



ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و مشکلات جنسی مردان مبتلا به ناتوانی جنسی

دکتر فریدون مهرابی^{*}، مجتبی احسان‌منش^{**}، عیسی کریمی کیسی^{***}

چکیده

هدف: بررسی حاضر با هدف دستیابی به تصویری جامع از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رفتار جنسی مردان مراجعه‌کننده به یک مطب روانپزشکی در تهران انجام گردیده است.

روش: آزمودنی‌های پژوهش را که از نوع بررسی‌های توصیفی-مقطعی به شمار می‌رود ۳۰۰ نفر مردان مراجعه‌کننده به مطب یادشده در مدت ۹ ماه، از آغاز اردیبهشت تا پایان دی‌ماه ۱۳۸۰ تشکیل داده‌اند. داده‌های پژوهش به کمک یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و اطلاعات، گردآوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی تحلیل گردیده است.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که ۷۶/۲٪ افراد مورد بررسی از اختلال‌های نعوظی و ۳۵/۶٪ از مشکلات مربوط به انزال زودرس در رنج بوده‌اند. ۴۴/۶٪ افراد مورد بررسی سابقه ابتلا به بیماری‌های روانی و مصرف داروهای نورولپتیک و داروهای ضدافسردگی را یادآور شدند. از شروع اختلال یا اختلال‌های جنسی ۵۳/۳٪ آزمودنی‌های پژوهش بیش از ۳ سال، ۱۵٪ یک تا دو سال و ۲۳/۷٪ کمتر از یک‌سال می‌گذشته است.

نتیجه: ناتوانی جنسی و انزال زودرس بیش از سایر اختلال‌های جنسی سبب مراجعه مردان مبتلا به این اختلال‌ها به مطب روانپزشکان و کلینیک‌های درمان اختلال‌های جنسی می‌شود.

کلید واژه: ناتوانی جنسی، اختلال‌های جنسی، مردان، انزال زودرس

مقدمه

اختلال‌های جنسی بسیار شایع هستند و از این رو شمار

بزرگی از همسران و یا افرادی که این مشکلات را

شواهد و یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که

* روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و خیابان شریعی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران (نویسنده مسئول).

E-mail: mehrabif2000@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و خیابان شریعی، کوچه جهان، پلاک ۱.

*** کارشناس مسئول پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران. تهران، خیابان طالقانی، بین خیابان بهار و خیابان شریعی، کوچه جهان، پلاک ۱.

تجربه می‌کنند نیاز مبرمی به دریافت خدمات درمانی دارند (اسپنس^۱، ۱۹۹۱؛ ویزبرگ^۲، براون^۳، وینچز^۴ و بارلو^۵، ۲۰۰۱). از سوی دیگر بررسی‌ها نشان داده‌اند که اختلال‌های جنسی در مردان بسیار بیشتر از برآوردهای پیشین می‌باشد و شمار افرادی که برای درمان مشکلات جنسی و زناشویی به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، بخش کوچکی از کسانی هستند که واقعاً از این مشکلات رنج می‌برند. با وجود این، مراجعه کسانی که از این اختلال‌ها شکایت دارند، طی دو دهه اخیر افزایش بسیار چشمگیری یافته است (اسپنس، ۱۹۹۱) و به نظر نمی‌رسد که این افزایش به دلیل بیشتر شدن میزان شیوع این مشکلات باشد. شاید پیشرفت‌های علمی در زمینه تشخیص و درمان این اختلال‌ها و مطرح شدن آنها در رسانه‌های همگانی و تشویق مردم به ابراز این مشکلات و بهره‌مندی از ارتباط جنسی سالم و مطلوب، همچنین تشویق آنها به چاره‌جویی و درمان این اختلال‌ها از عواملی بوده است که مراجعه بیشتر مردان و زنان مبتلا به آنها را در پی داشته است.

