پ.، ایمانی‌زاد، ا.، الهیاری، و.، و پرویزی، ف. (۱۴۰۱). واکاوی علل زمینه‌ساز و پیامدهای روابط فرازنشابی از دیدگاه جوانان متاهل شهر کرمانشاه: یک مطالعه نظریه‌ی زمینه‌ای. رویش روان‌شناسی، ۱۱(۶)، ۴۸-۳۳.
- [20.1001.1.2383353.1401.11.6.9.6](https://doi.org/10.1001.1.2383353.1401.11.6.9.6)

سلطانی زاده، م.، نشاطدوست، ح. ط.، کلانتری، م.، صالحی، م.، و ایزدپناهی، م. ح. (۱۳۹۵). زودازالی مروری بر تعاریف و طبقه‌بندی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*, ۲۶(۱۳۹)، ۲۷۲-۲۵۸.

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](https://doi.org/10.30473/hpj.2022.56411.5034)

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

لطفی کاشانی، ف.، مجتبایی، م.، و علی مهدی، م. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، متدون درمانی و روش ترکیبی بر بهبود افسردگی معتادان تحت درمان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*, ۱۴(۴)، ۲۵-۱۸. [https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article\\_533890.html](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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://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](https://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](https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.03.003)

El-Hamid, 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](https://doi.org/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](https://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](https://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](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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-88-470-2646-9_6)

مقایسه اثربخشی دارودرمانی و درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی با دارودرمانی بر زودازالی (PE) و زمان نهفته‌گی انزال درون واژینال (IELT) در مبتلایان اختلال زودازالی اولیه  
Comparison of the Effectiveness of Drug Therapy and Combined Cognitive Behavioral Therapy with Drug Therapy on ...

- Waldinger, M. D. (2015). Pharmacotherapy for premature ejaculation. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16(17), 2615-2624. [10.1517/14656566.2015.1096928](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1111/and.14388)