

بررسی مقدماتی اختلالات عملکرد جنسی مردان مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون

مسعوده باباخانیان^۱، مصطفی اقلیما^۲، غنچه راهب^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۱۰/۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱/۱۹

چکیده

مقدمه: اختلال عملکرد جنسی، یکی از شایع ترین مشکلاتی است که افراد وابسته به مصرف مواد افیونی دارند. از این رو هدف مطالعه حاضر، بررسی مقدماتی اختلال عملکرد جنسی در گروهی از بیماران وابسته به مصرف مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون قبل و بعد از ۶ ماه درمان است. **روش:** مطالعه حاضر، یک مطالعه مقطعی است. تعداد ۳۰ نفر بیمار وابسته به مصرف مواد افیونی از درمانگاه چراغیان در دامغان انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی بیماران گرد آوری شد سپس عملکرد جنسی بیماران قبل و بعد از درمان به وسیله شاخص بین المللی عملکرد نعوظی مورد ارزیابی قرار گرفت. **یافته‌ها:** عملکرد نعوظی با افزایش میانگین بهبودی متوسطی را نشان داد در حالی که وضعیت مقاربت جنسی، بهبودی کامل یافت. میزان میل جنسی و نمره کلی رضایت جنسی بهبود جزئی نشان دادند در حالی که عملکرد ارگاسمی با تغییر اندک نشان دهند بهبودی نبود. **نتیجه گیری:** نتایج تحقیق، مبین شیوع اختلالات عملکرد جنسی و بهبود برخی از مؤلفه ها در درمان بود. یافته ها، نشان دهنده آن است که بیماران، در ورود به درمان از لحاظ مسایل جنسی، باید ارزیابی شوند، لیکن مطالعات بیشتری لازم است تا نقش عوامل دیگر را بررسی کند.

کلید واژه‌ها: اختلال عملکرد جنسی، افیون، درمان نگهدارنده متادون

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی دانشگاه بهزیستی و توانبخشی. پست الکترونیک: Babakhanian.m@gmail.com

۲. استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

۳. استادیار گروه مددکاری اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

مقدمه

اختلال عملکرد جنسی^۱ در اثر مصرف مداوم و مزمن مواد افیونی، همواره یکی از مشکلات جدی است که سوء مصرف کنندگان مواد، با آن مواجه هستند (فوس^۲ و گرزالکا^۳، ۱۹۸۷). نظریه روان تحلیلی فروید^۴، بر این باور است که غریزه جنسی، مهم ترین انگیزه فرد برای زندگی است و کسانی که غرایزشان به خصوص تمایلات جنسی اولیه آنها، در دوران کودکی به ویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی سرکوب شده، دچار عقده ادیپ^۵ و در نتیجه مشکلات جنسی در سنین بزرگسالی می شوند (ولف^۶، ۲۰۰۵). در ابتدای قرن بیستم، پزشکانی مانند ایننگ^۷، اختلال عملکرد جنسی را ناشی از استمنا^۸ در دوران کودکی و فعالیت جنسی بیش از حد پس از بلوغ دانستند. رفتاردرمان گرانی^۹ مانند ولپ^{۱۰} معتقد بودند که تشویش و اضطراب، علت اصلی اختلال عملکرد جنسی است. این روان پزشکان، جهت کاهش اضطراب از بیمار می خواستند که سلسله مراتبی از رفتار جنسی را در حالتی که در آرامش عمیق ماهیچه ای قرار دارند، تصور کنند. بیمار، سپس همان رفتارها را در همان وضعیت آرامش انجام می داد تا عملکرد جنسی وی بهبود می یافت (لویی^{۱۱}، ۲۰۰۵). پژوهش های بعدی در رابطه با مسایل جنسی، مربوط به جانسون^{۱۲} و مسترز^{۱۳} بود که نقش عمده ای در توسعه روش های درمانی اختلالات جنسی ایفاء کردند جانسون و مسترز تأکید کردند که اختلالات جنسی، مشکل هر دو شریک جنسی^{۱۴} است و نه مشکل یکی از آنها. از این جهت معالجه هر دو نفر را تجویز می کردند. آنها رابطه جنسی را رفتاری طبیعی در نظر می گرفتند که قابل یادگیری بوده و بر این باور بودند که باید به افراد در رفع موانعی که در بروز رفتار جنسی معمولی آنها، اختلال ایجاد می نماید، کمک کرد (ولف، ۲۰۰۵). در سال های اخیر دو نظریه کلی در مورد اختلال عملکرد

1. sexual dysfunction disorder
3. Gorzalka
5. Oedipus Complex
7. Ebing
9. Behaviorists
11. Looy
13. Masters

