

اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸

ندا قهرمان نژاد^۱، سید حمید آتش پور^{۲*}، فلور خیاطان^۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۲

خلاصه

مقدمه: افت عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی پایین از جمله پیامدهای کارکردی اختلال نعوظ به شمار می‌روند که اجرای مداخلات روان شناختی را ضروری می‌سازند. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ بود.

مواد و روش‌ها: جامعه آماری این پژوهش نیمه‌آزمایشی کلیه مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند. تعداد ۳۰ نفر که بر اساس نمرات بین ۲۰-۱۶ در پرسش‌نامه بین‌المللی عملکرد نعوظی تشخیص اختلال نعوظ را دریافت کردند، با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه‌ها پرسشنامه‌های شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (۱۹۹۷) و عزت نفس جنسی (Schwarz و Zeanah، ۱۹۹۶) را تکمیل کردند. پس از اتمام ترکیبی از ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) درمان شناختی - رفتاری و ۴ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی در گروه آزمایش، ابزارها مجدداً توسط گروه‌ها تکمیل شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر افزایش عزت نفس جنسی ($p=0/001$)، عملکرد جنسی ($\text{Eta}=0/09$) و عملکرد جنسی ($\text{Eta}=0/04$, $p=0/001$) مردان مبتلا به اختلال نعوظ تأثیر مثبت داشت.

نتیجه‌گیری: استفاده از درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی به عنوان یک روش مداخله‌ای غیردارویی برای بهبود عزت نفس جنسی و عملکرد جنسی مبتلایان به اختلال نعوظ توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان ترکیبی شناختی - رفتاری، تعدیل سوگیری شناختی منفی، عزت نفس جنسی، عملکرد جنسی، اختلال نعوظ

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: n.ghahraman.92@gmail.com، تلفن: ۰۹۱۳۲۶۶۰۴۷۷

مقدمه

اختلال نعوظ (Erectile dysfunction) یکی از شایع‌ترین اختلالات جنسی در نزد مردان است. تقریباً ۱۰ الی ۲۰ درصد مردان این مشکل را در طول زندگی تجربه می‌کنند [۱]. اختلال نعوظ مستلزم مشکل محسوس در رسیدن به نعوظ هنگام فعالیت جنسی و حفظ آن تا اتمام فعالیت جنسی و کاهش محسوس در سفتی نعوظ است. این اختلال حداقل بایستی به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد، موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد شده و ناشی از تأثیرات مواد / دارو یا بیماری جسمانی دیگر نباشد [۲].

اختلال نعوظ ممکن است عملکرد جنسی مردان را مختل کند و به شیوه‌های مختلفی نظیر ناتوانی در نعوظ از همان ابتدای فعالیت جنسی، داشتن نعوظ در ابتدا اما از دست دادن آن به هنگام دخول یا از دست دادن نعوظ در طول دخول و قبل از ارگاسم ظاهر شود [۳]. با توجه به اینکه عملکرد جنسی بخشی از زندگی و شخصیت افراد را تشکیل می‌دهد، اختلال نعوظ منجر به کاهش عزت‌نفس جنسی مردان می‌گردد؛ در نتیجه افرادی که از اختلال عملکرد جنسی رنج می‌برند، اغلب از عزت‌نفس جنسی پایین‌تری برخوردار هستند [۴]. عزت‌نفس جنسی عبارت است از افکار و احساسی که فرد نسبت به اندام‌ها، رفتارهای جنسی و جنسیت خود دارد [۵]. به عنوان مثال، مردی که از عزت‌نفس جنسی پایینی برخوردار است بی‌شک دچار مشکلات عدیده‌ای در امور جنسی می‌شود که روابط و عملکرد جنسی وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث اشکال در نعوظ می‌گردد [۴]. با توجه به عواقب منفی متعددی که اختلال نعوظی به همراه دارد، درمان این مشکل ضروری به نظر می‌رسد.

درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavioral therapy)، از جمله درمان‌هایی است که در این اختلال مورد توجه قرار گرفته است. به عنوان درمانی ساختارمند، مشکل‌مدار و مبتنی بر یک مدل آموزشی با تأکید بر زمان حال که در آن درمانگران با به‌کارگیری گستره متنوعی از روش‌های شناختی و رفتاری، به مراجعان آموزش می‌دهند که افکار خود را ارزشیابی و تعدیل کنند و شیوه‌های کارآمدتر تفکر را جایگزین افکار ناکارآمد سازند [۷]؛ منطق زیربنایی

به‌کارگیری درمان شناختی- رفتاری در بهبود مشکلات مردان مبتلا به اختلال نعوظ بر تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی تفکر و شناخت‌واره‌های ناکارآمد جنسی، با هدف راه‌اندازی پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی استوار است [۸]. Boddi و همکاران [۹] در پژوهشی نشان دادند که دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری جنسی بر اختلال عملکرد جنسی تأثیر دارند، اما ترکیب این دو درمان بر رضایت جنسی مردان و زنان و اختلال عملکرد جنسی زنان تأثیر بیشتری دارد. Amir Fakhraei [۸] در مطالعه خود نشان داد که درمان شناختی- رفتاری در مرحله پیگیری نیز در بهبود اختلال نعوظ، عملکرد جنسی و کاهش شدت نشانگان افسردگی و اضطراب مؤثر بوده است [۸]. Sarabi و همکاران [۱۰] دریافتند که روان‌درمانگری شناختی- رفتاری جنسی بر عملکرد جنسی، باورهای ناکارآمد، دانش و اعتماد به نفس جنسی زنان مبتلا به اختلالات جنسی مؤثر است.

درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی (Moderating negative cognitive bias) رویکرد درمانی دیگری است که به‌کارگیری آن با توجه به اینکه بر پایه اصول شناختی و رفتاری بنا نهاده شده در درمان مشکلات مردان مبتلا به اختلال نعوظ منطقی به نظر می‌رسد [۱۱]. در این برنامه درمانی، سوگیری از طریق مواجهه مکرر با محرک‌های خنثی و منفی، ارائه تقویت در صورت اختصاص توجه به محرک‌های خنثی (در برنامه تعدیل سوگیری توجه) و انتخاب معانی بی‌خطر یا مثبت (در برنامه تعدیل سوگیری تفسیر) اصلاح می‌شود. بدین ترتیب این راهبرد نه تنها حالت سوگیری توجه و تفسیر را روشن ساخته بلکه مزایای درمانی بالقوه‌ای را نیز پیشنهاد می‌کنند [۱۲، ۱۳]. Dalir و همکاران [۱۴] با مقایسه درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی با درمان شناختی- رفتاری در اختلال وسواس- بی‌اختیاری نشان دادند که درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس- بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی دارد. Ghahramannejad [۱۵] نشان داد که درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی بر بهبود عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به ویتیلیگو مؤثر بود؛ اما بر روی خودآگاهی جنسی تأثیری نداشت. علی‌رغم وجود چنین تحقیقاتی، در خصوص کارایی درمان شناختی- رفتاری به ویژه بر متغیر عزت‌نفس

جنسی پژوهشی صورت نگرفته است. اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی بر اختلال نعوظ نیز در کشور ما مطالعه نشده است؛ این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ انجام شد.

مواد روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه (کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.007) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بودند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha} + z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

در این معادله بر اساس مطالعه Emami و Javadian، $\sigma=1/61$ ، $d^2=4/507$ ، $\text{Power}=0/90$ و $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. در معادله مذکور σ انحراف معیار است که میزان پراکندگی را نشان می‌دهد و d بازه اطمینان است که میزان قابل اغماض بودن بالاتر یا پایین‌تر میانگین نمونه از میانگین جامعه را نشان می‌دهد. بر اساس این معادله حجم نمونه برابر با ۱۲/۰۷ به دست آمد که برای اطمینان در هر گروه ۱۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری انتخاب [۱۶] و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص اختلال نعوظ بر اساس دریافت نمرات ۱۶-۲۰ در پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی، داشتن تحصیلات خواندن و نوشتن؛ عدم دریافت درمان شناختی - رفتاری قبل از ورود به پژوهش، عدم دریافت سایر مداخلات روان‌شناختی هم‌زمان، موافقت و داشتن انگیزه کافی برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از پژوهش شامل اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی، سوءمصرف مواد مخدر و الکلی، اختلالات شخصیت بر اساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، تکمیل نکردن سؤالات ابزارهای پژوهش، حضور نداشتن در ۲ جلسه پایایی می‌شد.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور

مجوز از سوی دانشگاه و موافقت مسئولین ذیربط به کلینیک اورولوژی، ناباروری و اختلالات جنسی آقایان و درمانگاه زنان و آی وی اف بیمارستان میلاد و مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی توحید شهر اصفهان مراجعه شد. پس از اعلام فراخوان، متناسب با حجم نمونه از مردان مبتلا به اختلال نعوظی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تلفنی و حضوری ثبت‌نام به عمل آمد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آن‌ها کسب گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آن‌ها تکمیل شد و پژوهشگر به آن‌ها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود. آموزش درمان ترکیبی در یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی شهر اصفهان در ساعات عصر روز دوشنبه توسط پژوهشگر دارای مدرک مربیگری درمان شناختی - رفتاری و آموزش‌دیده توسط کارشناس اجرای برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی، اجرا شد. گروه آزمایش در سه گروه (هر گروه ۵ نفره) در معرض درمان ترکیبی قرار گرفت. گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (بلافاصله) به صورت گروهی ابزارهای پژوهشی خودگزارشی را تکمیل کردند. هیچیک از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. به منظور پیشگیری از تبادل اطلاعات بین گروه‌های پژوهش، به هر گروه به طور مجزا در خصوص اهداف پژوهش اطلاع داده شد و مراحل مختلف سنجش (پیش-پس‌آزمون) نیز به طور مجزا انجام شد. اطلاعات به وسیله ابزارهای زیر گردآوری شد:

تعداد فرزند و مدت ازدواج را در برمی‌گرفت. پرسشنامه شاخص بین‌المللی عملکرد نعوظی (International Index of Erectile Function): این پرسشنامه توسط Rosen و همکاران در سال ۱۹۹۷ به منظور ارزیابی نیرومندی نعوظ در مردان تهیه شده است [۱۷] و دارای ۱۵ سؤال و پنج خرده‌مقیاس کارکرد نعوظ (۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۱۵)، کارکرد اوج لذت جنسی (۹، ۱۰)، میل جنسی (۱۱، ۱۲)، رضایت‌مندی از تماس جنسی (۶، ۷، ۸) و

