

اختلال عملکرد جنسی



زهرا برومندفر
دانشیار گروه مامایی و بهداشت باروری اصفهان

عملکرد جنسی

طیف پاسخ جنسی از یک فرد به فرد دیگر و در طول زندگی هر زن متغیر است .

برقراری ارتباط باز با بیمار درباره عملکرد جنسی آنها، به پزشک، مشاور و ماما اجازه می دهد تا به وی همانند دیگر جنبه های سلامت تولید مثلی، درباره موضوعات و مشکلات جنسی مشاوره بدهد.

فعالیت جنسی

فعالیت جنسی در میان نوجوانان ایالات متحده در طی ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است. میانگین سنی برای اولین رابطه ی جنسی چه در مردان و چه در زنان ۱۶ سال است. در سن ۱۹ سالگی، تاسه چهارم زنان رابطه ی جنسی داشته اند.

اکثر مردان و زنان به تناوب دارای شرکای جنسی متعددی بوده اند ولی همیشه از کاندوم استفاده نمی کنند و بنابراین خود را در معرض بیماری عای مقاربتی و حاملگی ناخواسته قرار می دهند.

تقریباً ۴۷ درصد از زنان ماهی چندبار با شریک جنسی خود رابطه جنسی داشته اند، ۳۱ درصد تخمین می زدند که فعالیت جنسی آنها ۲ تا ۳ بار در هفته می باشد و در ۷ درصد این میزان بیش از چهار بار در هفته بود.

۱۲٪ زنان چندبار در سال رابطه داشتند و تقریباً ۳ درصد هیچگاه از نظر جنسی فعال نبودند.

اکثر مردان و زنان اظهار داشتند که علاقه ی آنها محدود به جنس مخالف است. از آنهایی که ازدواج کرده بودند، ۸۵٪ زنان و ۷۵٪ مردان اظهار داشتند که هیچوقت خیانت نکرده اند و فعالیت هم جنس گرایانه در سال گذشته، ۳ درصد در میان زنان و ۲٫۷ درصد در میان مردان بود.

باید توجه داشت که زندگی جنسی انسانه به سه قسمت عمده تقسیم می شود که عبارتند از:

1. هویت جنسی ۲- رضایت جنسی ۳- عملکرد جنسی

هویت جنسی: احساس مرد یا زن بودن است که دارای اجزای زیر می باشد:

- **ظاهر جنسی:** موضوع تفکرات رمانتیک جنسی است.
- **انگیزه:** ذهنیتی که فرد از نوع عملکرد جنسی در مود خود یا شریک جنسی اش دارد.
- **تمایل جنسی:** علایق گوناگونی که یک فرد برای بروز رفتار جنسی با آن مواجه می باشد. تمایل جنسی دارای سه بعد بیولوژیک، روانی و اجتماعی است:
- بعد بیولوژیک در واقع آغازگر تمایلات جنسی بوده و آن را هدایت می نماید.
- بعد روانی انگیزه ی لازم را ایجاد می نماید.
- بعد اجتماعی آرزو و آرمان مربوطه را فراهم می نماید.

رضایت جنسی:

قضاوت و تحلیل هر فرد از رفتار جنسی خودش است که آن را لذت بخش تصور می نماید.

عملکرد جنسی:

عملکرد یا برقراری رابطه جنسی واسطه‌ی بین هویت جنسی تا رضایت جنسی است و به هر نوع رفتاری که سبب رسیدن فرد به اوج لذت جنسی شده و احتمال ترکیب شدن اسپرم و تخمک را افزایش دهد گفته می‌شود.

نکته:

هویت جنسی، انگیزه جنسی، ظاهر جنسی و تمایل جنسی همه را می توان از مقدمات برقراری یک رابطه‌ی جنسی به شمار آورد، و رضایت جنسی همان چیزی است که می تواند پس از برقراری یک رابطه‌ی جنسی حاصل شود.

در واقع هدف این عملکرد در درجه اول تولید مثل بوده و پس از آن کسب لذت جنسی می باشد.