برخی بررسی‌ها مشکلات نعوظی را در ۲۳٪ مردان مراجعه کننده به کلینیک‌های درمان مشکلات جنسی گزارش نموده‌اند و درصد بالاتری را دارای مشکلات به ظاهر کم‌اهمیت‌تر جنسی از جمله ناتوانی در آرام کردن خود در هنگام فعالیت جنسی و ناتوانی در انجام پیش‌نوازش پیش از انجام نزدیکی گزارش نموده‌اند. نتبلادف^۶ و اودنبرگ^۷ (۱۹۷۹) نیز دریافتند که ۴۰٪ مردان مورد بررسی در نمونه ایشان از اختلال‌های جنسی شکایت داشته‌اند. با وجود این بسیاری از میلیون‌ها انسانی که از مشکلات جنسی رنج می‌برند به دلیل شرم، از مراجعه به مراکز درمانی و گفتگو با متخصصان بالینی و درمانگران اختلال‌های جنسی خودداری می‌کنند.

نظر به اهمیت و نقش فعالیت جنسی سالم در سلامت روانی مردان و زنان، تشکیل و ثبات خانواده و پیشگیری از اختلاف‌ها، سوء تفاهم‌ها و فروپاشی روابط زناشویی و پیامدهای ناگوار آن، امروزه بسیاری از

پژوهشگران و متخصصان بر شناسایی و رفع مشکلات جنسی افراد مبتلا به آنها تأکید روزافزون دارند (همان‌جا).

پژوهش حاضر در این راستا و با هدف بررسی انواع اختلال‌های جنسی در مردان مراجعه کننده به یک مطب روانپزشکی در تهران انجام گردیده است. هدف کلی پژوهش دستیابی به تصویری جامع از ویژگی‌های جمعیت شناختی، الگوهای رفتار جنسی و نوع اختلال‌ها در مراجعه کنندگان برای درمان اختلال‌های جنسی مردان در شهر تهران بوده است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های توصیفی - مقطعی است. آزمودنی‌های پژوهش ۳۰۰ نفر مردان مراجعه کننده به یک مطب روانپزشکی برای درمان اختلال‌های جنسی بوده‌اند. این افراد در مدت ۹ ماه، از آغاز اردیبهشت تا پایان دی‌ماه سال ۱۳۸۰ به مطب یادشده مراجعه نموده و از یک یا چند اختلال جنسی شکایت داشته‌اند. آزمودنی‌ها به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده‌اند.

برای گردآوری اطلاعات موردنظر در این بررسی از یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای پرسش‌هایی در زمینه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، شکایت یا شکایت‌های اصلی افراد مورد بررسی، نوع اختلال جنسی، مدت ابتلا به این اختلال، وجود یا عدم وجود مشکلات جنسی پیش از ازدواج، الگوهای رفتار جنسی، مشکلات جسمی و روانی پیشین، بیماری‌های فعلی، نوع داروهای مصرفی در صورتی که فرد از دارویی استفاده می‌کند، علت بروز این مشکل یا مشکلات از دیدگاه خود فرد، سن و

1- Spence

2- Weisberg

3- Brown

4- Wincze

5- Barlow

6- Netteblad

7- Uddenberg

میزان تحصیلات همسر و نسبت فامیلی با وی و مدتی که از ازدواج آنها می‌گذشته، بوده است.

برای اجرای پژوهش، نخست به منظور ساخت و تدوین پرسش‌نامه، پس از بررسی متون و پژوهش‌های انجام‌شده پیرامون مشکلات جنسی مردان، پرسش‌نامه‌ای که دارای اطلاعات مناسب در این زمینه بود، تدوین گردید و پس از انجام اصلاحاتی فرم نهایی آن آماده شد. برای تکمیل پرسش‌نامه و گردآوری داده‌ها، همکار پژوهش در مطب یادشده حضور یافته، با افرادی که به این محل مراجعه نموده و بر پایه تشخیص روانپزشک دارای یک یا چند اختلال جنسی تشخیص داده شده بودند وارد گفتگو شده، هدف از اجرای پژوهش حاضر را توضیح داده و پس از جلب رضایت افراد موردنظر، نسبت به تکمیل پرسش‌نامه‌ها و گردآوری اطلاعات اقدام کرده است. مصاحبه و تکمیل پرسش‌نامه به صورت فردی انجام شده است.

پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، اطلاعات گردآوری شده به کمک شیوه‌های آماری توصیفی، تجزیه و تحلیل شد و نتایج به صورت جداول ارائه گردید.

یافته‌ها

همان‌گونه که بیان گردید این بررسی با هدف دستیابی به تصویری جامع از ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و الگوهای رفتار جنسی مردان مبتلا به اختلال‌های جنسی انجام شده است.

در این ارتباط توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها از جمله گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، محل تولد و تعداد فرزند در جدول ۱ آمده است.

یافته‌های پژوهش در زمینه منبع ارجاع آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۲ ارائه گردیده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بیشترین درصد آزمودنی‌های پژوهش را پزشکان، به مطب یادشده معرفی نموده‌اند.

پس از آن دوستان و آشنایان از نظر معرفی بیماران به مطب جایگاه دوم را دارا بوده‌اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب گروه‌های سنی، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، محل تولد و تعداد فرزندان ($N=300$) *

متغیرها	فراوانی	درصد	
گروه‌های سنی	۲۰-۳۰	۷۵	۲۵
	۳۱-۴۰	۱۰۵	۳۵
	۴۱-۵۰	۶۵	۲۱/۷
	۵۱-۶۰	۴۳	۱۴/۳
وضعیت تأهل	۶۱ و بالاتر	۱۲	۴
	مجرد	۷۴	۲۴/۷
	متاهل	۲۱۸	۷۲/۷
وضعیت تحصیلی	جدانشده	۸	۲/۶
	بی‌سواد	۱۳	۴/۴
	ابتدایی	۳۴	۱۱/۴
	راهنمایی	۴۴	۱۴/۸
وضعیت شغلی	دیپلم	۱۳	۴/۴
	فوق دیپلم	۲۸	۹/۴
	لیسانس و بالاتر	۷۷	۲۵/۸
	کارمند	۱۱۳	۳۷/۷
محل تولد	آزاد	۱۳۲	۴۴
	کارگر	۲۴	۸
	بازنشسته	۱۳	۴/۳
	بیکار	۱۸	۶
تعداد فرزند	تهران	۱۱۹	۳۹/۸
	شهرستان	۱۸۰	۶۰/۲
	بدون فرزند	۱۴۱	۴۷/۲
	۱-۳ فرزند	۱۱۴	۳۸/۱
۴ فرزند و بیشتر	۴۴	۱۴/۷	

* کلبه متغیرهایی که فراوانی آنها به ۳۰۰ نرسیده بی‌پاسخ بوده است.

توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی برحسب انگیزه مراجعه به مطب در جدول ۳ ارائه شده

است. همان گونه که در جدول دیده می شود، بیشترین درصد مراجعه کنندگان (۵۴/۵٪) انگیزه مراجعه خود را برای درمان، کسب لذت دانسته اند و پس از آن بیشترین درصد (۳۷/۷٪) انگیزه مراجعه خود را خواست همسر عنوان کرده اند.

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی های پژوهش برحسب منبع ارجاع (N=۳۰۰)*

منبع ارجاع	فراوانی	درصد
همسر	۲	۰/۷
پزشک	۲۴۹	۸۵/۹
دوستان و آشنایان	۳۹	۱۳/۴
جمع	۲۹۰	۱۰۰

* ۱۰ نفر بی پاسخ

جدول ۳- توزیع فراوانی مطلق و نسبی افراد مورد بررسی برحسب انگیزه مراجعه به مطب (N=۳۰۰)*

انگیزه مراجعه به مطب	فراوانی	درصد
خواست همسر	۱۰۴	۳۷/۳
بچه دار شدن	۳۹	۱۴/۰
برای لذت	۱۵۲	۵۴/۴
غیره	۸۹	۳۱/۹
جمع	۲۷۹	۱۰۰

* ۲۱ نفر بی پاسخ

اطلاعات به دست آمده در زمینه انواع اختلال های جنسی عنوان شده از سوی آزمودنی های پژوهش، شدت این اختلال ها و مدت زمانی که از بروز اختلال های یاد شده می گذشته است در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان طور که جدول ۴ نشان می دهد، بیشترین درصد (۵۳/۶٪) آزمودنی های پژوهش را کسانی تشکیل داده اند که به دلیل اختلال عدم نعوظ به مطب مراجعه نموده اند. انزال زودرس (۳۳/۶٪) در مرحله بعدی قرار

دارد. در زمینه مدت وجود اختلال در افراد مورد بررسی، جدول یاد شده نشان می دهد که بیشترین درصد (۵۳/۳٪) بیش از ۳ سال از شروع اختلال یا اختلال های جنسی آنها می گذشته است.

