Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2023, Volume 9, Issue 3 10.22034/IJRN.9.3.10

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Combined and Moderating Negative Cognitive Bias on Sexual Satisfaction, Sexual Intimacy in Men with Erectile Dysfunction

Neda Ghahramannejad [1], Seyed Hamid Atashpour [2*], Flour Khayatan [2]

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

Corresponding Author: Seyed Hamid Atashpour: Professor of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Email: n.ghahraman.92@gmail.com

Received: 2022/03/5 Accepted: 2022/10/9

Abstract

Introduction: Low sexual satisfaction and sexual intimacy are among the functional consequences of erectile dysfunction that necessitate psychological interventions. The aim of this study was to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy combined and moderating negative cognitive bias on sexual satisfaction and sexual intimacy in men with erectile dysfunction. The method of this research was quasi-experimental (pre-test-post-test with control group).

Methods: The statistical population of this study included all men with erectile dysfunction in Isfahan in 2020 that among them, 30 people received a diagnosis of erectile dysfunction based on the entry criteria were selected as a statistical sample using available sampling and thay were randomly assigned to one experimental groups and one control group (15 people in each group) all two groups completed the International Index of Erectile Function (1997), Larson Sexual Satisfaction (1988), Botlani & et al Sexual Intimacy (2010) as a pre-test and post-test. The intervention includes eight sessions of 60 to 90 minutes (two sessions per week for four weeks) cognitive-behavioral therapy and four sessions of 60 to 90 minutes (1 session per week for four weeks) moderating negative cognitive bias in the experimental group, the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using univariate analysis of covariance in SPSS.23.

Results: Based on the findings, it was found that cognitive-behavioral therapy combined and moderating negative cognitive bias was effective on the increase sexual satisfaction and sexual intimacy in men with erectile dysfunction ($p = 0.001$).

Conclusions: Considering that combined cognitive-behavioral treatment and cognitive bias adjustment is effective in improving sexual satisfaction and sexual intimacy of men with erectile dysfunction; it seems that this method can be used as an effective intervention method in improving sexual satisfaction and sexual intimacy of men with erectile dysfunction.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy , Moderating negative cognitive bias, Sexual Satisfaction, Sexual Intimacy, Erectile dysfunction.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

بهار۱۴۰۲، دوره ۹، شماره ۳

10.22034/IJRN.9.3.10

اثربخشی درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ

ندا قهرمان نژاد[۱]، سید حمید آتشپور[۲*]، فلور خیاطان[۲]

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

نویسنده مسئول: سید حمید آتش پور: استاد، گروه روانشناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: n.ghahraman.92@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۱۷

چکیده

مقدمه: رضایت جنسی و صمیمیت جنسی پایین از جمله پیامدهای کارکردی اختلال نعوظ به شمار میروند؛ که لزوم اجرای مدخلات روانشناختی را ضرروی می سازند. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ بود.

روش کار: روش این پژوهش نیمه آزمایشی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود که از این میان تعداد ۳۰ نفر که براساس ملاکهای ورود تشخیص اختلال نعوظ را دریافت کردند، با استفاده از روش نمونهگیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه های شاخص بین المللی عملکرد نعوظی (۱۹۹۷)، رضایت جنسی لارسون (۱۹۸۸) و صمیمیت جنسی بطلانی و همکاران (۱۳۸۹) را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. مداخله شامل هشت جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت چهار هفته) درمان شناختی – رفتاری و چهار جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه ای (هفته‌ای ۱ جلسه به مدت چهار هفته) درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی در گروه آزمایش بود، گروه گواه هیچگونه مداخله ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در نرم افزار SPSS.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: براساس یافته ها مشخص شد که درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر افزایش رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ موثر بود (p=۰/۰۰۱).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی بر بهبود رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ موثر است؛ به نظر می رسد که می توان از این روش به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در بهبود رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ استفاده کرد.

کلید واژه ها: درمان شناختی – رفتاری، تعدیل سوگیری شناختی منفی، رضایت جنسی، صمیمیت جنسی، اختلال نعوظ.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

مقدمه

اختلال نعوظ یکی از شایعترین اختلالات جنسی در نزد مردان است؛ به طوری که تقریبا ۱۰ الی ۲۰ ٪ مردان این مشکل را در طول زندگی تجربه می کنند [۱،۲]. اختلال نعوظ مستلزم مشکل محسوس در رسیدن به نعوظ هنگام فعالیت جنسی و و حفظ کردن آن تا اتمام فعالیت جنسی و کاهش محسوس در سفتی نعوظ است که حداقل بایستی به مدت ۶ ماه ادامه داشته باشد و موجب ناراحتی قابل ملاحظه بالینی در فرد شده و ناشی از تأثیرات مواد / دارو یا بیماری جسمانی دیگر نباشد [۳]. اختلال نعوظی ممکن است با سایر تشخیص‌های جنسی همچون انزال زودرس و اختلال میل جنسی کم کار در مرد و همچنین اختلالات اضطرابی و افسردگی همزمان باشد [۲].

اختلال نعوظ پیامدهای کارکردی متعددی را برای مردان به دنبال دارد؛ برای مثال، شواهد نشان داده اند که مردان مبتلا به اختلال نعوظی از رضایت جنسی پایین تری در زندگی زناشویی برخوردار هستند [۴]. رضایت جنسی به میزان خرسندی فرد از روابط جنسی و توانایی فرد در ایجاد لذت متقابل اشاره دارد که دربرگیرنده رضایت از فعالیتهای جنسی و رضایت عاطفی و هیجانی است که در آن بر اهمیت احساسات و هیجانهای مثبت، به ویژه ایجاد شادی و همچنین داشتن گفت وگویی خصوصی و صمیمانه درخصوص میزان علایق و انتظارات زوجین از فعالیت جنسی یکدیگر تاکید می شود [۵].