انطباق‌پذیری (۴، ۹، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۸، ۳۲، ۳۷، ۴۲، ۴۶، ۵۰، ۵۹، ۶۶، ۷۱ و ۷۷). این پرسشنامه در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (۱=کاملاً موافقم، ۲=موافقم، ۳=تقریباً موافقم، ۴=تقریباً مخالفم، ۵=مخالفم، ۶=کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۸۱ و ۴۸۶ است و نمره کل با جمع کردن نمرات خرده مقیاس‌ها محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده عزت‌نفس جنسی بالاتر است [۶]. Zeanah و Schwarz [۶] آلفای کرونباخ پرسشنامه را ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ گزارش کردند که حکایت از پایا بودن پرسشنامه دارد. آلفای کرونباخ زیرمقیاس جذابیت ۰/۹۴، کنترل ۰/۸۸، انطباق‌پذیری ۰/۸۵، قضاوت اخلاقی ۰/۸۵ و مهارت و تجربه ۰/۹۳ بود. برای روایی ملاکی، همبستگی این پرسشنامه با مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ توسط Zeanah و Schwarz [۶] محاسبه شد که مقدار آن برای جذابیت ۰/۵۶، کنترل ۰/۴۵، انطباق‌پذیری ۰/۴۵، قضاوت اخلاقی ۰/۳۸، مهارت و تجربه ۰/۴۴ و برای نمره کل ۰/۵۷ گزارش شد. Danesh و همکاران [۱۹] نیز آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس جذابیت ۰/۹۱، کنترل ۰/۸۹، انطباق‌پذیری ۰/۸۵، قضاوت اخلاقی ۰/۸۲ و مهارت تجربه ۰/۸۹ و کل پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آوردند. در این پژوهش اعتبار پرسشنامه عزت‌نفس جنسی توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه اصفهان در طی دو مرحله مطالعه و تأیید شد و پایایی کل این پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ بدست آمد.

در این پژوهش، ابتدا درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و سپس تعدیل سوگیری شناختی منفی به شرح زیر ارائه شد: درمان شناختی - رفتاری بر اساس پروتکل درمانی Boddi و همکاران [۹] به آزمودنی‌های گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) به صورت گروهی طی جلسات زیر ارائه شد. (جدول ۱)

رضایت‌مندی همه جانبه (۱۳، ۱۴) است که در یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای (۰=هرگز، ۱=تقریباً هرگز، ۲=مقدار کمی، ۳=گاهی اوقات، ۴=اکثر اوقات، ۵=همیشه) برای سؤالات ۱ تا ۹ و (۱=هرگز یا تقریباً هرگز، ۲=مقدار کمی، ۳=گاهی اوقات، ۴=اکثر اوقات، ۵=همیشه یا تقریباً همیشه) برای سؤالات ۱۰ تا ۱۵ نمره‌گذاری می‌شود. نمرات این پرسشنامه در دامنه ۶ تا ۷۵ قرار دارد و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده اختلال نعوظ بالاتر است. کسب نمرات ۱۰-۶ بیانگر اختلال نعوظ شدید، ۱۵-۱۱ بیانگر اختلال نعوظ متوسط، ۲۰-۱۶ بیانگر اختلال نعوظ خفیف و نمرات ۲۵-۲۱ نشان‌دهنده عدم اختلال نعوظ است [۱۷]. Rosen و همکاران [۱۷] روایی این پرسشنامه را به صورت کلی مطلوب و پایایی آن را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ گزارش کردند. Fayyazbakhsh و همکاران [۱۸] پایایی این پرسشنامه را در زنان و مردان مبتلا به بیماری‌های کلیوی مزمن به وسیله روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برآورد کردند. در پژوهش حاضر، اعتبار پرسشنامه توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه اصفهان در طی دو مرحله مطالعه و تأیید شد. پایایی پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه عزت‌نفس جنسی (Sexual Self-Esteem Inventory Women): این پرسشنامه توسط Zeanah و Schwarz در سال ۱۹۹۶ به منظور سنجش پاسخ‌های مؤثر در ارزیابی جنسی شخص از خود تدوین شد [۶]. پرسشنامه دارای ۸۱ سؤال و پنج خرده مقیاس به شرح زیر است: مهارت و تجربه (۱، ۶، ۱۱، ۱۶، ۲۱، ۲۶، ۲۹، ۳۴، ۳۹، ۴۴، ۴۷، ۵۲، ۵۶، ۶۰، ۶۳، ۶۸، ۷۳ و ۷۸)، جذابیت (۲، ۷، ۱۲، ۱۷، ۲۲، ۲۷، ۳۰، ۳۵، ۴۰، ۴۵، ۴۸، ۵۳، ۵۷، ۶۴، ۶۹، ۷۴ و ۷۹)، کنترل (۳، ۸، ۱۳، ۱۸، ۲۳، ۳۱، ۳۶، ۴۱، ۴۹، ۵۴، ۵۸، ۶۱، ۶۵، ۷۰، ۷۵ و ۸۰)، قضاوت اخلاقی (۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰، ۲۵، ۳۳، ۳۸، ۴۳، ۵۱، ۵۵، ۶۲، ۶۷، ۷۲، ۷۶ و ۸۱) و