جدول ۴- توزیع فراوانی مطلق و نسبی آزمودنی های پژوهش برحسب نوع اختلال یا اختلال های جنسی، شدت و مدت آنها (N=۳۰۰)*

متغیرها	فراوانی	درصد
انواع اختلال ها**		
عدم نعوظ	۱۶۱	۵۳/۶
نعوظ ناکافی	۶۸	۲۲/۶
انزال زودرس	۱۰۱	۳۳/۶
انزال دیررس	۶	۲
بی میلی جنسی	۴۹	۱۶/۳
کوچک بودن آلت جنسی	۷	۲/۳
کم بودن حجم منی	۵	۱/۶
بدشکل بودن ظاهر آلت جنسی	۳	۱
خروج خودبه خود منی	۲	۰/۶۶
شدت اختلال		
کم	۲۰	۷/۹
متوسط	۷۳	۲۸/۷
زیاد	۱۶۱	۶۳/۴
مدت اختلال		
زیر یک سال	۷۱	۲۳/۷
۱-۲ سال	۴۵	۱۵
۲-۳ سال	۲۴	۸
۳ سال به بالا	۱۶۰	۵۳/۳

* متغیرهایی که به ۳۰۰ نرسیده بی پاسخ بوده اند.

** این اختلال ها بر پایه شکایت خود مراجعان گزارش گردیده است.

پژوهش حاضر در زمینه میزان سوء مصرف مواد محرک و مخدر، سوء مصرف تریاک، الکل، مواد محرک و حشیش را به ترتیب در ۱۵/۳٪، ۶/۲٪، ۳/۳٪ و ۱/۴٪ آنها نشان داد.

این بررسی همچنین وجود سابقه ابتلا به اختلال های روانپزشکی را در ۴۴/۶٪، دیابت قندی را در ۱۹/۴٪، سابقه فشارخون را در ۱۱٪، بیماری های قلبی - عروقی

را در ۹/۴٪ و سابقه بیماری‌های جسمی را در ۳۹/۹٪ آزمودنی‌ها نشان داد.

این بررسی نشان داد که ۲۷/۷٪ آزمودنی‌ها، کمتر از ۱۰ سال و ۲۰/۳٪ آنها ۱۱-۲۰ سال از زمان ازدواجشان می‌گذشته است (جدول ۵). یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه چگونگی روابط مردان مورد بررسی با همسران خویش نشان داد که ۴۴ نفر (۲۰/۹٪) آنها اختلاف‌های اساسی را با همسران خویش گزارش نموده‌اند. همچنین ۲۵/۷٪ آزمودنی‌های پژوهش برخی مشکلات جنسی را در همسران خویش گزارش کردند.

این بررسی نشان داد که ۲۲/۱٪ افراد مورد بررسی به دلیل مشکلات نمودی مردان و یا سایر مشکلات جنسی نتوانسته‌اند در طول زمان ازدواج خود (در مواردی تا چندسال از زمان ازدواج آنها می‌گذشته) تماس جنسی کامل با همسران خود داشته باشند و به بیان دیگر ازدواج به وصال نرسیده داشته‌اند. ۵۶/۳٪ آزمودنی‌های پژوهش گزارش نمودند که همسران آنها مشکل یا اختلال جنسی جاری ایشان را تحمل می‌کنند. ۳۵/۲٪ آنها گزارش کردند که همسرانشان مشکلات ایشان را تحمل نمی‌کنند و تنها ۸/۵٪ گزارش کردند که همسرانشان نسبت به این مشکل بی‌تفاوت بوده‌اند.