به علاوه، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد اختلال نعوظی مردان با صمیمیت جنسی کاهش یافته میان همسرانشان ارتباط دارد [۶]. صمیمیت جنسی به معنای نیاز به ارتباط برقرار کردن، در میان گذاشتن و بیان افکار، احساسات، تمایلات و خیال پردازیهای جنسی و شهوانی با همسر است [۶]. صمیمیت جنسی همچنین نیاز و تمایل به انجام فعالیتهایی مانند نزدیکی جسمی، لمس کردن و نوازش کردن است که هدف اصلی آن تحریک جنسی، برانگیختگی و دستیابی به لذت جنسی برای هر دو طرف است. رفتارهایی نظیر بوسیدن، بغل کردن، رقصیدن، شوخی کردن، حمام رفتن و غیره که هدفشان برانگیختگی جنسی است، نمونه هایی از صمیمیت جنسی به شمار می روند [۷].

لذا، با توجه به پیامدهای کارکردی منفی که اختلال نعوظ برای مردان به دنبال دارد، درمان این اختلال ضروری به نظر می رسد. درمان شناختی رفتاری از جمله درمان هایی است که در سالهای اخیر در درمان و بهبود نشانه های اختلال نعوظ به کار رفته است [۸]. درمان شناختی – رفتاری، رویکردی ساختاریافته و کوتاه‌مدت است که بر پایه مفاهیم واضح از سطوح شناخت شامل طرحواره (یا باورهای هسته‌ای)، فرضها (یا باورهای واسطه ای) و افکار یا تصورات خودآیند و شناخت بازنمایی های ذهنی ثابت و پایدار و تأثیر آن‌ها بر چگونگی پردازش اطلاعات بنا نهاده شده است [۹]؛ به کارگیری درمان شناختی- رفتاری در بهبود عملکرد جنسی این دسته از بیماران بر تصحیح تفسیرهای نابجا، هدایت خودگویی های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی تفکر و شناخت واره های ناکارآمد جنسی، با هدف راه اندازی پاسخ های مقابله ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجانهای منفی تاکید دارد [۱۰].

در سالهای اخیر، اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان نشانه های اختلال نعوظ مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال، باباخانی و همکاران [۱۱] تاثیر مشاوره درمان شناختی – رفتاری را بر کلیه ابعاد رضایت جنسی زنان نشان دادند. عطار بهنیا اصل و همکاران [۱۲] اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر افزایش صمیمیت جنسی زنان دارای اختلال کارکرد جنسی (بی‌میلی جنسی) نشان دادند، وطنخواه و همکاران [۱۳] نیز اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در بهبود صمیمیت جنسی در زنان مبتلا به اختلال جنسی مورد تایید قرار دادند.

درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی رویکرد دیگری است که امکانسنجی آن در در بهبود نشانه های اختلال نعوظ مورد بررسی قرار گرفته است [۱۴]. درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی به راهبردهایی اشاره دارد که با استفاده از تمرین منظم و مکرر، سبک خاصی از پردازش شناختی را مورد هدف قرار میدهد و به عنوان یک درمان مستقل و با یک بخش الحاقی به درمان شناختی- رفتاری می تواند توسط کامپیوتر و با حداقل درگیری بالینی اجرا شود [۱۵]. در یکی از معدود مطالعات انجام گرفته در زمینه درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی که توسط دلیر و همکاران [۱۶] انجام شده است و به مقایسه این نوع از مداخله با درمان شناختی – رفتاری در اختلال وسواس- بیاختیاری پرداخته نشان داده است که درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه های اختلال وسواس بی اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش میدهد و درمان

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

تعدیل سوگیری شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس- بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی دارد. قهرمان نژاد [۱۷] در پژوهشی نشان داد که درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی بر بهبود عزتنفس جنسی زنان مبتلا به ویتیلیگو مؤثر بود؛ اما بر روی خودآگاهی جنسی آنها تاثیری نداشت. Khan و همکاران [۱۸] نیز نشان دادند که درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و مهارکننده فسفودی استراز نوع ۵ (PDE5) تاثیر بیشتری بر سلامت روان، اضطراب و افسردگی و عملکرد جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ دارد.

چنانچه ملاحظه می شود، مطالعات پیشین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را در اختلالات جنسی زنان مورد بررسی قرار داده اند [۱۲،۱۳]؛ درحالی که جامعه مورد بررسی ما مردان دارای اختلال نعوظ میباشد و درخصوص اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی منفی بر اختلال نعوظ مطالعه ای در کشور ما صورت نگرفته است؛ همچنین، تاکنون مطالعه مدونی کارآیی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی را بر روی اختلال نعوظ مردان نشان نداده است؛ از طرفی با توجه به اینکه هر یک از مداخلات به تنهایی در بهبود مشکلات جنسی زنان موثر میباشد؛ لذا پژوهشگران فرض را بر این نهادند که ترکیب درمان شناختی - رفتاری با تعدیل سوگیری شناختی ممکن است بر بهبود مشکلات روانشناختی مردان مبتلا به اختلال نعوظ نیز موثر باشد؛ از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ انجام شد.