2. Pfaus
4. Freud
6. Wolf
8. masturbation
10. Wolpe
12. Johnson
14. sexual partner

جنسی مطرح بوده است که عبارتند از تئوری روان‌زاد که اختلال عملکرد جنسی، را به بازتاب شرطی^۱ شدن نسبت می‌دهد که طی آن، الگوی انزال سریع تثبیت می‌شود. این دیدگاه معتقد است که مقاربت یا خود ارضایی، مکررا به علت‌های مختلفی همچون اضطراب، احساس گناه و ترس از فاش شدن با عجله و به صورت سریع انجام می‌گردد و پیامد آن، اختلال در عملکرد جنسی خواهد بود (عسلیان، ۲۰۰۵). در مقابل نظریه روان‌زاد، تئوری ارگانی-فیزیکی^۲، معتقد است که اختلال عملکرد جنسی، یک اختلال روان-تنی^۳ است. این نظریه به نقش انتقال‌دهنده‌های عصبی^۴ در مغز در ایجاد اختلال عملکرد جنسی اشاره دارد (عسلیان، ۲۰۰۵). لیکن هیچ کدام از این نظریه‌ها، به تنهایی نمی‌توانند به تبیین این مساله بپردازند.

با این وجود، مطالعات پزشکی در طی چند دهه اخیر نشان می‌دهد که مصرف هرویین و اندروفین‌ها چه از طریق مهار تولید هورمون‌های جنسی^۵ به وسیله هیپوتالاموس^۶ و چه از طریق مهار سنتز تستوسترون^۷ در بیضه‌ها، موجب کاهش غلظت تستوسترون خون می‌شود (جهرمی، مکرری، فرهودیان و اختیاری، ۱۳۸۸) که خود باعث اختلال در عملکرد جنسی فرد بیمار می‌باشد. اختلال عملکرد جنسی حاصل مصرف مواد افیونی، می‌تواند در تمامی مراحل تحریک جنسی^۸ (نعوظ)، پلاتو^۹ (مرحله برانگیختگی جنسی) و ارگاسم^{۱۰} (انزال) در چرخه واکنش‌های جنسی به وجود آید (کواگلیو^{۱۱} و لوگوبونی^{۱۲} و پاتارو^{۱۳}، ۲۰۰۸) و موجب بروز مشکلات روان‌شناختی مانند افسردگی و مشکلات زناشویی بین فرد مصرف‌کننده و همسرش گردد. اگرچه مصرف مواد افیونی به خصوص تریاک و هرویین فشرده (کراک)، در دوران ابتدایی مصرف، با کاهش اضطراب و یا بالا بردن موقتی خلق و بهبود عملکرد جنسی همراه است، ولی به مرور و با استفاده مداوم از مواد، به تدریج میل جنسی کم یا قطع می‌شود و تحریک جنسی، صورت نمی‌پذیرد و فرد به مرحله اوج لذت

1. conditioned reflexes
4. neurotransmitters
7. testosterone
10. orgasm
13. Pattaro

2. Organic-Physique Theory
5. sexual hormones
8. sexual arousal
11. Quaglio

3. psychosomatic
6. hypothalamus
9. plateau
12. Lugoboni

جنسی یا ارگاسم نرسیده و یا اصلاً انزالی، صورت نمی‌گیرد (جهرمی و همکاران، ۱۳۸۸). علاوه بر این، اختلال عملکرد جنسی می‌تواند باعث عود^۱ مصرف مواد در بیمارانی که تحت درمان سم‌زدایی^۲ هستند، گردد (پیتال^۳ و هلستروم^۴، ۲۰۰۹).

اگرچه اختلالات عملکرد جنسی، شکایتی شایع در بین سوء مصرف کنندگان مواد در ابتدای شروع درمان نگهدارنده با متادون است، لیکن در ایران و دنیا، مطالعات بسیار اندکی در رابطه با عملکرد جنسی معتادان به مواد وجود دارد. یک علت عمده این مساله، آن است که بیماران، از بیان مسایل جنسی خود به درمانگران اعتیاد، احساس شرم می‌کنند و کمتر آن را گزارش می‌نمایند (هانبری^۵، کوهن^۶ و استیمل^۷، ۲۰۰۰). از این گذشته درمانگران اعتیاد نیز آن را یک مساله خصوصی دانسته و کمتر مایلند در این رابطه با بیمار خود مصاحبه کنند (رایزن، ۱۹۹۵).

