بررسی فراوانی انواع‌اختلالات کنشی جنسی در زنان و مردان متأهل مراجعه‌کننده به کلینیک سلامت خانواده

دکتر منصور قوام[1]، دکتر رضا تسبیح سازان[2]

تاریخ دریافت 85/10/13، تاریخ پذیرش 85/11/18

چکیده

زمینه و اهداف: پاسخ های جنسی در انسان از دو سیستم بیوفیزیک و کنش های روانی او سرچشمه می‌گیرند. اختلال در عملکرد جنسی افراد نیز می‌تواند دارای منشأ جسمی و یا روانی باشد. متغیرهای متعددی بروز پاسخ های جنسی را کنترل نموده و سلامت رفتار جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اختلالات جنسی در روابط زناشویی نیز اثر گذاشته و می‌تواند موجب بروز تنش گردد. هدف تحقیق حاضر بررسی تنوع اختلالات کنشی جنسی در زنان و مردان متأهل و شناخت متغیرهای تأثیرگذار (سن، جنس، تداوم مشکل جنسی، وجود بیماری های جسمی، اختلالات روانی خفیف، تنش در زندگی زناشویی، تمایل به درمان و نوع درمان) بر آن بوده است.

روش بررسی: روش تحقیق حاضر توصیفی است و اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته و از نمونه در دسترس (۳۲ زن و۶۱ مرد متأهل) از مراجعه کنندگان به کلینیک سلامت خانواده جمع‌آوری گردیده است. میانگین سنی مراجعین۳۶/۴ سال(S = ۹/۵) بوده است. اجرای مصاحبه و انجام معاینه‌های بالینی و پی‌گیری در مورد کلیه آزمودنی ها صورت گرفته است.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد اختلالات گوناگون مربوط به نعوظ در مردان با ۴۹/۱% و آنورگاسمی و اختلال ارگاسم در زنان با فراوانی ۳۸/۷% بیشترین مشکل جنسی مراجعه کنندگان بوده است. انزال زودرس در مردان و واژنیسموس در زنان نیز دومین گروه عمده اختلالات جنسی بوده است. اختلالات جنسی در ۱/۳ از مراجعه کنندگان کمتر از ۱۲ ماه و در ۲۲/۲ درصد از آنان بیشتر از ۵ سال استمرار داشته است. ۳۰/۲% از افرادی که دارای اختلال جنسی بوده‌اند، دارای درجات مختلفی از مشکلات خفیف روانی و یا دارای نوعی بیماری جسمی نیز بوده‌اند. ۴۷/۷ % از مراجعه کنندگان وجود تنش‌هایی را در روابط زناشویی خود گزارش و ۹ نفر از آنان از طریق مراجع قضایی درخواست طلاق کرده بودند.

نتیجه‌گیری: تحقیق حاضر تنوع اختلالات کنشی جنسی و متغیرهای پیش بینی کننده آن را در افراد متأهل مشخص ساخت. تجزیه و تحلیل یافته ها و کاربرد این نتایج در فهم متغیرهایی که اختلالات جنسی را ایجاد می‌کنند و نیز تأثیر اختلالات جنسی بر روی میزان رضایتمندی از زندگی زناشویی بیماران مورد بحث قرار گرفته است.

کلمات کلیدی: اختلالات کنشی جنسی، نعوظ، واژنیسموس، آنورگاسمی، میل جنسی، روابط زناشویی، مرد و زن، کلینیک سلامت خانواده.

مجله پزشکی ارومیه، سال هجدهم، شماره چهارم، ص ۶۳۹-۶۳۴، زمستان ۱۳۸۶

آدرس مکاتبه: کلینیک سلامت خانواده، دانشگاه شاهد، تلفن همراه : ۰۹۱۴۱۴۱۵۴۱۵

E-mail:drghavam@yahoo.com

مقدمه

رفتار جنسی در انسان، تنها یک پاسخ فیزیولوژیک و یا یک رفتار روانی نیست بلکه ترکیبی از هر دو ساختار است. رفتار سالم جنسی بستگی به سلامت مراحل سه گانه فعالیت جنسی دارد. فعالیت جنسی با آمادگی روانی آغاز گردیده، با تحریک پذیری و آمادگی جسمی (به صورت نعوظ در مردان و لیز شدگی واژن در زنان) ادامه پیدا نموده و با مقاربت و رسیدن به مرحله ارگاسم خاتمه می‌پذیرد. مرحله اول مؤلفه ذهنی و مراحل دوم و سوم مؤلفه‌های عینی رفتارهای جنسی را تشکیل می‌دهند. رفتارهای جنسی مانند سایر ساختارهای زیستی و روانی می‌توانند دچار اختلال گردیده و یا حتی ظاهر نشوند. دو دسته از عوامل در ایجاد اختلالات جنسی مؤثر هستند. دسته اول عوامل سایکوژنیک