روش کار

این پژوهش نیمه آزمایشی، با استفاده از طرح پیش آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه (کد اخلاق به شماره IR.IAU.KHUISF.REC.1400.007) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دربرگیرنده کلیه مردان مبتلا به اختلال نعوظ شهر اصفهان در سال ۱۳۹۸ بود. با توجه به اینکه در طرح های آزمایشی و نیمه آزمایشی برای افزایش اعتبار درونی، در هر یک از گروهها حداقل بایستی ۱۵ نفر حضور داشته باشند [۱۹]، در این پژوهش تعداد ۴۵ نفر که براساس ملاکهای ورود به مطالعه تشخیص اختلال نعوظ را دریافت کردند، با استفاده از روش نمونهگیری دردسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص اختلال نعوظ براساس دریافت نمرات بین ۱۶-۲۰ (نعوظ خفیف) در پرسشنامه شاخص بینالمللی عملکرد نعوظی (IIEF) با هدف بررسی تاثیر مداخلات بر کمترین حد اختلال نعوظ تا بالاترین سطوح آن؛ داشتن تحصیلات خواندن و نوشتن؛ دارا نبودن اختلال روانی شدید از قبیل روان‌پریشی، سوءمصرف مواد مخدر و الکل و یا اختلالات شخصیت براساس پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلات روانی (DSM-5)؛ عدم دریافت درمان شناختی - رفتاری قبل از ورود به پژوهش و یا عدم دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان؛ داشتن انگیزه کافی برای شرکت در پژوهش؛ در حالی که عدم همکاری و یا تکمیل نکردن سوالات ابزارهای پژوهش و غیبت در ۲ جلسه پیاپی یا یک در میان معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل می دادند.

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 یوروهلث و آی وی اف بیمارستان میلاد و مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی توحید واقع در 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، به‌صورت تلفنی و حضوری ثبت نام 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 مرکز مشاوره و خدمات روانشناسی شهر اصفهان در شیقت عصر و توسط ۳ درمانگر شناختی - رفتاری که مستقل از تیم پژوهش بودند اجرا شد که سابقه اجرای درمان شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی- رفتاری را به مدت ۱ سال داشتند. گروه آزمایش در معرض درمان ترکیبی قرار گرفت؛ در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. گروههای مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت گروهی ابزارهای پژوهشی را تکمیل کردند.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

در ایـن پژوهـش درمـان شـناختی – رفتـاری بـا تعدیل سـوگیری شـناختی منفـی بـا یکدیگـر ترکیـب شـدند؛ بدیـن ترتیب کـه ابتدا درمـان شـناختی – رفتـاری و سـپس بلافاصلـه درمـان تعدیـل سـوگیری شـناختی منفـی بـر روی مـردان مبتـلا بـه اختـلال نعـوظ اجـرا شـد. درمـان توسـط پژوشـپران درمـان شـناختی – رفتـاری. براسـاس پروتـکل درمانـی Boddi و همـکاران [۱] بـه آزمودنـی هـای گـروه آزمایـش در طـی هشـت جلسـه ۶۰ الـی ۹۰ دقیقـه ای (هفتـه‌ای دو جلسـه بـه مـدت چهـار هفتـه) بـه صورت گروهـی طـی جلسـات زیـر ارائه شـد (ضمـن اینکـه به‌روز رسـانی و بررسـی خلـق، ایجـاد ارتبـاط بـا جلسـه گذشـته، تنظیـم دسـتور کار، مـرور تکلیـف منـزل، بحـث در خصـوص مـوارد منـدرج در دسـتور کار، تعییـن تکالیـف جدیـد، تهیـه خلاصـه ادواری و تهیـه خلاصـه نهایـی و بازخـورد از جلسـه دوم بـه بعـد، در طـول کلیـه جلسـات انجـام گرفـت (جـدول ۱). در پژوهـش حاضـر، روایـی محتوایـی برنامـه جلسـات درمـان شـناختی – رفتـاری توسـط ۴ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهـان در طـی مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت.

جدول ۱. پروتکل درمان شناختی – رفتاری Boddi و همکاران [۱]