مطالعات بلیسنر^۸ و همکاران (۲۰۰۴) روی گروهی از سوء مصرف کنندگان هرویین، نشان‌دهنده شیوع قابل ملاحظه این اختلال در بین بیماران در شروع درمان است. در پژوهشی که روی ۲۰۱ مرد سوء مصرف کننده مواد تحت درمان نگهدارنده متادون در ۷ کلینیک درمان نگهدارنده متادون و بوپره‌نورفین^۹ صورت پذیرفته، مشخص شده است که ۲۴٪ از این بیماران از اختلالات خفیف-متوسط جنسی و ۱۸٪ آن‌ها از اختلالات شدید جنسی در رنج بودند (وسپس و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهشی که در ارتباط با شیوع اختلالات جنسی در مردان مبتلا به سوء مصرف مواد انجام شد، محققان دریافتند که این بیماران، دارای اختلال قابل ملاحظه در عملکرد جنسی به خصوص عملکرد نعوظی در مقایسه با جمعیت سالم بودند (لاپرا^{۱۰}، فرانس^{۱۱}، تاگی^{۱۲} و مک‌کیا^{۱۳}، ۲۰۰۳).

1. relapse
2. detoxification
3. Pital
4. Hellstrom
5. Hanbury
6. Cohen
7. Stimmel
8. Beliesener
9. Methadone and Buprenorphine Maintenance Therapy
10. Lapra
11. France
12. Taggi
13. Macchia

مطالعه هن‌بری و همکاران (۲۰۰۰) روی عملکرد جنسی معیوب ۵۰ بیمار مرد تحت درمان نگهدارنده متادون نشان داد که ۳۳٪ این افراد، دچار اختلال جدی در عملکرد جنسی بوده و ۵۰٪ این افراد، حتی پس از گذشت یک ماه از درمان‌شان، همچنان دارای اختلال بودند. در این میان، افراد مصرف‌کننده هرویین به میزان ۷۱٪ این اختلال را نشان دادند. نتایج این پژوهش، نشان داد که افراد مصرف‌کننده هرویین از لحاظ عملکرد جنسی، افراد دارای ریسک بالا^۱ در ابتدای درمان با متادون به شمار می‌آیند و در مقایسه با زمانی که در دوز دارویی درمان متادون تثبیت می‌شوند، عملکرد جنسی پایین‌تری دارند. پژوهشی که اخیراً در کرمانشاه، روی ۱۷۷ بیمار وابسته به مواد افیونی صورت پذیرفته، نشان‌دهنده وجود اختلالات جنسی قابل ملاحظه در ۷۰٪ مراجعه‌کنندگان بوده است (تاتاری، فرنیاء، فقیه و نصیری، ۲۰۱۰). نظر به این که مطالعه در رابطه با اختلالات جنسی در مردان سوءمصرف‌کننده مواد، در ایران بسیار اندک است و با توجه به اینکه حل مشکلات جنسی بیماران، در طی درمان اعتیاد، می‌تواند به ماندگاری بیشتر آن‌ها، در درمان کمک نماید (استرین^۲، بیگلوی^۳ و لیسون^۴ ۱۹۹۹) پژوهش حاضر، در جهت بررسی اختلالات عملکرد جنسی در معتادان تحت درمان نگهدارنده متادون، طراحی و اجراء شده است.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این مطالعه، از نوع مقطعی^۵ است. ابتدا ۷۰ نفر مرد وابسته به مصرف مواد افیونی تریاک و هرویین فشرده (کراک) به شیوه تدخینی، با میانگین سنی ۳۴/۵ سال، مطابق با معیارهای چهارمین طبقه بندی و تشخیصی تجدید نظر شده اختلالات روان پزشکی^۶ (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) انتخاب شدند. انتخاب نمونه، به صورت کاملاً داوطلبانه و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از بزرگترین و فعال‌ترین مرکز درمان اعتیاد در دامغان یعنی درمانگاه چراغیان در سال ۱۳۸۹ صورت پذیرفت. حجم نمونه اولیه ۷۰ نفر بود لیکن در جریان ۶ ماه مطالعه، افراد نمونه به علت مصرف مواد و خروج از درمان

1. high risk
4. Liebson

2. Strain
5. Cross-sectional

3. Bigelow

6. Diagnostic and Statistical Manual. Fourth Edition

نگهدارنده متادون، ریزش نموده و حجم نهایی نمونه به ۳۰ نفر (۱۵ نفر مصرف کننده تریاک و ۱۵ نفر مصرف کننده هرویین فشرده «کراک») کاهش یافت.