جدول ۱- پروتکل درمان شناختی - رفتاری Boddi و همکاران [۹] برای مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸

جلسه	محتوا
اول	برقراری ارتباط، جلب همکاری و اطمینان‌بخشی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روان‌شناختی بر وضعیت جسمانی و عملکرد عضلات و اندام جنسی.
دوم	اطلاع‌رسانی درباره عملکرد جنسی و ضرورت پردازش تفکرات مثبت جنسی همراه با آموزش آرام‌سازی، آشنایی با روش مسترز و جانسون و

اجرای آن به صورت تکلیف خانگی و ارائه جزوه آموزشی.	
ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه‌ها و علائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، بررسی توانایی تصویرسازی ذهنی و هدایت‌شده مربوط به فعالیت جنسی و آموزش آن.	سوم
مروری کوتاه بر جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۵ دقیقه، مرور افکار منفی یادداشت شده توسط شخص، بررسی افکار با کمک شخص و جایگزینی افکار منطقی با افکار غیرمنطقی و ناکارآمد، تهیه سلسله مراتبی از تصویرسازی جنسی و اجرای عمل به آن به منظور شرطی‌سازی مثبت و جایگزین کردن تصورات لذت‌جنس.	چهارم
مرور جلسه قبل و تکلیف خانگی با کمک شخص، آموزش اجرای تمرین لذت‌بخش تناسلی تمرکز حسی بدون دخول با استفاده از ژل و تکرار تمرین تا تداوم نعوظ، خودداری از آمیزش طی تمرینات حتی در صورت نعوظ کامل و تمرین با هدف تمرکز بر تجربه احساسات لذت‌بخش به منظور کاهش عملکرد تقاضا و افزایش احتمال نعوظ، ارائه تکلیف خانگی تمرین تمرکز حسی به ویژه تأکید بر انجام آن در هنگام صبح به علت بالا بودن سطح تستوسترون خون.	پنجم
مرور جلسه قبل و تکلیف خانگی با کمک زوجین، بررسی هیجانات ناخوشایند در هنگام انجام تمرین تمرکز حسی، افکار خوشایند مربوط به آن هیجانات، ترسیم جدول افکار ناخوشایند و پاسخ منطقی برای آن‌ها، آموزش شروع دخول در مهبل، ارائه تکلیف خانگی مجدد تمرکز حسی با هدف تحریک بیشتر و تمرین دخول بدون تحرک.	ششم
مرور جلسات، بررسی فعالیت‌های انجام‌شده توسط زوجین و تأثیر آن‌ها بر خلق و رفتار، انتخاب تکالیف و موقعیت‌های تقویت‌کننده خلق مثبت، ارائه توصیه‌های درمانی به همسر وی در زمینه برنامه درمانی، ادامه تمرین تحریک توسط همسر، آموزش به همسر که با تجربه موقعیت‌های جدید، آموزش‌های اولیه بایستی تکرار شده تا نعوظ به سرعت ایجاد و تداوم یابد (ادامه تحریک تا دستیابی به ارگاسم).	هفتم
بررسی پیشرفت مراجع، ارزیابی خلق و سایر هیجانات وی، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای فعالیت جنسی و جمع‌بندی و اختتام جلسات.	هشتم

معنای متن را به کار ببرند. مرحله آزمون شامل دو بخش ارائه سناریوهای مبهم و آزمون بازشناسی است. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و روش‌های آماری توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های مجذور کای، لون، شاپیرو ویلک و تحلیل کواریانس چندمتغیره) تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش ۲۷/۴۰ ± ۲/۱۰ و گروه کنترل ۲۸/۲۳ ± ۲/۴۴ سال بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در جدول ۲ ارائه شد. آزمون آماری نشان داد بین گروه‌ها از نظر اطلاعات جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و همگن هستند.

برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی برنامه‌ای محقق ساخته است و بر اساس پروتکل Teachman و Clerkin [۲۰] که به منظور تعدیل شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری و اجبار عملی ساخته شده بود، طراحی گردید و توسط نرم‌افزار سوپرلب (Superlab) به صورت انفرادی با استفاده از یک تکلیف کدگذاری متنی اندازه‌گیری به آزمودنی‌های گروه آزمایش در طی ۴ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) ارائه شد. طی این برنامه ۸۰ متن که دربرگیرنده ۶۰ سناریوی جنسی و ۲۰ سناریوی خنثی است به صورت تصادفی در چهار نسخه (الف، ب، ج، د) که از نظر موضوعات مرتبط با تعامل و عملکرد جنسی هم‌تا هستند، قرار داده شدند. هر نسخه، شامل ۱۵ سناریوی جنسی و ۵ سناریوی خنثی است. سناریوهای غیرجنسی به منظور پنهان‌سازی هدف پژوهش استفاده می‌شوند. هر سناریو به صورتی مبهم پایان می‌یابد تا به آزمودنی‌ها اجازه دهد که تفسیر خویش از

جدول ۲- اطلاعات جمعیت‌شناختی مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد در هر گروه = ۱۵ نفر)