[1] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و عضو گروه پژوهشی و درمانی کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد (نویسنده مسئول)

[2] استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه

و عوامل فرهنگی و اجتماعی است مانند استرس ها، داشتن تصور نامناسب بدنی از خود، اضطراب و افسردگی، انتظار شکست، ترس از بارداری، تجارب نامناسب جنسی (۱)، طرز نگرش افراد، نداشتن شریک جنسی و یا شرایط زمانی و مکانی نامناسب (۲). گروه دوم عوامل بیوفیزیکی و مشکلات مربوط به سلامت جسمی، سن مناسب (۴،۳) و بروز بیماری هایی مانند سرطان (۵)، دیابت (۶)، فشارخون و نارسائی قبلی (۷)، ورم پروستات (۸)، آسیب دیدگی ستون فقرات (۲)، مصرف دارو و سوء مصرف مواد (۵،۱) را شامل می‌شود.

اختلالات جنسی در میان تمام جوامع وجود دارد (۹) و بر روی کیفیت روابط جنسی افراد متأهل اثر گذاشته (۱۰) و رضایتمندی آنان را از زندگی زناشویی کاهش می‌دهد. فیلیپس (۵) تعداد زنان آمریکایی را که دارای اختلالات جنسی هستند بین ۱۹% تا ۵۰% تخمین زده و بیان می‌کند که ۷۰% از زوج ها در مقاطعی از زمان مشکل جنسی خاصی را پیدا می‌نمایند. لومن و همکاران (۱۱) و روزن (۱۲) ضمن آنالیز داده‌های مربوط به ۳۱۵۹ زن و مرد ۱۸ تا ۵۹ ساله گزارش نموده‌اند که ریسک داشتن یک اختلال جنسی در زنان ۴۳% و در مردان ۳۱% است. آنان اختلالات جنسی را یکی از نگرانی های مربوط به سلامت ملّی در جامعه آمریکا می‌دانند.

رید، کینک و واتسون (۱۳) آمار ۳۵% اختلال جنسی را برای مردان و ۴۲% را برای زنان انگلیسی گزارش نموده‌اند (N= ۱۷۰)، شایع‌ترین اختلال جنسی در مردان انزال زودرس و مشکل نعوظ و در زنان واژنیسموس و آنورگاسمی بوده است. ریچترز و همکاران (۱۴) ضمن مصاحبه با ۱۰۱۷۳ زن و ۹۱۳۴ مرد ۱۶ تا ۵۹ ساله استرالیایی گزارش نموده‌اند ۲۴/۹% مردان و ۵۴/۸% زنان در طی یکسال گذشته دچار کاهش میل جنسی بوده و تمایلی به برقراری رابطه جنسی نداشته‌اند. همچنین ۲۸/۶% زنان و ۶/۵% مردان نیز اختلالات ارگاسمیک داشته‌اند. بدین ترتیب این فرضیه که هر فردی باید علاقه به برقراری روابط جنسی داشته و از آن لذت ببرد مورد سؤال قرار گرفته است. تحقیقی مشابه (۱۵) بر روی زنان ۳۰ تا ۶۹ ساله ژاپنی (N= ۵۰۴۲) مشخص ساخت که ۲۹/۷% آنان دارای مشکل برانگیختگی جنسی، ۲۷/۷% دارای اختلال کمبود یا فقدان میل جنسی و ۱۵/۲% دارای مشکلات ارگاسمیک هستند.