معیارهای ورود^۱ به مطالعه عبارت بودند از: جنسیت مرد، تاهل حداقل به مدت ۱ سال، وابستگی به یکی از مواد افیونی تریاک یا هرویین فشرده (کراک) به روش مصرف تدخینی حداقل به مدت ۶ ماه پیش از ورود به درمان نگهدارنده متادون، عدم مصرف توأم سایر مواد به خصوص مت آمفتامین^۲، عدم سابقه تزریق مواد، عدم ابتلاء به ویروس هپاتیت و ایدز به عنوان متغیرهای مزاحم اثر گذار بر هورمون‌های جنسی، عدم اختلال در عملکرد جنسی به علت عوامل ارگانیکی، عصبی و روان شناختی، عدم مصرف داروهای تقویت عملکرد و میل جنسی در زمان ورود تا پایان مطالعه. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: ابتلاء به بیماری‌های جسمی توأم با اعتیاد همچون دیابت، دیسک کمر، تشخیص روان پزشکی اضطراب و یا افسردگی شدید که با مسایل جنسی بیمار، تداخل دارد، وجود علایم شدید مسمومیت مواد و عدم امضاء فرم رضایتمندی کتبی شرکت در انجام مطالعه^۳. روش کار به این صورت بود که ابتدا، افراد مراجعه کننده به واحد پذیرش درمانگاه، جهت مطالعه و بررسی اولیه به محققان معرفی و در روز اول مراجعه، منطبق با معیارهای ورود و خروج به نمونه، با آن‌ها مصاحبه تخصصی (فرست^۴ و پینکیوس^۵، ۱۹۹۹) انجام گرفت و افراد واجد شرایط وارد مطالعه شدند. پس از دادن اطمینان نسبت به ماهیت محرمانه مصاحبه‌ها، فرم رضایتمندی کتبی شرکت در انجام مطالعه توسط افراد نمونه امضاء و اطلاعات جمعیت شناختی بیماران، جزئیات مربوط به سلامت جسمی و روانی، تاریخچه سوء مصرف مواد آنها و سابقه مسایل جنسی آنها، بر اساس یک پرسشنامه محقق ساخته از طریق مصاحبه حضوری گردآوری شد. سپس میزان اختلالات عملکرد جنسی آنها در بدو ورود به درمان، توسط شاخص بین المللی عملکرد نعوظی^۶ در ۵ بخش جداگانه عملکرد

1. inclusion
2. Methamphetamine

۳. لازم به ذکر است که پروتکل انجام این مطالعه، توسط دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، در سال ۱۳۸۹ به تصویب رسید.

4. First
5. Pincus
6. International Index of Erectile function

ارگاسمیک، میل جنسی، عملکرد نعوظی، رضایت جنسی و رضایت کلی فرد مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از آن اعضاء نمونه، وارد درمان نگهدارنده متادون به مدت ۶ ماه شدند. در طول مدت درمان، افراد نمونه از لحاظ مصرف مواد افیونی و سایر مواد در طی انجام این مطالعه، با انجام تست ادرار مالتی دراگ^۱ که به تایید وزرات بهداشت ایران رسیده است و در مراکز درمان نگهدارنده متادون در سراسر کشور برای تشخیص مصرف انواع مواد و داروها به کار می‌رود، به صورت تصادفی و بدون اطلاع قبلی، به صورت هفتگی، آزمایش می‌شدند تا در صورت مصرف مواد، از نمونه مطالعه حذف گردند. در طول اجرای درمان، اعضاء نمونه مانند سایر افراد تحت درمان، داروی متادون دریافت می‌کردند و در جلسات معمول مشاوره مرکز شرکت می‌کردند، لیکن از مصرف هرگونه دارو یا ماده بهبود دهنده عملکرد جنسی منع شدند. لازم به ذکر است که عملکرد جنسی بیماران با شاخص بین المللی عملکرد نعوظی، پس از دوره درمان با متادون، مورد سنجش مجدد قرار گرفت.

ابزارها

۱- پرسشنامه محقق ساخته: این پرسشنامه در بردارنده اطلاعات جمعیت شناختی، تاریخچه سلامت جسمی و روانی و تاریخچه مصرف مواد بود.

۲- شاخص بین المللی عملکرد نعوظی: مقیاسی ۱۵ سوالی است که توسط روزن^۲، آلتوف^۳ و گیولیانو^۴ (۱۹۹۷) طراحی شده و ۵ محدوده اصلی عملکرد جنسی شامل عملکرد ارگاسمیک^۵، میل جنسی^۶، عملکرد نعوظی^۷، رضایت از مقاربت^۸ و رضایت کلی فرد^۹ را را می‌سنجد. حداکثر نمره، در بخش اختلال نعوظی در این آیندکس ۳۰ نمره می‌باشد (در حالی که حداکثر نمره در بخش‌های سنجش اختلال ارگاسمی و میل جنسی ۱۰، رضایت جنسی ۱۵ و رضایت کلی جنسی ۱۰ است). مقیاس این آزمون، بر اساس درجه‌بندی لیکرت^{۱۰} می‌باشد. اعتبار و روایی این شاخص جهان شمول که به طرز گسترده‌ای در سایر