P	گروه کنترل (درصد تعداد)	گروه آزمایش (درصد تعداد)	متغیرهای جمعیت‌شناختی
	۷(۴۶/۷)	۵(۳۳/۳)	۲۰-۳۰ ساله
	۳(۲۰)	۷(۴۶/۷)	۳۱-۴۰ ساله

سن	۴۱-۵۰ ساله	۳(۲۰)	۴(۲۶/۷)	۰/۱۴۰
	۵۱-۶۰ ساله	-	۱(۶/۷)	
تحصیلات	زیر دیپلم و دیپلم	۸(۵۳/۳)	۱۰(۶۶/۷)	
	فوق دیپلم	۲(۱۳/۳)	۴(۲۶/۷)	۰/۰۸۹
	لیسانس به بالا	۵(۳۳/۳)	۱(۶/۷)	
	بدون فرزند	۷(۴۶/۷)	۸(۵۳/۳)	
	۱	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	
تعداد فرزند	۲	۵(۳۳/۳)	۳(۲۰)	۰/۴۵۰
	>۲	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰)	

آزمون مجذور کای $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

می‌شود، پس از مداخله، میانگین نمرات در گروه آزمایش افزایش یافت.

آماره توصیفی متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ طی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ درج شده است. چنانچه ملاحظه

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
عزت‌نفس جنسی	درمان ترکیبی	۱۸۵/۴۰±۱۱/۴۵	۳۰۸/۳۳±۱۵/۲۰
	کنترل	۱۸۴/۸۶±۹/۳۷	۱۸۲/۷۲±۱۰/۸۵
عملکرد جنسی	درمان ترکیبی	۱۱/۸۰±۲/۸۵	۲۰/۸۶±۲/۱۹
	کنترل	۱۱/۵۳±۳/۱۵	۱۰/۲۰±۳/۰۲

تفاوت متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی در گروه‌های مورد بررسی در جدول ۴ درج شد. چنانچه ملاحظه می‌گردد، پس از وارد کردن متغیرهای هم‌تغییر نتیجه چند متغیری معنی‌داری با توجه به نمره متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی ($p = 0.001$ ، $F(4,1) = 2/460$ ، $\eta^2 = 0.16$ = ضریب لامبدای ویکلز؛ $\eta^2 = 0.1984$) در بین گروه‌ها وجود دارد. بدین معنی که بین گروه‌های مورد مطالعه حداقل در یکی از متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

به منظور مقایسه نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک با مقدار $p > 0.05$ تأیید شد. همگنی واریانس‌های نمرات متغیرهای عزت‌نفس جنسی ($p = 0.087$) و عملکرد جنسی ($p = 0.776$) به وسیله آزمون لون تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام‌باکس ($p = 0.072$) تأیید گردید. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات پس‌آزمون متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

منبع تغییرات	ضریب پیلایی	ضریب لامبدای ویکلز	ضریب اثر هتلینگ	ضریب بزرگ‌ترین ریشه روی	F	p	ضریب اتا	توان آماری
پیش‌آزمون عزت‌نفس	۰/۳۸۵	۰/۶۴۲	۰/۵۵۷	۰/۵۵۷	۲/۹۲۲	* ۰/۰۴۶	۰/۳۵۸	۰/۶۳۸

جنسی		پیش‌آزمون عملکرد جنسی		عضویت گروهی	
۰/۹۸۶	۰/۵۹۰	* ۰/۰۰۱	۷/۵۶۶	۱/۴۴۱	۱/۴۴۱
۱	۰/۹۸۴	* ۰/۰۰۱	۲/۴۶۰	۶۰/۵۶۳	۶۰/۵۶۳

df=۱. df=۴ خطا * p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

- رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی به ترتیب منجر به افزایش ۹۷ و ۹۰ درصدی عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است. توان آماری نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای این نتیجه‌گیری می‌باشد.

از تحلیل کواریانس تک‌متغیره با هدف تعیین تفاوت استفاده گردید (جدول ۵). چنانچه ملاحظه می‌شود پس از وارد کردن متغیرهای هم‌تغییر تفاوت معنی‌داری با توجه به نمره عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی بین گروه‌های آزمایش و کنترل وجود دارد. آموزش درمان ترکیبی شناختی

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت متغیرهای عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ در گروه‌های آزمایش و کنترل (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
عزت‌نفس جنسی	پیش‌آزمون گروه	۵۲۴/۸۵۳	۱	۵۲۴/۸۵۳	۳/۲۸۸	* ۰/۰۰۱	۰/۹۷۳	۱
	خطا کل	۱۱۷۱۵۴/۲۲۲	۲۴	۱۱۷۱۵۴/۲۲۲	۸۷۰/۲۸۸	< ۰/۰۰۱		
		۳۲۳۰/۷۷۰	۳۰	۱۳۴/۶۱۵				
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون گروه	۶۲/۴۵۱	۱	۶۲/۴۵۱	۱۸/۵۹۵	< ۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	۱
	خطا کل	۷۹۵/۰۷۵	۲۴	۷۹۵/۰۷۵	۲۳۶/۷۲۹	< ۰/۰۰۱		
		۸۰/۶۰۶	۳۰	۲/۳۵۹				
		۸۲۸۸/۰۰						

* p<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

بحث

عزت‌نفس جنسی مردان مبتلا به انزال زودرس و Ghahremannezhad [۱۵] مبنی بر کارایی درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی بر بهبود عزت‌نفس جنسی زنان مبتلا به بیماری پوستی ویتیلیگو قرار می‌گیرد.