نیکلوسی و همکاران (۱۶) بر اساس داده‌هایی که از ۲۷۵۰۰ نفر زن و مرد ۴۰ تا ۸۰ ساله از ۲۹ کشور به دست آورده‌اند، گزارش نموده‌اند که ۲۸% مردان و ۲۹% زنان دنیا حداقل یک مشکل جنسی دارند. شایع ترین اختلالات جنسی در مردان به ترتیب انزال زودرس و مشکل نعوظ و در زنان عدم تمایل به فعالیت جنسی، عدم ارگاسم و مشکلات مربوط به خشکی ناحیه واژن بوده است. بنابراین تمام تحقیقات میزان شیوع اختلالات کنشی جنسی را در زنان بیشتر از مردان گزارش کرده‌اند.

در ایران با استفاده از پرسشنامه شاخص های اختلال عملکرد جنسی زنان (FSFI) و اجرای آن بر روی ۲۶۲۶ نفر از زنان ۲۰ تا ۶۰ ساله گزارش گردیده که ۳۱/۵% زنان حداقل دارای یک اختلال جنسی هستند. اختلال ارگاسم، کمبود میل جنسی، اختلالات تحریک‌پذیری و درد در هنگام مقاربت به ترتیب بیشترین اختلالات جنسی بوده است (۱۷). تحقیق حاضر با هدف بررسی تنوع اختلالات کنشی جنسی در جمعیت بالینی افراد متأهل و ارتباط آن با متغیرهای سن، جنس، استمرار مشکل جنسی، وجود بیماری های جسمی و سایکونورزها، درمان و تمایل افراد به ادامه فرایند درمان و نیز تأثیر اختلالات جنسی بر روی روابط زناشویی طراحی گردیده است.

روش تحقیق و ابزار جمع‌آوری اطلاعات

پژوهش حاضر یک تحقیق توصیفی از نوع پس رویدادی یا گذشته‌نگر است. بیماران که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیده‌اند ۹۳ نفر از مراجعه کنندگان کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد بوده‌اند (این کلینیک که در بیمارستان شهید مصطفی خمینی قرار دارد یک مرکز صرفاً تخصصی درمانی مربوط به اختلالات جنسی است). کمی حجم نمونه به دلیل رعایت معیارهای ورود و حذف بوده است. همچنین ۷ پرسشنامه ناقص نیز مورد تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است. معیارهای ورود، تأهل و داشتن حداقل یک اختلال جنسی از نوع کنشی بوده و بنابراین مراجعه کنندگان مجرد و افرادی که مبتلا به سایر انحرافات جنسی و یا اختلالات شدید روانپزشکی بوده‌اند از نمونه مورد تحقیق حذف گردیده‌اند (چهارمین نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری بیماری های روانی DSM-IV-RT, 2000 (۱۸) اختلالات جنسی را به سه گروه اصلی، اختلالات کنشی جنسی یا Sexual Dysfunctions، انحرافات جنسی یا Paraphilia و اختلالات مربوط به هویت جنسی یا Gender Identity Disorders تقسیم نموده که در تحقیق حاضر فقط اختلالات کنشی جنسی مورد کدگزاری قرار گرفته است).

در ابتدا هر بیمار توسط پزشک عمومی مورد بررسی و معاینه اولیه قرار گرفته و بخشی از پرسشنامه تحقیق برای وی تکمیل می‌گردید. بعد از آن مراجعه کننده توسط روانپزشک مورد مصاحبه تشخیصی و معاینات بالینی تخصصی در جهت تأیید اختلالات کنشی جنسی قرار گرفته و نوع اختلال او براساس DSM-IV-RT, 2000 کدگزاری می‌گردید. در این مرحله و در

صورت لزوم با بررسی های بالینی و آزمایشگاهی بـر روی بیمـاران وجود سایر اختلالات شدید روانپزشکی و یا جسمی تأییـد و یـا رد می گردید. در پژوهش حاضر اختلال جنسی به فردی که از لحـاظ فیزیولوژیکی واجد آن بوده (اعم از زن یا شوهر)، نسبت داده شـده است. مثلاً اگر زنی در مراجعه مشکل خـود را عـدم نعـوظ شـوهر اعلام نموده، این اختلال جزء اختلالات مـردان کـدگزاری گردیـده است و اگر مردی شکایت خود را عدم ارگاسم همسر اعلام نمـوده، این مشکل به عنوان مشکل جنسی زنانه کدگزاری گردیده است.