1. multi drug urine test
3. Althof
5. orgasmic function
7. erectile function
9. overall satisfaction

2. Rosen
4. Giuliano
6. sexual desire
8. intercourse satisfaction
10. test-retest

کشورها استفاده می گردد توسط مهربان، شعبانی نیام و نادری (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که بر روی نسخه فارسی شاخص بین المللی عملکرد نعوظی و نقش سونوگرافی داپلر در ارزیابی مردان مبتلا به ناتوانی جنسی، صورت پذیرفت، تایید شده است. لازم به ذکر است که از نسخه فارسی این آزمون در انجام این مطالعه استفاده گردید. مقدار آلفای کرونباخ در این پژوهش بر روی ۲۰ نفر مصرف کننده مواد افیونی، به روش باز آزمایی^۱ در فاصله ۲ هفته ۰/۹۲ بود که نشان دهنده اعتبار بالای این شاخص، برای برآوردن تمامی اهداف مطالعه حاضر بود.

یافته‌ها

مشخصات جمعیت شناختی گروه نمونه در جدول ذیل ارائه شده است.

جدول ۱: خصوصیات جمعیت شناختی، تاریخچه مصرف مواد و عملکرد جنسی

متغیرها	میانگین	فراوانی
جنسیت (مرد)		۳۰ (٪۱۰۰)
سن	(۳۴/۵±۴/۲)	
تحصیلات	زیر ۱۲ سال	۱۸ (٪۶۰)
	۱۲ سال	۱۰ (٪۳۳)
	بیشتر از ۱۲ سال	۲ (٪۷)
وضعیت اشتغال	شاغل	۲۹ (٪۹۷)
	بیکار	۱ (٪۳)
وضعیت سکونت	با همسر	۳۰ (٪۱۰۰)
وضعیت ازدواج	متاهل	۳۰ (٪۱۰۰)
	سن ازدواج (سال)	(۲۵±۶/۱)
تاریخچه سوء مصرف مواد	سابقه مصرف افیونها در طول عمر	۳۰ (٪۱۰۰)
	سابقه مصرف محرک‌ها در طول عمر	۸ (٪۲۶/۶)
	سابقه مصرف توهم زاها در طول عمر	۱ (٪۳/۳)
	میانگین سنی مصرف اولین افیون	(۲۲/۱±۴/۳)
وضعیت جنسی	مدت وابستگی (سال)	(۶±۲/۱)
	تعداد شرکای جنسی (۱ نفر)	۳۰ (٪۱۰۰)
	رابطه جنسی خارج از ازدواج پیش از ورود به درمان	.

همانگونه که در جدول فوق دیده می شود تمامی افراد شرکت کننده در این مطالعه، مرد بودند و میانگین سنی آنها $34/5 (\pm 4/2)$ سال بود. اکثریت آنها، دارای تحصیلات زیر دیپلم و شاغل بوده و در زمان انجام مطالعه تمامی آنها، متاهل بودند و دارای شریک جنسی به غیر از همسر خود، در زمان انجام مطالعه نبودند. میانگین سنی ازدواج در بین افراد نمونه $25 (\pm 6/1)$ سال بود و میانگین سنی شروع مصرف مواد در آنها $22/1 (\pm 4/3)$ سال و مدت اعتیاد $6 (\pm 2/1)$ سال بود. این افراد طیف وسیعی از مواد را پیش از شروع مصرف تریاک و کراک و وابستگی به آنها تجربه کرده بودند، لیکن ماده غالب مصرفی آنها در زمان انجام مطالعه یکی از افیون های تریاک و کراک بود و مصرف توأم با ماده دیگری نداشتند. افراد نمونه با مصرف روزانه متادون $6/62$ میلی گرم درمان متادون خود را آغاز نمودند که به تدریج به $14/12$ میلی گرم در طی ۵ ماه آتی درمان افزایش یافت. همچنین تعداد دفعات رابطه جنسی^۲ در ابتدای ورود به درمان $4 (\pm 4/1)$ دفعه در هر ماه بود که به $6 (\pm 3/2)$ دفعه در هر ماه در انتهای درمان افزایش یافت.