جدول ۵- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب مدت زمان ازدواج

مدت زمان ازدواج	فراوانی	درصد
مجرد	۷۴	۲۴/۷
کمتر از ۱۰ سال	۸۳	۲۷/۷
۱۱-۲۰ سال	۶۱	۲۰/۳
۲۱-۳۰ سال	۴۹	۱۶/۳
۳۱ سال به بالا	۱۸	۶
بی‌پاسخ	۱۵	۵
جمع	۳۰۰	۱۰۰

یافته‌های پژوهش در زمینه مشکلات روانشناختی افراد مورد بررسی نشان داد که ۴۶٪ آنها از افسردگی، ۴۴/۴٪ از اضطراب، ۲۵/۶٪ از پرخاشگری و ۱۶٪ از دردهای پراکنده بدنی در رنج بوده‌اند.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش گویای آن است که افراد مراجعه‌کننده به روانپزشک برای درمان اختلال‌های جنسی از دو اختلال مهم یعنی عدم نعوظ و انزال زودرس بیشتر از سایر مشکلات جنسی شکایت داشته‌اند.

بحث

همان‌گونه که بیان شد بررسی حاضر با هدف شناسایی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و رفتار جنسی مردان مراجعه‌کننده به یک مطب روانپزشکی در تهران به دلیل مشکلات جنسی انجام شده است.

نتایج به دست آمده در بررسی حاضر مبنی بر فراوانی بیشتر اختلال‌های جنسی در گروه سنی ۴۰-۲۰ سال می‌تواند از یک سو نشان‌دهنده آسیب‌پذیر بودن بیشتر این گروه سنی در برابر مشکلات جنسی و از سوی دیگر تأکید بیشتر افراد در این گروه سنی بر درمان این مشکلات باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر داشتن تحصیلات دیپلم و بالاتر در ۶۵٪ آزمودنی‌های پژوهش نیز نشان‌دهنده مراجعه بیشتر افراد تحصیل کرده برای درمان مشکلات جنسی است. این یافته پژوهش به‌ویژه با توجه به آمار کل دانشجویان مشغول به تحصیل و فارغ‌التحصیلان دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی که در آخرین سرشماری نفوس و مسکن در سال ۱۳۷۵ (مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸) حدود ۲/۸ میلیون نفر بوده‌اند (۴/۶۶٪ کل جمعیت کشور) و کل کسانی که تحصیلات متوسطه داشته‌اند نزدیک به ۵ میلیون نفر (۸/۳۳٪ کل جمعیت کشور)، رقم به‌دست آمده در بررسی حاضر، اهمیت تحصیلات بالاتر را در بی‌جویی و درمان مشکلات جنسی و راه‌کارهای درمانی در افراد تحصیل کرده نشان می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش حاضر مبنی بر وجود اختلال‌های نعوظی در ۷۶/۲٪ آزمودنی‌های پژوهش نسبت به یافته‌های پژوهشی برخی بررسی‌ها از جمله هاتون^۱ (۱۹۸۵) تا اندازه‌ای بیشتر است و با یافته‌های پژوهشی کولچاونیا^۲ (۲۰۰۱) که اختلال‌های نعوظی را در ۴۰٪ مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های جنسی مردان گزارش نموده است، فاصله دارد. گفتنی است که هاتون (۱۹۸۵) میزان شیوع اختلال‌های نعوظی را در مردان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های اختلال‌های جنسی مردان، ۶۰٪ گزارش نمود.