جلسات	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط، جلب همکاری و اطمینان بخشی، ارتباط کلامی و غیرکلامی، معرفی روش درمان و تأثیر عوامل روانشناختی بر وضعیت جسمانی و عملرد عضلات و اندام جنسی.
جلسه دوم	اطلاع رسانی صحیح 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.
جلسه سوم	ثبت رویدادهای ناگوار روزانه، عواطف و افکار منفی خودکار، شناسایی نشانه ها وعلائم تنیدگی، راهبردهای مقابله با تنیدگی، بررسی توانایی تصویرسازی ذهنی و هدایتشده مربوط به فعالیت جنسی و آموزش آن.
جلسه چهارم	مروری کوتاه بر جلسه قبل، انجام آرامش عضلانی و تنفس عمیق به مدت ۱۵دقیقه، 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 شرطی سازی مثبت و جایگزین کردن تصورات لذتجنس.
جلسه پنجم	مروری کوتاه بر جلسه قبل و تکلیف خانگی با کمک شخص، آموزش اجرای تمرین لذت بخش تناسلی تمرکز حسی بدون دخول و صرفا با مالش آلت مرد بر کلیتوریس با استفاده از ژل و تکرار تمرین تا تداوم نعوظ در طول مالش، خودداری از آمیزش طی تمرینات حتی در صورت دستیابی به نعوظ کامل و تنها تمرین با هدف تمرکز بر تجربه احساسات لذت بخش به منظور کاهش عملکرد تقاضا و افزایش احتمال وقوع نعوظ ادامه می باید، ارائه تکلیف خانگی تمرین تمرکز حسی و به ویژه تاکید بر انجام آن در هنگام صبح به علت بالا بودن سطح تستوسترون خون.
جلسه ششم	مروری کوتاه بر 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 (ابتدا به صورت بدون حرکت و عدم تلاش جهت رسیدن به ارگاسم در وضعیتی که زن بر روی مرد به صورت چهره به چهره قرار بگیرد)، ارائه تکلیف خانگی مجدد تمرکز حسی با هدف تحریک بیشتر و تمرین دخول بدون تحرک.
جلسه هفتم	مرور جلسات، بررسی فعالیتهای انجام شده توسط شخص و همسر وی و تأثیر آنها بر خلق و رفتار، انتخاب تکالیف و موقعیتهای تقویت کننده خلق مثبت، ارائه توصیه های درمانی به همسر وی در زمینه برنامه درمانی، ادامه تمرین تحریک توسط همسر، آموزش این نکته به همسر که با وقوع تجربه موقعیتهای جدید، آموزش های اولیه بایستی تکرار شده تا نعوظ به سرعت ایجاد و تداوم یابد (ادامه تحریک تا دستیابی به ارگاسم)
جلسه هشتم	بررسی پیشرفت مراجع، ارزیابی خلق و سایر هیجانات وی، تأکید بر استفاده مستمر از جلسات آموزشی برای فعالیت جنسی و جمع بندی و اختتام جلسات.

برنامـه تعدیـل سـوگیری شـناختی منفـی. برنامـه‌ای محقـق سـاخته اسـت کـه براسـاس پروتـکل Clerkin و Teachman [۲۰] کـه بـه منظـور تعدیـل شـدت نشـانه هـای اختلال وسـواس فکـری و اجبـار عملـی سـاخته شـده بـود، طراحـی شـد و توسـط نرم‌افـزار سـوپرلب بـه صـورت انفـرادی بـا اسـتفاده از یـک تکلیـف کدگـذاری متنـی انـدازه گیـری بـه آزمودنـی هـای گـروه آزمایـش در طـی چهـار جلسـه ۶۰ الـی ۹۰ دقیقـه ای (هفتـه‌ای ۱ جلسـه بـه مـدت چهـار هفتـه) ارائـه شـد. اعتبـار محتوایـی برنامـه تعدیـل سـوگیری شـناختی منفـی در پژوهـش Salemink و همـکاران [۲۱] مـورد بررسـی و تاییـد قـرار گرفتـه اسـت. طـی ایـن برنامـه ۸۰ متـن کـه دربرگیرنـده ۶۰ سـناریوی جنسـی و ۲۰ سـناریوی خنثـی اسـت بـه صـورت تصادفـی در سـه نسـخه (الـف، ب، ج) کـه از نظـر موضوعـات مرتبـط بـا تعامـل و عملکـرد جنسـی باهـم همتـا هسـتند، قـرار داده شـده‌اند. هـر نسـخه تکلیـف سـوگیری سـوگیری شـناختی منفـی شـامل ۱۵ سـناریوی جنسـی و ۵ سـناریوی خنثـی اسـت. سـناریوهای غیرجنسـی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

به منظور پنهان سازی هدف پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرند. هر سناریو به صورتی مبهم پایان می‌یابد تا به آزمودنی‌ها اجازه دهد که تفسیر خودبخودی خویش از معنای متن را به کار ببرند. مرحله آزمون شامل دو بخش ارائه سناریوهای مبهم و آزمون بازشناسی است. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی برنامه جلسات تعدیل سوگیری شناختی منفی توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان در طی مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت.

اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزارهای زیر گردآوری شد:

پرسشنامه شاخص بین المللی عملکرد نعوظی. توسط Rosen و همکاران در سال ۱۹۹۷ به منظور ارزیابی نیرومندی نعوظ در مردان تهیه شده است و دارای ۱۵ سوال و پنج خرده مقیاس است که در یک طیف لیکرت پنج درجه ای (۰-۵) برای سوالات ۱ تا ۹ و (۱-۵) برای سوالات ۱۰ تا ۱۵ نمره گذاری می شود. نمرات این پرسشنامه در دامنه ای بین ۱۵ تا ۷۵ قرار دارد و نمرات پایین تر نشاندهنده اختلال نعوظ بالاتر است. چنانچه، کسب نمرات ۵-۱۰ بیانگر اختلال نعوظ شدید، نمرات ۱۱-۱۵ بیانگر اختلال نعوظ متوسط، نمرات ۱۶-۲۰ بیانگر اختلال نعوظ خفیف و نمرات ۲۱-۲۵ نشاندهنده عدم اختلال نعوظ است [۲۲]. Rosen و همکاران [۲۲] پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ برآورد کردند و روایی محتوایی این پرسشنامه را به صورت کلی مطلوب ارزیابی کردند. فیاض بخش، عزتی و ملکی راد [۲۳] روایی محتوایی پرسشنامه شاخص بین المللی عملکرد نعوظی را با نظر خبرگان مطلوب ارزیابی کرد و پایایی کل آن را در زنان و مردان مبتلا به بیماریهای کلیوی مزمن به وسیله روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ برآورد کردند. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی پرسشنامه شاخص بین المللی عملکرد نعوظی توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان در طی دو مرحله مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت و پایایی کل این پرسشنامه توسط روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه رضایت جنسی لارسون. این پرسشنامه توسط Larson و همکاران در سال ۱۹۸۸ به منظور سنجش خرسندی فرد از روابط جنسی طراحی شد و دارای ۲۵ سوال و ۴ خرده مقیاس است که در یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۱= هرگز) تا (۵= همیشه) نمره گذاری می‌شود. سوالات ۴،۵،۶،۷،۸،۹،۱۱،۱۴،۱۵،۱۸،۲۰،۲۴،۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. حداقل و حداکثر نمرات این پرسشنامه به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ است و نمرات بالا نشاندهنده رضایت جنسی بالاتر است. نمرات کمتر از ۵۰ بیانگر عدم رضایت جنسی، ۵۱-۷۵ رضایت جنسی پایین، ۷۶-۱۰۰ رضایت جنسی متوسط و نمرات بیشتر از ۱۰۰ نشاندهنده رضایت جنسی زیاد می باشد [۲۴]. Vieira و همکاران [۲۵] نیز پایایی کلی این پرسشنامه را در جمعیتی متشکل از زنان پرتغالی ۰/۹۵ برآورد کردند. بهرامی و همکاران [۲۶] پایایی کل این پرسشنامه را در بین زوجین نابارور با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش کردند و در بررسی روایی سازه پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی نشان دادند که چهار عامل (تمایل به برقراری روابط جنسی، نگرش جنسی، کیفیت زندگی جنسی و سازگاری جنسی) ارزش ویژه بیشتر از یک داشته و چهار عامل پنهان، ۵۳/۲۱ درصد کل واریانس را تبیین کردند. تحلیل عامل تأییدی مدل نهایی سازه پرسشنامه رضایت جنسی را تأیید کرد. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی پرسشنامه رضایت جنسی توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان در طی دو مرحله مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت و پایایی کل این پرسشنامه توسط روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه صمیمیت جنسی. این پرسشنامه توسط بطلانی و همکاران در سال ۱۳۸۹ به منظور سنجش صمیمیت در روابط جنسی ساخته شد و از ۳۰ سوال تشکیل شده است که در یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای (۱= هیچ وقت) تا (۴= همیشه) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۰ و ۱۲۰ قرار دارد و نمره بالاتر نشاندهنده صمیمیت جنسی بیشتر است [۲۷]. بطلانی و همکاران [۲۷] در پژوهش خود روایی محتوایی آن را با نظر پنج متخصص مشاوره و روانشناس مورد تایید قرار دادند و پایایی کل این پرسشنامه را در نمونه ای متشکل از ۷۰ زوج با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، روایی محتوایی پرسشنامه صمیمیت جنسی توسط ۴ نفر از اساتید دانشگاه آزاد اصفهان در طی دو مرحله مورد مطالعه و تأیید قرار گرفت و پایایی کل این پرسشنامه توسط روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ به دست آمد.

داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای و تحلیل کواریانس تک متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ با سطح معنی داری ۰/۰۵ مورد تجزیه و

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

در این پژوهش ۳۰ مرد مبتلا به اختلال نعوظ شرکت کردند که اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزند و مدت ازدواج در جدول ۲ ارائه شد.

جدول ۲: اطلاعات جمعیت شناختی مردان مبتلا به اختلال در گروههای دریافت کننده درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی و گواه

متغیرهای جمعیت شناختی		گروه آزمایش (درصد) تعداد	گروه گواه (درصد) تعداد	P
سن	۳۰-۲۰ ساله	۵(۳۳/۳)	۷(۴۶/۷)	۰/۱۴۰
	۴۰-۳۱ ساله	۷(۴۶/۷)	۳(۲۰)	
	۵۰-۴۱ ساله	۳(۲۰)	۴(۲۶/۷)	
	۶۰-۵۱ ساله	–	۱(۶/۷)	
تحصیلات	زیردیپلم و دیپلم	۸(۵۳/۳)	۱۰(۶۶/۷)	۰/۰۸۹
	فوق دیپلم	۲(۱۳/۳)	۴(۲۶/۷)	
	لیسانس به بالا	۵(۳۳/۳)	۱(۶/۷)	
تعداد فرزند	بی فرزند	۷(۴۶/۷)	۸(۵۳/۳)	۰/۴۵۰
	تک فرزند	۱(۶/۷)	۱(۶/۷)	
	دو فرزند	۵(۳۳/۳)	۳(۲۰)	
	بیش از دو فرزند	۲(۱۳/۳)	۳(۲۰)	

مطابق با نتایج آزمون مجذور کای در جدول ۲ ملاحظه می شود که بین گروههای آزمایش و گواه از نظر اطلاعات جمعیت شناختی تفاوت معنادری وجود ندارد و گروهها همگن هستند. آماره توصیفی متغیرهای رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ در گروههای مورد مطالعه طی مراحل پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آمارههای توصیفی متغیرهای رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ در مراحل پیشآزمون و پسآزمون در گروههای دریافتکننده درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رضایت جنسی	درمان ترکیبی	۶۷/۳۳	۵/۸۹	۸۶/۶۰	۶/۸۵
	گواه	۶۷/۲۶	۷/۴۳	۶۸/۰۶	۷/۲۲
صمیمیت جنسی	درمان ترکیبی	۴۸/۳۴	۶/۷۶	۸۷/۷۳	۶/۳۰
	گواه	۴۶/۸۰	۴/۷۹	۴۵/۶۰	۳/۷۳

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می شود، پس از اجرای درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی، میانگین نمرات رضایت جنسی و صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ از مرحله پیش آزمون به پس آزمون در گروه آزمایش افزایش یافت.