جدول شماره ۲: نمرات عملکرد جنسی آزمودنی ها در مرحله پیش از ورود به درمان و پس از

درمان

متغیرها	مرحله آزمون	M	SD	U	Z	معناداری
عملکرد	ورود به درمان	16/77	7/08	252	-2/93	0/003
نعوظی	پس از درمان	21/8	6/40	364	1/31	0/191
عملکرد	ورود به درمان	4/73	4/50	289	-2/40	0/017
ارگاسمی	پس از درمان	4/57	1/92	236	-3/17	0/001
تمایل	ورود به درمان	5/10	2/28	289	-2/40	0/017
جنسی	پس از درمان	6/57	2/12	236	-3/17	0/001
رضایت	ورود به درمان	12/20	4/55	289	-2/40	0/017
جنسی	پس از درمان	15/00	3/76	236	-3/17	0/001
رضایت	ورود به درمان	5/10	2/29	289	-2/40	0/017
کلی	پس از درمان	6/58	2/12	236	-3/17	0/001

همانگونه که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین تعداد عملکرد نعوظی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان $16/77$ بود که نشان دهنده شیوع متوسط

1. Methadone dose
2. number of sexual intercourse

این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان است. لیکن در پایان ۶ ماه درمان عملکرد نعوظی به ۲۱/۸ افزایش پیدا نمود. تحلیل نتایج نشان داد که عملکرد نعوظی پس از درمان به طور متوسط بهبود یافته است ($P < ۰/۰۱$).

میانگین عملکرد ارگاسمی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۴/۷۳ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن عملکرد ارگاسمی با تغییر میانگین به ۴/۵۷ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که عملکرد ارگاسمی پس از درمان تغییر معنی داری نیافته است ($P > ۰/۰۵$).

میانگین نمره میل جنسی افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۵/۱۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود، لیکن مشکل میل جنسی با افزایش میانگین به ۶/۵۷ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که میل جنسی پس از درمان بهبود جزئی داشته است ($P < ۰/۰۵$).

میانگین نمره رضایت از مقاربت جنسی^۱ افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۱۲/۲۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن مشکل عدم رضایت از مقاربت جنسی با افزایش میانگین به ۱۵ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که رضایتمندی از مقاربت جنسی پس از درمان، به طرز چشمگیری، به طور کامل بهبود داشته است ($P < ۰/۰۱$).

میانگین نمره رضایت کلی جنسی^۲ افراد شرکت کننده در مطالعه در ابتدای ورود به درمان ۵/۱۰ بود که نشان دهنده شیوع متوسط این مشکل در افراد نمونه در مرحله ورود به درمان بود. لیکن مشکل عدم رضایت کلی جنسی با افزایش میانگین به ۶/۵۸ در مرحله پایان ۶ ماه درمان رسید. تحلیل نتایج نشان داد که رضایت کلی جنسی پس از درمان، اندکی بهبود داشته است ($P < ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اختلالات عملکرد جنسی در مردان مصرف کننده مواد افیونی تریاک و هرویین فشرده (کراک) صورت پذیرفت. یافته های این پژوهش، نشان دهنده شیوع اختلالات عملکرد جنسی در بین سوء مصرف کنندگان مواد افیونی در بدو

1. sexual satisfaction
2. overall sexual satisfaction

ورود به درمان نگهدارنده متادون بود. این یافته، همگام با دیگر پژوهش‌ها در زمینه عملکرد جنسی معتادان است که نشان دهنده وجود اختلالات عملکرد جنسی در وابستگان به مواد افیونی در شروع درمان است (گولیانو^۱ و هلسترم، ۲۰۰۸؛ هالینان^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شدت برخی از جنبه‌های مربوط به این مشکلات در بین شرکت‌کنندگان در پژوهش، بهبود یافته بود. اگرچه مکانیسم اثرگذاری متادون بر اختلال جنسی حاصل از مصرف دراز مدت افیون‌هایی مانند تریاک و هرویین فشرده (کراک)، هنوز روشن نیست، لیکن بهبود در برخی از جنبه‌های مربوط به عملکرد جنسی در بین آن‌ها، کاملاً آشکار بود. این مساله می‌تواند مربوط به تاثیرات تدریجی متادون بر روی سیستم هورمون‌های جنسی آن‌ها در طی درمان باشد که از این مساله حمایت می‌نماید که خواص فارماکوکینتیک داروی متادون، منجر به تطابق و طبیعی شدن عملکرد سیستم اندوکرین و عملکرد نورواندوکرین بدن می‌گردد (مارتین^۳، پایت^۴ و زبین^۵، ۱۹۹۱).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که مشکلات نعوظی^۶، از سطح متوسط در زمان مصرف به سطح خفیفی پس از مصرف درمان نگهدارنده متادون رسید. در واقع می‌توان گفت متادون درمانی باعث بهبود در پاره‌ای از عملکردهای جنسی افراد شد. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهشی هالینان و همکاران (۲۰۰۸) است که به بررسی اختلال عملکرد نعوظی مردان معتاد به مواد افیونی که تحت درمان نگهدارنده متادون بودند، پرداخته و نشان دادند که این افراد دارای اختلال جدی در عملکرد نعوظی بوده و درمان با متادون به میزان قابل توجهی در کاهش اختلال در عملکرد نعوظی آنها، موثر بوده است. اگرچه بهبود عملکرد نعوظی در بین مشارکت‌کنندگان در پژوهش، می‌تواند حاصل تأثیر مستقیم داروی متادون باشد، با این حال، مطالعات بیشتری لازم است تا بتوان به تبیین یک رابطه علت و معلولی دقیق در این مورد پرداخت. با این وجود گزارش بیماران در شاخص‌های جهانی عملکرد نعوظی، گویای بهبود متوسط در رابطه با این مساله در بیماران بود که خود مساله‌ای در خور توجه و نیاز به مطالعه بیشتر در ایران است.