همچنین وجود اختلال انزال زودرس در ۳۳/۶٪ آزمودنی‌های پژوهش حاضر نیز کمتر از یافته‌های پژوهش لاورنس^۳، پایک^۴ و روزن^۵ (۱۹۹۹) است که مشکل یادشده را در ۷۵٪ از مردان مورد بررسی گزارش نموده‌اند و به نتایج بررسی‌های لاورنس^۶ و ماداکاسیارا^۷ (۱۹۹۲) که وجود این اختلال را در ۲۲٪ تا ۳۸٪ مردان مورد بررسی گزارش نموده‌اند نزدیک است. بدیهی است که تفاوت موجود میان یافته‌های پژوهش حاضر و بررسی انجام شده توسط لاورنس و همکاران (۱۹۹۹) می‌تواند به دلیل متفاوت بودن جمعیت‌های مورد بررسی و معیارهای تشخیصی موردنظر در این بررسی‌ها باشد. این بررسی نشان داد که ۸۵/۹٪ آزمودنی‌های پژوهش توسط پزشکان برای درمان اختلال‌های جنسی به مطب یادشده هدایت شده‌اند. این امر ضمن آن‌که نشان‌دهنده نقش قاطع پزشکان متخصص در رشته‌های مختلف به‌ویژه متخصصان دستگاه ادراری، زنان و زایمان، روانپزشکان و پزشکان عمومی در هدایت افراد دارای مشکلات جنسی به مراکز درمان اختلال‌های جنسی می‌باشد، بر اهمیت آموزش‌های لازم به متخصصان یادشده تأکید دارد.

یافته‌های مربوط به مدت زمان سپری‌شده از زمان ابتلا به مشکلات جنسی تا زمان مراجعه به مرکز درمان اختلال‌های جنسی نشان‌دهنده آن است که در بسیاری از آزمودنی‌های پژوهش سال‌ها از شروع این‌گونه

مشکلات آنها می‌گذشته و بسیاری از آنها تا سال‌ها از مراجعه به مراکز درمانی خودداری نموده‌اند. برای نمونه در ۵۳/۳٪ آزمودنی‌های پژوهش، بیش از ۳ سال از شروع مشکلات جنسی می‌گذشته است. این یافته پژوهش همسو با یافته‌های پژوهشی بسیاری از پژوهشگران از جمله اسپنس (۱۹۹۱)، وایتهد^۸ و ملوی^۹ (۱۹۹۹)، مسترز^{۱۰}، جانسون^{۱۱} و کولدونی^{۱۲} (۱۹۹۹)، براون^{۱۳}، واسمر^{۱۴} و کلویتز^{۱۵} (۲۰۰۰) و ویزبرگ و همکاران (۲۰۰۱) می‌باشد. این پژوهشگران همگی بر این باورند که تنها درصد کمی از مبتلایان به اختلال‌های جنسی برای درمان این مشکلات به مراکز درمانی مراجعه و یا درباره این موضوع با پزشکان و متخصصان بالینی گفتگو می‌کنند. از این رو پیوسته شیوع مشکلات جنسی را بالاتر از آنچه در بررسی‌های مختلف گزارش شده است، می‌دانند. یافته‌های مربوط به شدت مشکل نیز در همین راستا تبیین‌پذیر است. زیرا همان‌طور که یافته‌ها نشان داده‌اند شدت مشکل ۶۳/۴٪ آزمودنی‌های پژوهش در حد بالا و زیاد بوده است. این یافته پژوهش نشان می‌دهد که مردان مبتلا به اختلال‌های جنسی، مشکلات در سطح خفیف و متوسط را آن‌چنان دارای اهمیت نمی‌دانسته‌اند که به خاطر آن به پزشک و مراکز درمان اختلال‌های جنسی مراجعه نمایند و تنها زمانی به این مراکز درمانی مراجعه کرده‌اند که شدت مشکل بسیار زیاد بوده و بر سایر جنبه‌های زندگی خانوادگی ایشان نیز تأثیر گذاشته است. در ارتباط با چاره‌جویی آزمودنی‌های پژوهش برای درمان خودسرانه این مشکلات نیز یافته‌های پژوهش دارای اهمیت است. زیرا ۱۵/۳٪ آنها در گذشته با استفاده از مواد مخدر به‌ویژه تریاک و ۶/۲٪ با

- | | |
|----------------|-----------------|
| 1- Hawton | 2- Koulchavenia |
| 3- Lauman | 4- Paik |
| 5- Rosen | 6- Lawrence |
| 7- Madakasiara | 8- Whitehead |
| 9- Melloy | 10- Masters |
| 11- Johnson | 12- Kolodny |
| 13- Braun | 14- Wassmer |
| 15- Klotz | |