سوگیری شناختی عبارت است از نوعی آسیب‌پذیری شناختی در پردازش اطلاعات، یعنی شرایط خاصی که باعث می‌شود پردازش‌های شناختی به صورت مختل به سوی محرک‌های خاص هدایت شوند [۲۲]. سوگیری شناختی منفی زمانی رخ می‌دهد که انتخاب‌های پردازشی رقیب وجود دارد؛ این حالت دربرگیرنده یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیرمرتبط با تهدید است که در آن هم بازنمایی بازداری شده و هم بازنمایی برجسته، منابع توجهی را مصرف کرده و نتیجه به وسیله ارزیابی تهدید و سازوکارهای بالا به پایین تعیین می‌شود [۲۳]. در افراد مبتلا به اختلال نعوظ، سوگیری

هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ بود. به طور کلی، در خصوص بررسی کارایی بسته نرم‌افزاری درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی مطالعه مشابهی انجام نشده است؛ لذا به مقایسه یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با مطالعاتی که به تنهایی تأثیر هر یک از این مداخلات را بررسی نموده‌اند؛ پرداخته می‌شود. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت‌نفس جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ اثربخش است. این یافته در راستای مطالعات Mohamadi و همکاران [۲۱] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر ارتقای

شناختی منفی و مرتبط با تهدید برجسته بوده و بیشترین منابع توجهی را به خود اختصاص می‌دهد [۲۴]. خوشبختانه می‌توان سوگیری شناختی منفی را با استفاده از تکالیفی که برای ارزیابی سوگیری شناختی منفی وقایع مبهم ساخته شده‌اند، تعدیل نمود و کارایی این روش هنگامی که با درمان شناختی - رفتاری ترکیب شود، به مراتب بیشتر است.

طی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی، سوگیری توجه با تغییر خودآگاه یا ناخودآگاه الگوی تمرکز توجه از طریق تمرکز بر منابع توجه مثبت و خنثی در مقابل تمرکز بر منابع بالقوه تهدیدآمیز می‌تواند موجب ارزیابی مثبت احساسات، نگرش‌ها و باورهای جنسی گردد و بدین طریق با عدم تأیید باورهای غلط مرتبط با عزت‌نفس جنسی، منجر به توسعه و ارتقای عزت‌نفس جنسی در مردان مبتلا به اختلال نعوظ شود. به علاوه، سوگیری توجه مبین تمایل به توجه انتخابی و گزینشی به نشانه‌های تهدید است؛ در حالی که این نشانه‌ها به اهداف جاری مرتبط نیستند و یا رقابت بر سر توجه به اطلاعات غیرتهدیدکننده وجود دارد؛ بنابراین با در نظر گرفتن اینکه توجه، فیلتر اولیه پردازش نشانه‌های محیطی است، انتظار می‌رود که اصلاح توجه انتخابی به نشانه‌های تهدیدکننده عزت‌نفس جنسی، پردازش سایر انواع اطلاعات را تسهیل نماید. این فرآیند، آسیب‌پذیری هیجانی به تنیدگی‌زایی بعدی در خصوص عزت‌نفس جنسی را تخفیف می‌دهد و یا حتی حذف می‌کند. از طرفی، می‌توان تسهیل بازگیری توجه از تهدید را به عنوان مکانیسم واسطه‌ای تأثیر اصلاح توجه بر ارتقای عزت‌نفس جنسی قلمداد کرد [۱۵].

مطابق با دومین بخش از یافته‌های این پژوهش مشخص شد که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ اثربخش است. این یافته در راستای تحقیقات Amir Fakhraei [۸] مبنی بر اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری جنسی بر بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ جنسی و Boddi و همکاران [۹] مبنی بر تأثیر مثبت مداخلات شناختی - رفتاری جنسی بر بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ جنسی قرار می‌گیرد.

هرچند، در خصوص بررسی تأثیر برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عملکرد جنسی مطالعه‌ای یافت نشد، با این حال، این یافته در راستای مطالعات زیر قرار می‌گیرد که بیانگر تأثیر مثبت برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی هستند. Torkan [۲۵] تأثیر مثبت تعدیل سوگیری شناختی را از طریق تصویرسازی مثبت بر سوگیری تفسیری، عاطفه و خلق در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده نشان داد. Samieifar [۲۶] نیز اثربخشی برنامه تعدیل سوگیری شناختی - تفسیر را بر کاهش سوگیری تفسیر منفی در برابر سطح تحمل ناکامی و شاخص‌های رفتار سوءمصرف مواد نظیر و سوسه مصرف تأیید نمود.