نتایج

از مجموع بیماران ۳۳/۷% (n = ۲۹) را زنـان و ۶۶/۳% (n = ۵۷) را مردان تشکیل داده‌اند (جدول شماره یک). کلیه مراجعین متأهل و میـانگین سـنی آنـان ۳۶/۴ سـال بـوده اسـت (S =۹/۵, R =۴۲). میانگین سن بیماران زن و مرد به ترتیب برابـر ۳۲/۷ سـال و ۳۸/۴ سال بوده که شاخص آماری t نشان می‌دهد ایـن تفـاوت از لحـاظ آماری معنادار است [t(۸۴) = -۲/۷ , P =۰/۰۱].

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی و درصدی مربوط به سن مراجعه‌کنندگان به تفکیک جنسیت

دامنه سنی	زن		مرد		درصد تراکمی برای کل نمونه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۹ - ۲۹	۱۴	۴۸/۰	۱۰	۱۷/۵	۲۷/۹
۳۰ - ۳۹	۹	۳۱/۲	۲۱	۳۶/۸	۶۲/۸
۴۰ - ۴۹	۳	۱۰/۴	۲۰	۳۵/۲	۸۹/۵
۵۰ - ۵۹	۳	۱۰/۴	۶	۱۰/۵۰	۱۰۰/۰
جمع	۲۹	۱۰۰	۵۷	۱۰۰	—

جدول شماره دو تنوع اختلالات جنسی را نشان مـی‌دهـد. مشـکل نعوظ در مردان با ۴۹/۱% (n=۲۷) و آنورگاسمی و اختلال ارگاسـم در زنان با فراوانی ۳۸/۷% (n=۱۲) شـایع تـرین اخـتلالات کنشـی جنسی می‌باشند. انزال زودرس در مـردان و واژنیسـموس در زنـان دومین گروه اختلالات جنسی را تشـکیل مـی‌دهـد. بـرای بررسـی میزان توافق میان نوع اختلالی که بیمار برای خود ذکـر نمـوده و تشخیـص روانپـزشک ضریب توافـق کپـا (Kappa) محاسبـه گردیـد. مقـدار ضـریب ۰/۸۱ و مـقدار ۴۳/۹ = χ^2 بـوده کـه از مقـدار بحرانـی جـدول در سطـح p<۰/۰۰۱ بیشـتر اسـت.

جدول شماره (۲): تنوع اختلالات کنشی جنسی در زنان و مردان بر حسب طبقه‌بندی DSM IV-TR/2000

نوع اختلال جنسی	زنان		مردان	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
A – اختلال های میل جنسی				
اختلال میل جنسی کم کار	۵	۱۶/۱	۲	۳/۶
اختلال بیزاری جنسی	۲	۶/۵	۱	۱/۸
B – اختلال های انگیختگی جنسی				
اختلال انگیختگی جنسی در زن	۱	۳/۲		
اختلال نعوظی در مرد			۲۷	۴۹/۱
C – اختلال های ارگاسمیک				
اختلال ارگاسمی در زن	۱۲	۳۸/۷		
اختلال ارگاسمی در مرد			۱	۱/۸
انزال زودرس			۱۸	۳۲/۷
D- اختلال های درد جنسی				
مقاربت دردناک (بدون منشاء جسمی)	۱	۳/۲		
واژنیسموس (بدون منشاء جسمی)	۱۰	۳۲/۲		
E- اختلال های طبقه‌بندی نشده (NOS)			۶	۱۰/۹