استفاده از الکل به رفع موقتی مشکل اقدام نموده‌اند. شاید اقدام خودسرانه این افراد در کوتاه‌مدت در رفع مشکل آنها به‌ویژه در رفع انزال زودرس کمک نماید ولی در درازمدت سبب ایجاد مشکلات دیگری شده و اختلال جنسی موجود را در آنها تشدید می‌کند. در این بررسی نیز بسیاری از کسانی که به دلیل مشکلات جنسی از تریاک یا الکل استفاده نموده بودند، گرچه در دفعات اولیه تأثیر نسبتاً خوبی را گزارش کردند، پس از مدتی برخی از آنها با مشکلات دیگری روبرو شده بودند و یا مشکلات سابق آنها افزایش یافته بود.

یافته‌های مربوط به سابقه بیماری‌های مختلف در افراد مبتلا به اختلال‌های جنسی، بر میزان تأثیر این بیماری‌ها در بروز اختلال‌های جنسی اشاره دارد. برای نمونه نقش بیماری‌های اعصاب و روان به‌ویژه مصرف داروهای ضدپسیکوز و ضدافسردگی در بررسی‌های چندی از جمله مونتیرو^۱، نوشیروانی^۲ و مارکز^۳ (۱۹۸۷)، دوگ-گیس^۴، لندن^۵ و کاتز^۶ (۱۹۸۹) و آلتهوف^۷، ترنز^۸، لوین^۹، بودر^{۱۰} و کورش^{۱۱} (۱۹۹۲) گزارش شده است. در بررسی حاضر نیز ۴۴/۶٪ افراد مورد بررسی سابقه اختلال‌های عصبی و روانی و مصرف داروهای ضدپسیکوز و ضدافسردگی را در تاریخچه زندگی خود یادآور شده‌اند و این یافته پژوهش با یافته‌های پژوهشی بسیاری از پژوهشگران از جمله روزن (۱۹۹۱)، شیایوی^{۱۲} (۱۹۹۳)، ساوریس^{۱۳} (۱۹۹۹) و مسترز و همکاران (۱۹۹۹) همسویی دارد.

اطلاعات به‌دست آمده در زمینه ازدواج به وصال نرسیده نیز نشان داد که ۲۲/۱٪ آزمودنی‌های پژوهش طی مدت ازدواج خود که در برخی موارد تا چند سال به درازا کشیده است، موفق به ارتباط جنسی کامل با همسران خود نشده و بسیاری از همسران ایشان هنوز باکره بوده‌اند.

این بررسی همچنین نشان داد که ۲۵/۷٪ همسران مردان مورد بررسی دچار مشکلات جنسی بوده‌اند. این یافته پژوهش نیز با یافته‌های پژوهشی گزارش شده توسط دروگاتیس^{۱۴}، مایر^{۱۵} و گالانت^{۱۶} (۱۹۷۷)،

کاتالان^{۱۷}، هاوتون و دی^{۱۸} (۱۹۹۰) و اسپکنز^{۱۹}، هنگولد^{۲۰} و نیجهولت^{۲۱} (۱۹۹۵) همسویی دارد. این بررسی‌ها نشان داده‌اند که همسران مردان مبتلا به اختلال‌های جنسی، میل جنسی کمتری داشته (اسپکنز و همکاران، ۱۹۹۵)، مشکلات واژینسم و دیس پارونیا در آنها بیشتر از همسران مردانی بوده است که دارای مشکلات جنسی نبوده‌اند و نگرش‌های منفی بیشتری نسبت به ارتباط جنسی داشته‌اند.

در دست‌نبودن معیاری برای سنجش واقعی مشکلات نعوظی از محدودیت‌های پژوهش بوده است، زیرا بسیاری از کسانی که با شکایت از اختلال‌های نعوظی به پزشکان متخصص مراجعه نموده‌اند بر اساس برداشتی نادرست و یا ناآگاهی از الگوهای رفتار جنسی بهنجار، خود را دچار مشکل معینی دانسته‌اند.