در پژوهش حاضر به بررسی وضعیت عملکرد ارگاسمیک نیز پرداخته شد. یافته‌های پژوهش حاضر، مبین عدم بهبود عملکرد بیماران در این زمینه در درمان نگهدارنده متادون

۹۵
۹۵

1. Giuliano
3. Martin
5. Zweben

2. Hallinan
4. Payte
6. erectile dysfunction

بود. در واقع، این مشکل پیش از شروع درمان در بین مشارکت کنندگان وجود داشت. این یافته هماهنگ با نتایج پژوهش پالها^۱ و استیوز^۲ (۲۰۰۲) است که عملکرد جنسی ۱۰۱ بیمار وابسته به هرویین را بررسی نمودند و دریافتند که ۶۰٪ افراد در رسیدن به ارگاسم، مشکل داشتند. شیوع این مشکل در بین شرکت کنندگان در این مطالعه، در ابتدای ورود به درمان می تواند حاصل سال‌های طولانی مصرف افیون‌ها باشد که نیازمند درمان‌های دیگری مانند درمان جایگزین با آندروژن‌ها^۳ است و خود می تواند حاصل عملکرد متغیرهای روان‌شناختی و بین فردی باشد که توسط شرکت کنندگان در این پژوهش حاضر گزارش نشده بود.

از یافته‌های دیگر پژوهش حاضر، میزان رضایت کلی جنسی در زمان مصرف و در زمان درمان نگهدارنده متادون بود که بهبودی جزئی نشان داد. عدم بهبود چشمگیر در میزان میل جنسی و رضایت کلی جنسی می تواند حاصل تأثیر منفی طولانی مدت مصرف افیون‌ها بر روی لیبدو^۴ فرد باشد که خود می تواند هسته مرکزی عدم ایجاد میل کافی جنسی و عدم رضایت جنسی باشد که نیازمند درمان‌های بیشتر همچون استفاده از دارودرمانی و حتی درگیری بیمار و همسر در درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی است.

یافته قابل توجه پژوهش حاضر، بهبود رضایت از مقاربت جنسی پس از درمان بود. بهبود رضایت از مقاربت جنسی در بین شرکت کنندگان در این مطالعه می تواند ناشی از شدت پایین شیوع این مساله در بین افراد باشد که به آسانی تحت تاثیر اثرات دارویی متادون بر روی هورمون‌های جنسی بهبود یافته است و خود موضوع در خور توجه برای مطالعات بیشتر است.

این پژوهش، یک مطالعه مقطعی و فاقد گروه کنترل می باشد و ارزیابی هورمون‌های جنسی و پایش ماهانه عملکرد جنسی، به علت محدودیت‌های فرهنگی و عدم موافقت درمانگاه برای مطالعه بیشتر صورت پذیرفت. در عین حال پژوهش حاضر، تنها یک مطالعه مقدماتی بود و در این مقطع، تصمیم‌گیری در رابطه با وجود رابطه علت-معلولی بین اثرات متادون و عملکرد جنسی، مشکل است.

حجم نمونه مورد مطالعه، نیز محدود بود و عده کمی از معتادان، به علت مسایل فرهنگی در گزارش عملکرد جنسی و شرم از پاسخ‌گویی به پرسش‌ها حاضر به همکاری

1. Palha
3. Androgens

2. Steves
4. Libido

شدند. در ضمن بسیاری از مراکز درمانی از پذیرفتن محققین به خاطر نوع موضوع مطالعاتی امتناع نمودند. همچنین به علت مسایل فرهنگی، نمونه شامل زنان معتاد به مواد افیونی تحت درمان نگهدارنده متادون نبود و تنها محدود به نمونه مرد بود که پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی، حجم نمونه‌های بزرگتر، پایش ماهانه عملکرد جنسی و آزمودنی‌های زن نیز مورد استفاده قرار بگیرند.