از لحاظ شیـوع بیـماری ـهای جسـمی و روانـی، ۱۷/۴% (n=۱۵) افرادی که دارای مشکلات جنسـی بـوده‌انـد دارای نـوعی مشـکل روانـی خفیف (افسردگـی، وسـواس، اضطـراب و اعتیـاد بـه مـواد مخدر یا الکل) و ۱۲/۸% (n=۱۱) آنان مبتلا به یک نـوع بیمـاری جسمی (دیابت، زخم اثنی عشر، ورم پروسـتات، مشـکلات سـتون فقرات) هستند. ۴۳% (n=۳۷) پاسخ دهندگان اظهار داشته‌اند کـه هیچ گونه بیماری ندارند و بقیه نیز در مورد امکان وجود و یا عـدم حضور بیماری در خود مطمئن نبوده‌اند. هم در بین زنان و هـم در بین مردان اختلال افسردگی از شیوع بیشتری برخوردار بوده است. در رابطه با متغیـر طـول مـدت بیمـاری، حـدود ۱/۳ (n = ۲۹) از مراجعه کنندگان زمان استمرار مشکل جنسی خـود را کمتـر از ۱ سال و ۲۲/۲% (n=۱۹) از آنان این دوره را بیشتر از ۵ سـال ذکـر کرده‌اند. میانگین زمان استمرار مشکل جنسی، برای زنان و مـردان به ترتیب ۵۲/۴ ماه و ۵۳/۲ ماه بوده است. مقدار t نشان مـی‌دهـد بین زنان و مردان از این لحاظ تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی متغیر میزان تمایل بیماران به ادامه فرایند درمان نیز نشان می‌دهد ۲۲/۱% (n=۱۹) بیمـاران، پـس از تشـخیص و دریافـت خـدمات درمانی اولیه برای ادامه درمان مراجعـه ننمـوده‌انـد. حـدود ۱/۳ از آنان نیز ۳ نوبت و یا بیشـتر مراجعـه داشـته و درمـان تعقیبـی را دریافت نموده‌اند. بین زنـان و مـردان از لحاظ میانـگین دفعـات مراجعه تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول شماره ۳ نوع اقدام درمانی را مورد بررسی قرار داده است. دارو درمانی با ۴۱/۹% (n = ۳۹) بیشترین نوع اقدام و زوج درمانی کمترین روش مورد استفاده بوده است. در بیشتر موارد زنان رفتار درمانی و مردان دارو درمانی را ترجیح داده‌اند. ۱۵/۱% (n =۱۴) از مراجعه‌کنندگان نیز یا از سوی مراجع قضایی جهت دریافت گواهی پزشکی برای درخواست طلاق ارجاع گردیده و یا بنا به تقاضای همسرانشان به کلینیک مراجعه نموده و خود را بیمار ندانسته و مایل به استفاده از خدمات درمانی هم نبوده‌اند. بررسی متغیر تنش در روابط زناشویی نیز نشان می‌دهد ۴۷/۷% (n=۴۱) افراد وجود تنش‌های متعدد را در روابط خود گزارش می‌نمایند. ۴۷/۷% (n=۴۱) آنان کیفیت و رضایت‌مندی از رابطه جنسی خود با همسرانشان را بسیار بد و یا بد و فقط ۲ نفر آن را در حد مطلوب توصیف کرده‌اند. ۱۸/۶% افراد آن را در حد متوسط ارزیابی و ۲۷ نفر نیز به این سؤال پاسخ نداده‌اند.

جدول شماره (۳): نوع درمان ترجیح داده شده توسط مراجعین

نوع درمان	زن	مرد	درصد کل
دارو درمانی	۱۲	۲۷	۴۱/۹
رفتار درمانی	۱۵	۷	۲۳/۶
هم دارو درمانی و هم رفتار درمانی	۳	۶	۹/۸
زوج درمانی	۱	۳	۴/۳
نامشخص (قید نشده)	۲	۳	۵/۴
اظهار نظر و صدور گواهی*	۱	۱۳	۱۵/۱

این تعداد از سوی مراجع قضایی جهت دریافت گواهی پزشکی برای درخواست طلاق مراجعه نموده اند.

بحث

عوامل متعددی در بروز اختلالات جنسی و تنوع آن در افراد متأهل نقش دارند. نتایج بررسی حاضر اختلال نعوظ، انزال زودرس و کاهش لیبیدو را در مردان به ترتیب شایع ترین موارد اختلالات جنسی یافته است که با بسیاری از یافته‌های پژوهشی خارج از کشور مطابقت دارد. بلن و همکاران(۴) در جامعه مردان اسپانیایی (N= ۷۷۹) اختلال نعوظ و انزال زودرس را دو مشکل عمده جنسی گروه بالینی یافته‌اند. نذارت و همکاران (۱۹) دو اختلال نعوظ و فقدان یا کمبود لیبیدو (N= ۹۷) و رید و همکاران (۱۳) نیز، انزال زودرس و اختلالات نعوظی را شایع ترین اختلالات جنسی مردان انگلیسی یافته‌اند. میزان شیوع انزال زودرس در تحقیق رید و همکاران ۳۱% گزارش گردیده است. در تحقیقات دیگری هم که اطلاعات آن مبتنی بر جمعیت‌های غیر بالینی بوده است اختلالات نعوظی و انزال زودرس شایع ترین مشکلات جنسی مردان ذکر گردیده است (به تحقیقات موریرا و همکاران (۲۰)، دان و همکاران (۳) و روزن (۱۲) مراجعه شود).