تمایل به توجه به نشانه‌های تهدید، فعال‌کننده نشخوار ناسازگارانه است. بدین ترتیب که توجه به نشانه‌های تهدیدکننده عملکرد جنسی در حین رابطه جنسی و دشواری در بازگیری توجه، عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ را در فرآیند نشخوار ناسازگارانه‌ای درگیر می‌کند و آن را کاهش می‌دهد؛ لذا، با فعال شدن خاطرات تهدیدکننده پیشین، ارزیابی فرایندهای توجهی منفی در حین رفتار جنسی نیز افزایش می‌یابد و این چرخه، باعث تداوم اختلال در عملکرد جنسی می‌شود. در این راستا، هدف بسته نرم‌افزاری درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی، متوقف ساختن این چرخه منفی با استفاده از تمرین منظم و مکرر، ایجاد تغییر در سبک خاصی از پردازش شناختی است (که فرض می‌شود در واکنش‌های هیجانی ناخوشایند یا اختلال نعوظ نقش دارند). در نتیجه، با بازگیری توجه نسبت به نشانه‌های تهدید در حین رابطه جنسی، این مداخله به عنوان یک بخش الحاقی به درمان شناختی - رفتاری، به راحتی قادر به بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ می‌شود زیرا این افراد طی درمان از کنترل توجهی قوی‌تری برخوردار شده و در بازگیری توجه بهتر عمل می‌کنند و این امر عملکرد جنسی آن‌ها را افزایش می‌دهد.

مکانیزم عملکرد برنامه تعدیل سوگیری شناختی بدین ترتیب است که سوگیری از طریق مواجهه مکرر با محرک‌های خنثی و منفی و ارائه تقویت در صورت اختصاص توجه به محرک‌های خنثی (در برنامه تعدیل سوگیری توجه) و انتخاب

مداخله‌ای مؤثر در بهبود عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ توصیه می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافع وجود ندارد.

سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری اطلاعات به عهده ندا قهرمان نژاد و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده سید حمید آتش‌پور بود. فلور خیاطان بازنگری و نظارت بر اجرای کار را انجام داد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان واحد خوراسگان مورخ ۹۸/۰۷/۰۸ به کد اخلاق شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.007 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

معانی بی‌خطر یا مثبت (در برنامه تعدیل سوگیری تفسیر) اصلاح می‌شود. این راهبرد در کنار درمان شناختی - رفتاری، نه تنها حالت علی سوگیری توجه و تفسیر را روشن می‌کند بلکه باعث بهبود عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ می‌شود.

پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی مردان مبتلا به اختلال نعوظ در سطح شهر اصفهان انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر نمونه‌ها را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی به جای استفاده از طرح تمام آزمایشی اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از محدودیت‌های اساسی این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود محققان علاقه‌مند به این حوزه، موضوع این پژوهش را در شهرهای دیگر انجام دهند و از سایر طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده کنند تا امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گر فراهم شود. همچنین، تأثیر این مداخله را پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اینکه درمان ترکیبی شناختی -

رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر عزت‌نفس جنسی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ تأثیر مثبت داشت، آموزش این درمان ترکیبی به عنوان یک روش

References

1. Boddi V, Fanni E, Castellini G, Fisher AD, Corona G, Maggi M. Conflicts within the family and within the couple as contextual factors in the determinism of male sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine* 2015; 12(12):2425-35.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing, Inc; 2013:55-59.
3. Matthew A. Core principles of sexual health treatments in cancer for men. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 2016; 10(1):38-43.
4. Althof SE, O' Leary MP, Cappelleri JC, Gline S, King R, Tseng LJ, et al. Self-esteem, confidence, and relationships in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction. *JGIM* 2006; 21(10):1069-74.
5. Beth AV, Julien B, Anthony FB, Michael CA. Psychopathy, sexual behavior and self-esteem, it's different for girls. *Journal personality and individual differences* 2010; 48 (7):833-38.
6. Zeanah PD, Schwarz JC. Reliability and validity of the sexual self-esteem inventory women. *ASM* 1996; 3(1), 1-15.
7. White C. Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons Ltd; 2001: 44-49.
8. Amir Fakhraei A. The preliminary efficacy of cognitive behavioral therapy on sexual erectile dysfunction and