تمایلات جنسی

تمایلات جنسی با مسایل فیزیولوژیکی، روانشناسی، فرهنگی، روابط او با دیگران، تجارب رشدی و محیطی که در آن زندگی می کند تعیین می شود. اصطلاح سکچوالیتی (جنسیت) مجموعه احساس، رفتار و واکنش های جنسی است که شامل درک مرد یا زن بودن، افکار، احساسات و رفتارهای مربوط به ارضای جنسی و تولید مثل (از جمله کشش یک فرد نسبت به فرد دیگری) می باشد. تمایلات جنسی طبیعی احساس کشش و رفتاری است که برای خود فرد و طرف مقابل لذت بخش است و با احساس نامتناسب، گناه و اضطراب همراه نبوده و جنبه جبری ندارد.

رفتار صحیح در امور جنسی شامل رفتارهایی است که فرد بتواند به شکل طبیعی از آن استفاده کند. این رفتارها جزء تجربیات فرد بوده که در سرشت او ریشه دارد.

نحوه ی برقراری عمل آمیزش به هر فرم و شکل که انجام شود تا زمانی که موجب نارضایتی و ناراحتی یکی از زوجین نشود طبیعی و قابل قبول است در واقع هر گونه تحریک جنسی که آمیزش طبیعی به دنبال داشته باشد مورد قبول است.

و در نهایت رفتار جنسی نرمال در قالب فرهنگ و قوانین جامعه می‌گنجد و در مقابل آن می‌توان انحرافات جنسی را مطرح نمود. با حذف انحرافات بقیه‌ی رفتارها نرمال محسوب می‌شوند.

رفتار منحرف رفتاری می‌باشد که:

1. فرد از انجام آن ناراحت و در رنج است.

2. بازدهی مناسب نداشته و فاقد کفایت می‌باشد.

3. عجیب و غریب است.

جامعه‌شناسان انحراف رفتار جنسی را شکستن قوانین اجتماعی می‌دانند. بر این اساس اختلافات و تفاوت‌های فرهنگی سبب می‌شود که در هر جامعه نوع خاصی از رفتار، انحراف محسوب شود که حداقل مخصوص همان جامعه است.

مراحل رابطه جنسی

فعالتهای جنسی اموری هستند که مسایل فیزیولوژیکی و روانی را در انسان به طور گسترده ای تحت تأثیر قرار می دهند و بدن جهت مقابله با این تغییرات واکنش های خاصی را نشان می دهد که بعنوان سیکل پاسخ جنسی نامیده می شود.

در ابتدا ویلهلم ریچ آن را عنوان نمود و بعدها توسط **ماسترز و جانسون** و دیگر محققان تأیید گردید که شامل چهار مرحله زیر می باشد:

1. میل (Desire)

۲-برانگیختگی (Excitement)

۳. اوج لذت جنسی (ارگاسم Orgasm)

۴-فروکش (Resolution)

1. مرحله تمایل

این مرحله با تخیلات جنسی و میل به برقراری روابط جنسی مشخص می شود. و حالت احساس ذهنی است که با نشانه های جنسی درونی (تخیل) و هم با نشانه های جنسی بیرونی (وجود شریک جنسی علاقه مند) امکان پذیر است و نیز منوط به عملکرد سیستم نوراندوکرین (غدد درون ریز) طبیعی و کافی می باشد.

احساس میل تحت تأثیر مراکز هیجانی حساس به دوپامین است که در سیستم لیمبیک (بخشی در مغز) قرار دارند و در جهت عکس مرکز کنترل کننده ترشح سروتونین عمل می کنند.

هورمون تستوسترون (مردانه) مسئول میل هیجانی هم در مرد و هم در زن است.

میل تحت تأثیر جهت گیری جنسی، غریزه، وضعیت روانی، اعتقادات، ارزش ها، انتظارات، اشتیاق به بروز رفتار جنسی و شرایط

محیط است و این مرحله با تفکر، دیدن، لمس و یا بوئیدن شروع شده و احتقان و پرخونی در ناحیه لگن و سینه ها را به دنبال دارد.

۲- مرحله برانگیختگی

در اثر تحریک روانشناختی (تخیلی یا وجود شیئی محبوب) یا تحریک فیزیولوژیک (نوازش و بوسه) یا ترکیبی از هر دو شروع می شود و شامل احساس ذهنی لذت است.