یافته‌های پژوهش حاضر اختلالات نعوظی را ۴۹/۱% نشان می‌دهد که این آمار بالاتر از ارقام ذکر شده برای بعضی از کشورها از جمله انگلستان است. سه دلیل احتمالی برای این تفاوت می‌توان ارائه نمود. یک احتمال مربوط به تفاوت شرایط اقلیمی و عوامل فرهنگی و اجتماعی و سطح بهداشت عمومی در کشورهای مختلف است که در سایر تحقیقات نیز مشاهده گردیده است (۱۱،۸،۷). سن مراجعه کنندگان در تحقیق حاضر می‌تواند دلیلی دیگر بر کثرت شیوع اختلال نعوظ باشد. زیرا ۲۶/۳% از بیماران مرد را افراد ۴۵ ساله و مسن‌تر تشکیل می‌داده‌اند. تأثیر متغیر سن در اختلالات نعوظی با شواهد پژوهشی بسیاری مستند گردیده است (۱۱،۹،۳). پینوک و همکاران (۲۱) گزارش کرده‌اند که اختلالات نعوظی از۳% در مردان ۴۰ تا ۴۹ ساله به ۶۴% در مردان ۷۰ تا ۷۹ ساله افزایش پیدا می‌کند. دلیل سوم نیز وجود تعدادی از بیماران مبتلا به ورم پروستات و دیابت در گروه مردان مورد نظر است که احتمالاً آمار اختلالات نعوظی را افزایش داده است.

تنوع اختلالات جنسی در زنان ایرانی با یافته‌های اکثر پژوهشگران خارج از کشور مطابقت دارد ولی رتبه‌بندی اختلالات از نظر فراوانی یکسان نیست. بعضی از پژوهش ها نشان می‌دهد که فقدان و یا کمبود لیبیدو و اختلال ارگاسمی (۱۹) و یا خشکی ناحیه واژینال و اختلالات ارگاسمیک (۳) و یا واژنیسموس و آنورگاسمی (۱۳) به ترتیب شایع ترین اختلالات جنسی زنان در سایر کشورها می‌باشد. در حالی که پژوهش حاضر اختلال ارگاسمی، واژنیسموس و میل جنسی کم کار را شایع ترین اختلالات جنسی زنان گزارش می‌نماید. ممکن است مشکلات مربوط به نمونه‌گیری و حجم کم نمونه زنان، توزیع سنی آنان (۷۹/۲% زنان کمتر از ۴۰ سال سن داشتند) و طول دوره زندگی زناشویی آنان از دلایل این موضوع باشد. فروید میل جنسی کم کار را ناشی از مهار رفتارهای جنسی در مرحله آلتی رشد روانی – جنسی و حاصل تعارضات حل نشده ادیپی در دوران کودکی می داند. همچنین مسائل فرهنگی و تربیتی و اجتماعی زنان ایرانی می‌تواند از دلایل این امر باشد. نتایج تحقیق حاضر با تحقیقی که توسط صفری‌نژاد (۱۷) بر روی جمعیت عادی زنان ایرانی انجام شده هم سو می‌باشد. هم سویی نتایج بیان می‌کند آنورگاسمی و اختلالات ارگاسمیک شایع ترین نوع اختلال جنسی در زنان ایرانی است.

نکته دیگر مربوط به فراوانی نسبتاً زیاد اختلال واژنیسموس در زنان ایرانی است. شیوع واژنیسموس احتمالاً به دلیل مسائل سایکوژنیک و تأثیر رشد روانی - جنسی دوران کودکی و اثر اضطراب و ترس بر ارتباط جنسی در زمان ازدواج است (۵).

بسیاری از خانواده‌ها آموزش مسائل جنسی را به عنوان یک تابو تلقی می‌کنند و بسیاری از دختران آگاهی‌های اندکی در مورد آناتومی دستگاه تناسلی خود و برقراری ارتباط مؤثر جنسی دارند که شاید بر این نوع از اختلال جنسی تأثیر گذار باشد. میل جنسی کم کار نیز در زنان میان سال و در دوران یائسگی با کاهش ترشح هورمون های استروژن و تستوسترون ارتباط دارد. ترشح اندک این هورمون ها جریان خون را در ناحیه واژن و کلیتوریس مختل کرده و موجب کاهش انگیختگی و کمبود میل جنسی، اختلالات ارگاسمیک و حساسیت ناحیه واژن می‌گردد (۱).