به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس تک متغیری استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای رضایت جنسی و صمیمیت جنسی با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک با مقدار $p>0/05$ مورد تایید قرار گرفت، همگنی واریانس های نمرات متغیرهای رضایت جنسی ($F=0/493$، $p=0/614$) و صمیمیت جنسی ($F=2/036$، $p=0/143$) به وسیله آزمون لوین تأیید شد. به علاوه، همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس ($F=1/273$، $p=0/185$) مورد تأیید قرار گرفت. با توجه محقق شدن مفروضه ها تحلیل کواریانس، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت متغیرهای رضایت جنسی و صمیمیت جنسی در گروههای دریافت کننده ترکیبی شناختی - رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی و گواه استفاده شد (جدول ۴).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری برای بررسی تفاوت متغیرهای عزتنفس جنسی و عملکرد جنسی در گروههای دریافت کننده درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی و گواه

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور ایتا	توان آماری
رضایت جنسی	پیش آزمون	۳۵۱/۹۲۶	۱	۳۵۱/۹۲۶	۸/۹۵۹	۰/۰۰۶		
	گروه	۲۵۲۱/۰۳۱	۱	۲۵۲۱/۰۳۱	۶۴/۱۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا	۹۴۲/۷۴۵	۲۴	۳۹/۲۸۱				
	کل	۱۸۳۳۷۸/۰۰	۳۰					
صمیمیت جنسی	پیش آزمون	۷/۳۶۹	۱	۷/۳۶۹	۰/۳۲۷	۰/۵۷۳		
	گروه	۱۳۰۶۴/۶۸۷	۱	۱۳۰۶۴/۶۸۷	۵۷۹/۶۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
	خطا	۵۴۰/۹۴۴	۲۴	۲۲/۵۳۹				
	کل	۱۴۷۴۰۰/۰۰	۳۰					

$p<۰/۰۵$

پس از وارد کردن متغیرهای هم تغییر نتیجه تک متغیره معنیداری با توجه به نمره رضایت جنسی ($p=۰/۰۰۱$، $F(۲۴،۱)=۶۴/۱۷۹$، $\eta۲=۰/۷۲$) و صمیمیت جنسی ($p=۰/۰۰۱$، $F(۲۴،۱)=۵۷۹/۶۳۹$، $\eta۲=۰/۹۶$) در بین گروههای دریافتکننده درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی و گواه داریم.

بحث

مطابق با اولین یافته این پژوهش مشخص شد که درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر رضایت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ اثربخش است. علیرغم اینکه پژوهشی که کارآیی برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی را بر رضایت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ بررسی کرده باشد؛ مشاهده نشد، یافته های پژوهش حاضر در راستای مطالعاتی قرار می گیرد که نشاندهنده اثربخشی برنامه تعدیل سوگیری شناختی منفی می باشند. به عنوان مثال، این یافته با نتایج مطالعات دلیر و همکاران [۱۶] مبنی بر تاثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی بر نشانههای اختلال وسواس- بی اختیاری و مطالعه Salemink و همکاران [۲۱] مبنی بر تاثیر تعدیل سوگیری شناختی مبتنی بر اینترنت در کاهش علائم اضطراب، افسردگی، آشفتگی روانشناختی کلی بیماران اضطرابی هم راستا بود.

رایج ترین روش تعدیل سوگیری شناختی روش آموزش سناریوهای مبهم است که در این پژوهش به مردان مبتلا به اختلال نعوظ آموزش داده شد و باعث شد این بیماران به صورت مثبت، تفاسیر مثبت بیشتری را تصدیق کنند [۲۸]. نتایج مطالعه Klumpp و Amir [۲۹] از این فرضیه حمایت می‌کند که بهبود پردازش شناختی بالا به پایین منجر به افزایش کنترل توجه شده و این امر مانع پردازش تهدید می‌شود [۲۸]. در صورت ترکیب این روش با درمان شناختی-رفتاری که بر این اصل استوار است که علت مشکلات روانشناختی، آشفتگی یا سوگیری شناختی است (سبکهای خاص تفکر؛ برای مثال، تحریف های شناختی و انواع خاصی از باورها) به مردان مبتلا به اختلال نعوظ کمک می کند تا رضایت خود را از انجام رابطه جنسی افزایش دهند.

مطابق با دومین بخش از یافته های این پژوهش مشخص شد که درمان ترکیبی شناختی – رفتاری و تعدیل سوگیری شناختی منفی بر صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ اثربخش است. هرچند، درخصوص این یافته پژوهش نیز مطالعه مشخصی صورت نگرفته، اما این یافته در راستای مطالعه داوری دولت آبادی و ترکان [۳۰] مبنی بر اثربخشی تعدیل سوگیری شناختی تفسیری از طریق تقویت تصویرسازی مثبت بر خود مراقبتی، کیفیت زندگی، سوگیری تفسیری و خلق افسرده بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مطالعه عطار بهنیا اصل و همکاران [۱۲] مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افزایش صمیمیت جنسی زنان دارای اختلال کارکرد جنسی و همچنین پژوهش مرادیان و امیری [۳۱] مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی – رفتاری بر صمیمیت جنسی زوجین دچار اختلالات زناشویی و نیز تحقیق اعتمادی و همکاران [۳۲] مبتنی بر تاثیر این رویکرد درمانی بر صمیمیت جنسی زوجین قرار می گیرد.