این مرحله با واسطه سیستم عصبی پاراسمپاتیک صورت می گیرد و با احساس شهوانی و احتقان دستگاه تناسلی که منجر به شروع ترشحات مایع روانساز مهبل (واژن) می گردد آغاز می شود. احتقان عروق و تغییر نفوذپذیری مویرگ ها سبب ایجاد شرایطی می گردد که منجر به افزایش نسبت فیلتراسیون مویرگی می گردد، مایع مویرگی در فضاهاى بین سلولی اپی تلیوم واژن منتشر شده و سبب تشکیل قطرات مایع روی دیواره های واژن می شود. انگیزش جزء بیولوژیک میل است و شامل افکار جنسی، علاقه شهوانی به یکدیگر، مور مور شدن دستگاه تناسلی و جستجوی فعالیت جنسی است.

در این مرحله احساس کشش جنسی توأم با افزایش ضربان قلب و تعداد تنفس، افزایش فشارخون، احساس گرمی منتشر، احتقان سینه ها، تنش عضلانی، میوتونی (انقباض)، راست شدن نوک پستان ها می باشد و کلیتوریس سفت و متورم شده و لب ها کوچک در نتیجه پرخونی وریدی کلفت تر می شود و رحم از حفره لگن بیرون می آید.

احتقان عروقی حداکثر شدت خود را دارند و پستان ها ۲۵ درصد افزایش حجم دارند. یک سوم انتهایی واژن به همراه لبهای کوچک به تبع احتقان عروقی متورم و ضخیم شده که تشکیل "سکوی ارگاسمیک" را می دهند اوج برانگیختگی از ۳۰ ثانیه تا چند دقیقه است.

۳- مرحله اوج لذت جنسی (ارگاسم)

این مرحله لذت بخش ترین احساس جنسی و با اوج گیری لذت جنسی همراه بوده و با رفع تنش و انقباض های موزون (شامل انقباضات واکنشی ریتمیک با فاصله زمانی ۰/۸ ثانیه) عضلات میاندوراه و انقباض پایدار گردن رحم و اعضای تناسلی داخل لگن مشخص می گردد.

پاسخ انقباضی عضلات با واسطه سیستم عصبی سمپاتیک صورت می گیرد.

احساس ذهنی غیرقابل جلوگیری بودن انزال آغاز ارگاسم در مرد است. در زن ارگاسم با ۱۵-۳ انقباض غیرارادی در ثلث تحتانی مهبل انقباض های قوی و مستمر رحم از عمیق به طرف گردن رحم مشخص است ارگاسم بین ۲۵-۳ ثانیه طول می کشد و با تیرگی خفیف هشیاری همراه است.

۴- مرحله فروکش

متعاقب رهاسازی ناگهانی تنس جنسی در طی مرحله ارگاسم، زن احساس آرامش می کند. تغییرات فیزیولوژیکی که در طی مرحله برانگیختگی ایجاد شده بود از بین می رود و احتقان خونی اعضای تناسلی رفع می شود.

اگر ارگاسم روی دهد مرحله فرونشینی سریع، همراه با احساس ذهنی خوشی و آرمیدگی کلی و تمدد ماهیچه ای است. و اگر فرد به ارگاسم دست پیدا نکند فرونشینی ۶-۲ ساعت به طول می انجامد که همراه با تحریک پذیری و ناراحتی می باشد.

فروکش به طور معمول ۱۰-۵ دقیقه طول می کشد. پس از ارگاسم در مرد یک دوره خاموشی وجود دارد که ممکن است تا چند ساعت طول بکشد.

در طی این دوره مرد قدرت ارگاسم دیگری ندارد ولی زن دوره خاموشی یا بی پاسخی ندارد و می تواند ارگاسم های متعدد و پیاپی داشته باشد.

فواید ارگاسم

طولانی شدن عمر: در تحقیقی که در جنوب ولز انجام شد، ارتباط بین دفعات ارگاسم و مرگ و میر را بررسی کردند و دریافتند که ۵۰ درصد مرگ و میر بین کسانی که تعداد دفعات ارگاسم (دو یا سه بار در هفته) داشته اند نسبت به کسانی که یک یا دو بار در ماه ارگاسم را تجربه کرده‌اند پایین تر بوده است.

کاهش حملات و بیماریهای قلبی: ارتباطی بین کاهش ریسک حملات قلبی و صدمات در عروق کرونا با داشتن فعالیتهای جنسی نرمال بیشتر مشاهده شد.