- comorbid psychological symptoms: a single case study. CPAP 2019; 16(2):17-27.[Persian]
9. Boddi V, Castellini G, Casale H, Rastrelli G, Boni L, Corona G & et al. An integrated approach with vardenafil orodispersible tablet and cognitive behavioral sex therapy for treatment of erectile dysfunction: a randomized controlled pilot study. *Andrology* 2015; 3(5):909-18.
 10. Sarabi P, Parvizi F, Kakabaraee K. The effectiveness of cognitive behavioral sexual therapy on sexual function, dysfunctional beliefs, knowledge and sexual self-confidence of women with sexual dysfunction. *Journal of Analytical-Cognitive Psychology* 2019; 10(3):9-27.[Persian]
 11. Nikbakht A, Neshat doost HT, Mehrabi H. Effect of positive imagery-based interpretation bias modification, interpretation bias modification based self-generation and computerized cognitive-behaviour training on depressed students. *CPS* 2018; 8(29):45-67.[Persian]
 12. Rohrbacher H, Blackwell SE, Holmes EA, Reinecke A. Optimizing the ingredients for imagery-based interpretation bias modification for depressed mood: is self-generation more effective than imagination alone? *JAD* 2014; 152-154(2):212-218.
 13. Khalili Torqabeh S. (dissertation). The effectiveness of the Cognitive Bias Modification- Interpretive (CBM-I) on reducing negative interpretation bias and symptoms of social anxiety in socially anxious individuals. Mashhad: Mashhad University; 2012:8-11.[Persian]
 14. Dalir M, Alipour A, Zare H, Farzad V. The effect of cognitive bias modification therapy on symptoms of obsessive-compulsive disorder: comparison efficacy of cognitive bias Modification therapy and group cognitive-behavioral therapy. *CPS* 2016; 6(21):1-25.[Persian]
 15. Ghahremanezhad N. (dissertation). The effectiveness of modulating negative cognitive bias on improving sexual self-esteem and sexual self-awareness of women with vitiligo skin disease in Isfahan. Esfahan: Islamic Azad University, Khorasghan Branch; 2016:10-13.[Persian]
 16. Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical self-description components of female university students. *Journal of Sports and Motor Development and Learning* 2009;1(2):127-5. [Persian]
 17. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997; 49(6):822-30.
 18. Fayyazbakhsh F, Ezzati A, Malekiran AA. Sexual function and quality of life in male and female with chronic renal diseases. *RPH* 2015; 9(2):64-73.[Persian]
 19. Eshghi R, Bahrami F, Fatehizadeh M. Determining the effectiveness of couples' sexual-cognitive-behavioral counseling on improving sexual self-confidence, sexual openness and sexual knowledge of cold-tempered women in Isfahan. *Consulting research* 2007; 6(23):83-96.[Persian]
 20. Clerkin EM, Teachman BA. Training interpretation biases among individuals with symptoms of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry* 2011; 42(3):337-43.
 21. Mohammadi SD, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Dadkhah A. Effectiveness of cognitive behavioral therapy on the signs, symptoms and clinical consequences of premature ejaculation. *Japanese Psychological Research* 2013; 55(4):350-357.[Persian]
 22. Burack JA, Enns JT, Fox NA. Cognitive neuroscience, development, and psychopathology: Typical and atypical developmental trajectories of attention. 1nd ed. New York: Oxford University Press; 2012:40-43.
 23. MacLeod C. Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 2012; 25(2):114-120.
 24. Kaplan HS. Sexual Aversion, sexual phobias, and panic. Disorder. 1nd ed. New York Brunner Mazel; 1987:110-114.
 25. Torkan H. (dissertation). Modulation of cognitive bias through positive imagery on interpretive bias, emotion and mood in patients with major depressive disorder. Esfahan: Esfahan University; 2012:22-25.[Persian]
 26. Samieifar M. (dissertation). The effectiveness of the Cognitive Bias Modification- Interpretive (CBM-I) program on reducing negative interpretation bias against failure and substance abuse indicators. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad; 2014:11-16.[Persian]

The Effectiveness of Combined Cognitive-Behavioral Therapy and Moderating Negative Cognitive Bias on Sexual Self-Esteem and Sexual Function in Men with Erectile Dysfunction in Isfahan in 2019

Ghahramannejad N¹, Atashpour SH², Khayatan F²

1- PhD student, Dept of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Prof, Dept of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: n.ghahraman.92@gmail.com, Tel: 09132660477

Received: 9 October 2021

Accepted: 13 September 2022

Introduction: Sexual self-esteem and low sexual function are among the functional consequences of erectile dysfunction; which necessitate the implementation of psychological interventions. Accordingly, the aim of this study was to determine the effectiveness of combined cognitive-behavioral therapy and moderating negative cognitive bias on sexual self-esteem and sexual function in men with erectile dysfunction.

Materials and Methods: The statistical population of this quasi-experimental study included all men with erectile dysfunction in Isfahan in 2019. 30 men who received a diagnosis of erectile dysfunction based on receiving scores between 20-16 in the International Index of Erectile Function were selected as the statistical sample using available sampling and they were randomly assigned to experimental and control groups. The groups completed the International Index of Erectile Function (1997) and Sexual Self-Esteem (Zeanah and Schwarz, 1996) and after completing a combination of 8 sessions of 60 to 90 minutes (two sessions per week for 4 weeks) cognitive-behavioral therapy and 4 sessions of 60 to 90 minutes (1 session per week for 4 weeks) moderating negative cognitive bias in the experimental group, tools were completed in the groups. Data were analyzed using univariate analysis of covariance.

Result: Cognitive-behavioral therapy and modulation of negative cognitive bias had a positive effect on increasing sexual self-esteem ($p= 0.001$, $\eta^2=0.09$) and sexual function ($p= 0.001$, $\eta^2=0.04$) in men with erectile dysfunction.

Conclusion: The use of combined cognitive-behavioral therapy and moderating negative cognitive bias is recommended as a non-pharmacological intervention method to improve sexual self-esteem and sexual function in patients with erectile dysfunction.

Keyword: Cognitive-Behavioral Therapy, Moderating Negative Cognitive Bias, Sexual Self-Esteem, Sexual Function, Erectile Dysfunction

Please cite this article as follows:

Ghahramannejad N, Atashpour SH, Khayatan F. The Effectiveness of Combined Cognitive-Behavioral Therapy and Moderating Negative Cognitive Bias on Sexual Self-Esteem and Sexual Function in Men with Erectile Dysfunction in Isfahan in 2019. *Community Health journal* 2022; 16 (3): 36-46.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None declared.

Ethical Approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Isfahan approved the study. (IR.IAU.KHUISF.REC.1400.007)