در این پژوهش، دو رویکرد سوگیری شناختی منفی با درمان شناختی – رفتاری ترکیب شده و تاثیر آنها بر صمیمیت جنسی مردان مبتلا به اختلال نعوظ مورد تایید قرار گرفت. لذا، اثربخشی مداخله مذکور بر صمیمیت جنسی ممکن است

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

از طریق تغییر الگوی پردازش اطلاعات انتخابی و سوگیری‌های تفسیر در مـردان مبتـلا بـه اختـلال نعـوظ ایجاد شده باشد که براساس مدل‌های شناختی در ایجاد و حفظ اختلال نعـوظ نقش دارند و در نتیجه منجر به افزایـش بیشتر صمیمیـت جنسـی مـردان مبتـلا بـه اختـلال نعـوظ گردیده است. همچنین، عامل دیگری را که می‌توان بیان نمود ناشی از تـأثیر ناآشـکار درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر است. بـه عـلاوه، بهبـود پـردازش شناختی بالا به پایین، افزایش کنترل توجه و در نتیجه جلوگیری از پردازش تهدیـد [۲۹]، مواجهه بـا سـطوح پـایین محـرک اضـطرابزا و یادگیری تولید فعال معانی مثبت‌یابـی خطر در شرایط مـبهم [۲۸] نیـز از جمله تبیین‌های احتمالی این یافته‌ها است.

بایـد توجـه داشـت پژوهـش حاضـر همچـون هـر پژوهشـی بـا محدودیتهایـی روبـرو بـوده اسـت. ایـن مطالعـه تنهـا در سـطح شـهر اصفهـان انجـام شـد. لـذا قـدرت تعمیـم یافتـه هـای پژوهـش بـه سـایر نمونـه هـا را کاهـش مـی دهـد. از دیگـر محدودیتهـای پژوهـش مـی تـوان بـه نمونـه گیـری هدفمنـد و اسـتفاده از طـرح نیمـه آزمایشـی بـه جـای اسـتفاده از طـرح تمـام آزمایشـی اشـاره کـرد. عـدم انجـام پیگیـری نیـز از جملـه محدودیـت هـای اساسـی ایـن پژوهـش بـود. بنابرایـن، پیشـنهاد مـی شـود سـایر محققـان علاقمنـد بـه ایـن حـوزه، موضـوع مورد بحـث در ایـن پژوهـش را در سـایر شـهرها انجـام دهند و از سـایر طرحهـای آزمایشـی بـا نمونـه گیـری تصادفـی اسـتفاده کننـد تـا امـکان کنتـرل متغیرهـای مداخلـه گـر فراهـم شـود. همچنیـن، تأثیـر مداخلـه مـورد بحـث را پیگیـری نماینـد تـا میـزان ثبـات نتایـج در طـول زمـان مشـخص شـود.

نتیجه گیری

بـا توجـه بـه اینکـه درمـان ترکیبـی شـناختی – رفتـاری و تعدیل سـوگیری شـناختی منفـی بـر رضایت جنسـی و صمیمیت جنسـی مـردان مبتـلا بـه اختـلال نعـوظ تاثیـر داشـت؛ لـذا، پیشـنهاد می‌شـود ضمـن آگاهـی رسـانی در زمینـه امـکان اسـتفاده از بسـته نـرم افـزاری درمـان ترکیبـی شـناختی – رفتـاری و تعدیـل سـوگیری شـناختی منفـی بـرای مـردان مبتـلا بـه اختـلال نعوظ، ایـن برنامـه بـا هـدف بهبـود رضایـت جنسـی و صمیمیت جنسـی بـه سـهولت در اختیـار بیمـاران و همسـران آنهـا قـرار بگیـرد.

سپاسگزاری

نویسـندگان بـر خـود لازم مـی بیننـد از کلیه شـرکت کننـدگان در ایـن پژوهـش تقدیـر و تشـکر بـه عمـل آورند.

تعارض منافع

در ایـن پژوهـش هیـچ گونـه تعـارض منافعـی توسـط نویسـندگان گزارش نشـد.

References

1. 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 controlledpilot study. American Society Andrology.2015;3(5):909-918. https://doi.org/10.1111/andr.12079
2. Carteiro DM, Sousa LM, Caldeira SM. Clinical indicators of sexual dysfunction in pregnant women: integrative literature review. Revista Brasileira de Enfermagem.2016;69(1):165-173. https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690122i
3. American Psychiatric Association. DSM 5: American Psychiatric Association;2013.
4. Althof SE, Buvat J, Gutkin SW, Belger M, Stothard DR, Fugl-Meyer AR. Sexual Satisfaction in Men with Erectile Dysfunction: Correlates and Potential Predictors. Sex Med. 2010;7(1 Pt 1):203-15. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01554.x
5. Barrientos J. The effect of sexual satisfaction on marital satisfaction of couples. Journal ofSystemic-Applied Couples Therapy.2016;32(1):351-68.
6. Botlani S, Shahsiah M, Padash Z, Ahmadi A, Bahramif. The effect of attachment-based couple therapy on couples attachmentstyle,sexual intimacy and sexual satisfaction. Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business.2012; 3(12):375-390.
7. Bagarozzi DA. Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide. Routledge;2014. https://doi.org/10.4324/9781315787053
8. Sasanpour M, Shahrodyan GH, Ahmadi SA. The Effectiveness of Sexual Cognitive Reconstruction Program for Couples on Reduction of Sexual Problems. Journal of Family Research.2015;10(4):475-491.
9. White C. Cognitive behavioral therapy for

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice. Chrichester: John Wiley & Sons Ltd;2001.