از نظر علت شناسی اکثر اختلالات کنشی جنسی چند وجهی هستند. یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد ۳۰/۲% درصد از بیماران مبتلا به اختلال جنسی دارای نوعی مشکل روانی و یا جسمی بوده‌اند. بعضی از بیماری های جسمی و اختلالات خفیف روانی بر روی رفتارهای جنسی اثر می‌گذارند، مثلاً اختلالات نعوظی با فاکتورهایی مانند: آترواسکلروتوز، دیابت، پارکینسون، مولتیپل اسکلروزیس، ورم پروستات و آسیب‌دیدگی نخاعی ارتباط دارد (۱). همچنین مصرف داروهای مختلف مانند داروهای ضد افسردگی و داروهای کاهش دهنده فشار خون فعالیت های جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

در رابطه با تحمل بیماری، نوع درمان و پی‌گیری آن به نظر می‌رسد ۲۲% از بیماران با اختلال جنسی خود برای مدت زمانی طولانی (بیشتر از پنج سال) به نوعی سازش پیدا می‌کنند. همچنین نزدیک به ۲/۳ از بیماران فقط یک یا دو نوبت مراجعه و خدمات درمانی را دریافت نموده‌اند. این امر هم در مورد زنان و هم مردان صادق است. عدم تمایل به درمان توسط پژوهشگران دیگر (۱۹،۳) نیز گزارش گردیده است. مثلاً نذارت و همکاران (۲) نشان داده‌اند در حالیکه حداقل یک اختلال جنسی در ۲۲% مردان و ۴۰% زنان وجود دارد فقط ۳ تا ۴ درصد افراد به پزشک مراجعه می‌کنند. در مورد نوع درمان امروزه تأکید زیادی بر اهمیت دارو درمانی صورت می‌گیرد (۲۲). چنانچه پژوهش حاضر نیز تأیید می‌کند که بیماران دارو درمانی را به هر نوع درمان دیگر و مشاوره روانی ترجیح می‌دهند. حال آنکه بسیاری از اختلالات جنسی دارای منشأ روانی هستند و یا مسایل روانی، فرهنگی و اجتماعی آنها را تشدید می‌کند.

در ارتباط با نقش اختلالات جنسی در ایجاد مشکلات زناشویی یافته‌های پژوهش حاضر نتایج تحقیقات دیگران را که نشان داده‌اند اختلالات جنسی میزان رضایتمندی از زندگی زناشویی را کاهش می‌دهد، کاملاً تأیید می‌کند (۸،۱۰،۱۹). مک کیب (۱۰) ضمن بررسی رفتارهای جنسی ۱۴۵ زن و مردی که از لحاظ کنش های جنسی سالم بوده‌اند و مقایسه آنها با ۱۹۸ زن و مردی که حداقل یک اختلال جنسی داشته‌اند نتیجه می‌گیرد که تمامی جنبه‌های مربوط به کیفیت زندگی و رضایت از ارتباط جنسی در بیماران به طور معناداری کمتر از افراد سالم است. همچنین دان و همکاران (۸) ضمن تأکید بر اثرگذاری اختلالات جنسی در کیفیت و رضایت‌مندی روابط زناشویی نشان داده‌اند که زنان مبتلا به اختلالات ارگاسمیک و اختلالات انگیختگی جنسی مشکلات متعددی را در زندگی زناشویی با همسران خود تجربه می‌نمایند. با توجه به ساختار حقوقی خانواده در ایران، تعدادی از مراجعه کنندگان در تحقیق حاضر نیز صرفاً برای دریافت تائیدیه پزشکی مراجعه نموده تا با در دست داشتن آن برای طلاق اقدام نمایند.

در تحلیل یافته‌های پژوهش حاضر باید به محدودیت حجم نمونه توجه شود. همچنین پرسشنامه استاندارد که متناسب با ارزش ها، نگرش ها و رفتارهای جنسی ایرانیان باشد در اختیار نبوده است. امید می‌رود که محققان بعدی برای بررسی اختلالات جنسی پرسشنامه‌های استاندارد و متناسب با فرهنگ رفتارها و باورهای جنسی ایرانیان تهیه نموده و در حجم بیشتری از نمونه‌های بالینی و جمعیت عادی تکمیل نمایند تا نتایج قابل استفاده تری در سطح ملی استخراج گردد.