سپاسگزاری

این پژوهش با استفاده از بودجه تحقیقاتی قطب علمی، آموزشی، پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران اجرا شده است. با تشکر از حمایت علمی شورای محترم پژوهشی انستیتو به‌ویژه دکتر جعفر بوالهروی ریاست محترم قطب علمی، آموزشی، پژوهشی و دکتر مهدی نصر اصفهانی دبیر محترم شورای پژوهشی و همچنین از حمایت و پشتیبانی مسئولین محترم امور اداری مالی که اجرای این پژوهش را امکان‌پذیر ساخته است. با تشکر از کارشناسان محترم واحد پژوهش انستیتو روانپزشکی تهران به‌ویژه خانم‌ها طیبه اوردیخانی و راضیه شمالی که در انتقال اطلاعات به

- | | |
|--------------|-------------------|
| 1- Montiro | 2- Noshirvani |
| 3- Marks | 4- Devcaugh-Geiss |
| 5- Landon | 6- Katz |
| 7- Althof | 8- Turner |
| 9- Levine | 10- Boder |
| 11- Kursh | 12- Schiavi |
| 13- Maurice | 14- Derogatis |
| 15- Meyer | 16- Gallant |
| 17- Catalan | 18- Day |
| 19- Speckens | 20- Hengeveld |
| 21- Nijeholt | |

dictions. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.

Lawrence, J.S., & Madakasiara, S. (1992). Evaluation and treatment of premature ejaculation a critical review. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 22, 77-97.

Masters, W.H., & Johnson, V.E., & Kolodny, R.C. (1999). *Heterosexuality*. New York: Harper Collins Books.

Maurice, W.L. (1999). *Sexual medicine in primary care*. St. Louis: Mosby.

Montiro, W.O., Noshirvani, H.F., & Marks, I.M. (1987). Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 151, 107-111.

Netteblad, D., & Uddenberg, N. (1979). Sexual function and sexual satisfaction in 58 married Swedish men. *Journal of Psychosomatic Research*, 23, 141-147.

Rosen, M.P. (1991). Cigarette smoking an independent risk factor for atherosclerosis in hypogastric cavernous arterial bed of men with arteriogenic impotence. *Journal of Urology*, 145, 759-763.

Schiavi, R.C. (1993). Diabetes Mellitus and male sexual function. *Diabetologia*, 36, 745-751.

Speckens, A.E., Hengeveld, M.W., Nijeholt, G.L. (1995). Psychosexual functioning of partner of men with presumed non-organic erectile dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 157-172.

Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy: A cognitive behavioral approach*. New York: Chapman & Hall.

Weisberg, K.B., Brown, T.A., Wincze, J.P., Barlow, D. H. (2001). Causal Arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 324-334.

Whitehead, E.D., & Melloy, T. (1999). *Viagra the wonder drug for peak performance*. New York: Dell Publishing.

رایانه کمک‌های مؤثری را ایفا نموده‌اند و سپاس از کلیه مراجعانی که دعوت مجریان پژوهش را پذیرفته‌اند.

منابع

مرکز آمار ایران (۱۳۷۸). *سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵*. تهران: مرکز آمار ایران.

Althof, S.E., Turner, L.A., Levine, S.B., Boder, D., & Kursh, E.D. (1992). Through the eyes of women: The Sexual and psychological responses of woman of their partners treatment with self-injection or external vacuum therapy. *Journal of Urology*, 147, 1024-1027.

Braun, M., Wassmer, G., & Klotz, T. (2000). Epidemiology of erectile dysfunction, results of the Cologne male survey. *International Journal of Impotence Research*, 12, 305-311.

Catalan, J., Hawton, K., Day, A. (1990). Couples referred to a sexual dysfunction clinic: Psychological and physical morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 156, 61-67.

Derogatis, L.R., Meyer, J.K., & Gallant, B.W. (1977). Distinctions between male and female invested partners in sexual disorders. *American Journal of Psychiatry*, 134, 358-390.

Deveaugh-Geiss, J., Landon, P., & Katz, T. (1989). Preliminary results from a multicentre trial of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 25, 36-44.

Hawton, K. (1985). *Sex therapy: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.

Koultchavenia, E.V. (2001). Laser therapy of male sexual dysfunction, *Proceeding of 25th World Congress of Sexology*, 24-28 June, Paris.

Lauman, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and pre-