منابع

- جهرمی، لیلا؛ مکری، آذرخش؛ فرهودیان، علی؛ اختیاری، حامد (۱۳۸۸). پیچیدگی‌های جنسی مواد مخدر و درمان آن. **فصلنامه اعتیاد** (در باب شناخت و مداخله سوء مصرف مواد)، ۹، (۳)، ۸۵-۷۸.
- American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and statistical manual of psychiatric disorders (DSM-IV.TR)**. Washington DC.
- Assalian, P. (2005). Guidelines for the pharmacotherapy of premature ejaculation. **Journal of Urology**, 10, 463-469
- Bliesener, N., Albrecht, S., Schwager, A., Weckbecker, K., Lichtermann, D., & Klingmuller, D. (2005). Plasma testosterone and sexual function in men receiving buprenorphine maintenance for opioid dependence. **Journal of Clinical Endocrinological Metabolism**, 90, 203-206.
- Eserasberg, A., Robets, E., & Akman, J. (1999). **A trend of family, sexual problems and functions**. Sage Publication. New York. USA.
- First, M. B., Pincus, H. A. (1999). Classification in psychiatry: ICD-10 v. DSM-IV. A response. **British Journal of Psychiatry**, 175, 205-209.
- Giuliano, F., & Hellstrom, W. J. (2008). The pharmacological treatment of premature ejaculation. **British Journal of Urology International**, 102, 668-675.
- Hallinan, R., Byrne, A., Agho, K., McMahon, C., Tynan, P., & Attia, J. (2008). Erectile dysfunction in men receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. **Journal of Sex Medicine**, 5, 684-692.
- Hanbury, R., Cohen, M., & Stimmel, B. (2000). Adequacy of sexual performance in men maintained on methadone. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, 4, 13-20.
- Lapera, G., France G. C., Taggi, F., & Macchia, T. (2003). A review of sex and family problems in men with addiction problem. **Journal of Sex Material Therapy**, 29, 149-156.
- Looy, H. (2005). **Sexuality in the Encyclopedia of Christianity**, Eerdmans Publishing Company.
- Martin, J., Payte, J.T., & Zweben, J. E. (1991). Methadone maintenance treatment: a primer for physicians. **Journal of Psychoactive Drugs**. 23, 165-176.

- Mehraban, D., Shabaniniam, S. h., & Naderi, G. h. (2006). Farsi International Index of Erectile Dysfunction and Doppler Ultrasonography in the evaluation of male impotence. **Iranian Journal of Surgery**, 14, 25-31.
- Patel, K., & Hellstrom, W. J. (2009). Central regulation of ejaculation and the therapeutic role of serotonergic agents in premature ejaculation. **Journal of Current Opinion Investigating Drugs**, 10, 681-90.
- Palha, A. P., & Esteves, M. (202). A study of the sexuality of opiate addicts. **Journal of Sex Marital Therapy**, 28, 427-437.
- Pfaus, J. G., & Gorzalka, B. B. (1987). Opioids and sexual behavior. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, 1, 1-34.
- Peugh, J., & Belenko, S. (2001). Alcohol, drugs and sexual function: A Review. **Journal of Psychoactive Drugs**, 33, 223-232.
- Quaglio, G., Lugoboni, F., & Pattaro, C. (2008). Erectile dysfunction in male heroin users, receiving methadone and buprenorphine maintenance treatment. **Drug and Alcohol Dependence**, 94, 12-18.
- Risen, C. B. (1995). A guide to taking a sexual history. **Psychiatric Clinics of North America**, 18, 39-53.
- Rosen, R. C., Althof, S. E., & Giuliano, F. (2006). Research instruments for the diagnosis and treatment of patients with erectile dysfunction. **Journal of Urology**, 68(3), 6-16.
- Rosen, R. C., Riley, A., & Wagner, G. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Journal of Urology**, 49, 822-830.
- Strain, E., Bigelow, G., & Liebson, I. (1999). Moderate-vs. high-dose methadone in the treatment of opioid dependence: a randomized trial. **Journal of AMA**, 281,1000-1005.
- Tatari, F., Farniya, V. Faghiyeh., & Nasiri, R. (2010). The effects of Trazodone on erectile function in patients on methadone maintenance treatment. Available online at: www.kums.ac.ir/article-fa-78.html.
- Wolf, H. J. (2005). **Sexuality and ecospirituality, The encyclopedia of religion and nature**. Thoemmes press.