نتیجه‌گیری

تحقیق حاضر تنوع اختلالات کنشی جنسی افراد متأهل را مورد بررسی قرار داده و نقش متغیرهایی مانند سن، جنس، استمرار اختلال، نوع درمان و وجود بیماری های جسمی و اختلالات خفیف روانی را در بروز آن مشخص ساخت. شیوع و تنوع اختلالات کنشی جنسی در زنان و مردان ایرانی با یافته های تحقیقات خارج از کشور مطابقت دارد ولی رتبه بندی اختلالات از نظر فراوانی یکسان نیستند. اختلالات جنسی تأثیر عمده‌ای بر روی میزان رضایتمندی از زندگی زناشویی دارند. اقدام به شناخت و برنامه‌ریزی درمانی برای اختلالات جنسی یک ضرورت بهداشت ملی، به ویژه برای افراد متأهل است.

References:

1. Berman L, Berman J. Female sexual dysfunction: definition, causes and potential treatments. Jan 2000 [Cited 2005 Dec 13]. Available URL [serial online]: http://www.hisandherhealth.com

2. Doemann DJ. Sexual dysfunction. In: Olendorf D, Jeryan C, Boyden K, Editors. Gale encyclopedia of medicine. New York: Gale Group; 2002.
3. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. J Fam Pract 1998;15:519-24.
4. Belen RA, Garcia Salord J, Fiallos L. Prevalence of male sexual dysfunctions. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba 2000; 57: 239-47.
5. Philips NA. Female sexual dysfunction: evaluation and treatment. Am Family Physician 2000; 62: 127-36.
6. Futyma H, Jakiel G. Sexual disorder in men with diabetes. Ginekol Pol 2005; 76: 331-6.
7. Rosen RC, Fisher WA, Eardley I, Niderberger C, Nadel A, Sand M. The multinational men's attitudes to life events and sexuality (MALES) study: prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. Curr Med Res Opin 2004; 20: 607-17.
8. Dunn KM, Croft PR, Hackett GI. Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. Epidemiol Community Health 1999; 53: 144-8.
9. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingel C, Morcira F, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Impot Res 2005; 17: 39-57.
10. McCabe MP. Intimacy and quality of life among sexually dysfunction men and women. J Sex Marital Ther 1997; 23: 276-90.
11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 1999; 281: 537-44.
12. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. Curr Psychiatry Rep 2000; 2: 189-95.
13. Read S, King M, Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner. Public Health Med 1997; 19: 387-91.
14. Richters J, Grulich AE, DeVisser RO, Smith AM, Risell CE. Sex in Australia: sexual difficulties in a representative sample of adults. Aust New Zealand J Public Health 2003; 27: 164-70.
15. Hisasue S, Kumamoto Y, Sato Y, Masumori N, Horita H, Kato R, et al. Prevalence of female sexual dysfunction symptoms and its relationship to quality of life: a Japanese cohort study. J Urol 2005; 65: 143-8.
16. Nicolosi A, Laumann EO, Glasser DB, Moreira E, Paik A, Gingel C. Sexual behavior and sexual dysfunction after age 40: the global study of sexual attitudes and behavior. J Urol 2004; 64: 991-7.
17. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. Int J Impot Res 2006; 5.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (DSM IV-RT). Washington DC: Am psychiatric Association publication; 2000. P 791-860.
19. Nazareth I, Boynton P, King M. Problems with sexual function in people attending London general practitioners: cross sectional study. BMJ 2003; 23: 423.
20. Moreira ED, Abdo CH, Toress EB, Lobo CF, Fittipaldi JA. Prevalence and correlates of erectile dysfunction: results of the Brazilian study of sexual behavior. J Urol 2001; 58: 583-8.
21. Pinnock CB, Stapleton AM, Marshall VR. Erectile dysfunction in the community: a prevalence study. Med J Aust 1999; 171: 353-7.
22. Heiman JR. Sexual dysfunction: overview of prevalence, etiological factors, and treatments. J Sex Res 2002; 39: 73-8.