10. Amir Fakhraei A. The preliminary efficacy of cognitive behavioral therapy on sexual erectile dysfunction and comorbid psychological symptoms: a single case study. Journal of Clinical Psychology and Personality.2019;16(2):17-27.
11. Babakhani N, Taravati M, Masoumi Z, Garousian M, Faradmal J, Shayan A. The Effect of Cognitive-Behavioral Consultation on Sexual Function among Women: a Randomized Clinical Trial. J Caring Sci.2018;7(2):83-88. https://doi.org/10.15171/jcs.2018.013
12. 12. Attar S, Behniya Asl F, Heydari Z, Mahmoodi N. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Increasing Sexual Intimacy and Reducing Body Image Concerns in Women with Sexual Dysfunction. New advances in behavioral sciences.2020;5(43):13-25.
13. Vatankhah S, Bakhshipour Roodsari A. Studying the Efficacy of Cognitive-behavioral Therapy in Improving Symptoms of Women's Orgasmic Disorder and Increasing Sexual Knowledge and Intimacy in Women with Sexual Dysfunction. Journal of Modern Psychological Researches.2019;14(54):253-272.
14. Koster EHW, Fox E, MacLeod C. Introduction to the special section on cognitive bias modification in emotional disorders. Journal of Abnormal Psychology.2009;118(1):1-4. https://doi.org/10.1037/a0014379
15. 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? Journal of affective disorders.2014;152,212-218. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.013
16. 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. Clinical Psychology Studies.2016;6(21):1-25.
17. Ghahremannezhad N. The effectiveness of modulating negative cognitive bias on improving sexual self-esteem and sexual self-awareness of women with vitiligo skin disease in Isfahan. (dissertation). Esfehan: Islamic Azad University, Khorasghan Branch;2016;10-13.
18. Khan S, Amjad A, Rowland D. Potential for Long-Term Benefit of Cognitive Behavioral Therapy as an Adjunct Treatment for Men with Erectile Dysfunction. J Sex Med.2019;16(2):300-306. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.12.014
19. Borg W, Gall J. Quantitative and qualitative research methods in psychology and educational sciences. Tehran: Beheshti University; 2015:455-6.
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. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.01.003
21. Salemink E, Kindt M, Rienties H, Van den Hout M. Internet-based cognitive bias modification of interpretations in patients with anxiety disorders: a randomised controlled trial. J Behav Ther Exp Psychiatry2014;45(1):186-195. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.005
22. 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: 822-830. https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0
23. Fayaz Bakhsh F, Ezzati A, Maleki RadAA. Sexual function and quality of life in male and female with chronic renal diseases. rph.2015;9 (2):64-73.
24. Larson JH, Anderson SM, Holman TB, Niemann BK. A longitudinal study of the effects of premarital communication, relationship stability, and self-esteem on sexual satisfaction in the first year of marriage. J Sex Marital Ther.1998; 24(3):193-206. https://doi.org/10.1080/00926239808404933
25. Vieira RX, Pechorro P, Diniz A. T08-P-10 Validation of Index of Sexual Satisfaction (ISS) for use with Portuguese women. Sexologies2008;17: S115. https://doi.org/10.1016/S1158-1360(08)72833-0
26. Bahrami N, Yaghoobzadeh A, Sharif Nia H, Soliemani M, Haghdoost A. Psychometric Properties of the Persian Version of Larsons Sexual Satisfaction Questionnaire in a Sample of Iranian Infertile Couples. Irje.2016;12(2):18-31.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]

27. Botlani S, Ahmadi SA, Bahrami F, Shahsiah M, Mohebbi S. Effect of attachment-based couple therapy on sexual satisfaction and intimacy. Journal of Fundamentals of Mental Health.2010; 2(46):496-505.
28. MacLeod C. Cognitive bias modification procedures in the management of mental disorders. Current Opinion in Psychiatry. 2012; 25 (2): 114-120. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32834fda4a
29. Klumpp H, Amir N. Preliminary study of attention training to threat and neutral faces on anxious reactivity to a social stressor in social anxiety. Cognitive Therapy and Research.2010;34,263-271. https://doi.org/10.1007/s10608-009-9251-0
30. Davari DolatAbadi M, Torkan H. Efficacy of Cognitive Bias Modification for Interpretation via Promoting Positive Imagery on Self - care Activities, Quality of Life, Interpretation Bias and Depressed Mood in Type 2 Diabetes Patients. Journal of Clinical Psychology.2019;11(2):13-22.
31. Moradiyan F, Amiri H. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on marital satisfaction and sexual intimacy in couples with marital disorders, Proceedings of the 6th scientific conference on educational sciences and psychology. 2018.
32. Etemadi O, h NavvabiNezhad Sh, Ahmadi SA, Farzad V. A Study on the Effectiveness of Cognitive-Behaviour Couple Therapy on Couple's Intimacy That Refer to Counselling Centres in Esfahn. Psychological. 2006;2(1,2):69-87.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-02]

[DOI: 10.22034/IJRN.9.3.10]