کاهش سرطان پستان: تحقیقات نشان می‌دهد که داشتن فعالیتهای جنسی سالم خطر سرطان سینه را کاهش می‌دهد. در هنگام ارگاسم افزایشی در سطح اکسی توسین و دهیدرواپی اندرستون دیون دیده می‌شود و در تحقیقی که در سال ۱۹۹۵ توسط مورل انجام شد نشان داده شد که اکسی توسین اثرات پیشگیری کننده‌ای بر گسترش سرطان پستان دارد. این تحقیق توسط پتریو در سال ۲۰۰۰ تأیید گردید.

افزایش سطح ایمنی بدن: در طی تحقیقی در حدود ۲۰۰۰ دانشجو از ۱۱۲ کالج در آمریکا از نظر میزان **IgA** (نوعی از ایمونوگلوبولین که برای پاسخ ایمنی به عفونتهای ویروسی در بدن ضروری می باشد) بررسی شدند. دانشجویان متأهلی که یک تا دو بار در هفته نزدیکی همراه با ارگاسم داشته اند ۳۰ درصد میزان **IgA** در آنها بالاتر از کسانی بود که این فعالیت را کمتر تجربه کرده بودند.

تنظیم خواب: ارگاسم سبب بهبود روند خواب می شود، این امر به دلیل ترشح هورمون اکسی توسین و آندروفین است که در زمان ارگاسم افزایش می یابند و مانند خواب آورها عمل می کنند.

افزایش شادابی و احساس جوانی: ارتباطی بین جوانتر ماندن نسبت به سن حقیقی و فعالیتهای جنسی گزارش شده است. که جوانی و بشاشیت در افرادی که سه بار در هفته نزدیکی رضایت بخش داشته اند بیشتر مشاهده شده است.

تناسب اندام: فعالیتهای جنسی دلپذیر سبب سوختن کالری و چربی در بدن می شوند و مشاهده شده است که فعالیتهای جنسی ارتباط مستقیم با ورزش و تغذیه مناسب دارد.

افزایش باروری: فعالیتهای جنسی به همراه ارگاسم سبب افزایش باروری می شود. در یک مطالعه دریافتند خانمهایی که ارگاسم آنها در طی نزدیکی بعد از انزال شریک جنسی اشان بوده است احتباس بیشتری از اسپرم را نسبت به کسانی که اصلاً ارگاسم نداشته و یا ارگاسم آنها قبل از انزال شوهرانشان بوده است نشان دادند. احتباس اسپرم در حدود ۱۵-۱۰ دقیقه در واژن سبب افزایش باروری می شود.

تنظیم سیکل قاعدگی: خانمهایی که در هفته یک یا دو بار بیشتر دارای فعالیتهای جنسی بوده‌اند سیکل های منظم-تری نسبت به خانمهای مجرد داشته‌اند.

تسکین درد قاعدگی: ارتباط بین ارگاسم و تسکین دردهای قاعدگی مشاهده شده است. ارگاسم به دلیل افزایش سطح آندروفین‌ها و نیز کورتیکواستروئیدها آستانه درد را بالا برده و سبب می شود کرامپ ها و دردهای قاعدگی راحت تر تحمل شوند.

کاهش زایمان های زودرس: برخی از تحقیقات نشان داده اند که ادامه فعالیتهای جنسی تا انتهای حاملگی شرایطی را فراهم می کند که حفاظتی برای جنین از نظر پره ترم لیبر می باشد.

جنبه هی روانی ارگاسم

ارگاسم را تنها نمی توان از جنبه فیزیولوژیکی مورد بررسی قرار داد، ارگاسم از جهاتی مانند درد یا خواب از پدیده های روانشناختی می باشد. بدین معنا که انزال(در مردها) و انقباضات ریتمیک لگن خانمها نیازمند به وقایعی مانند لذتهای شهوانی می باشد تا بعنوان ارگاسم تلقی شود و از جهاتی نیز می توان آنرا همانند احساس لذت در هنگام یک عطسه دانست.

کینزی دو وجه فیزیولوژیکی و روانی(لذت ارگاسم) را توضیح داد دیویدسون نیز دو جنبه از تجربه ارگاسم را توضیح می دهد که شامل مسایل فیزیولوژیکی(حساسیت عمومی عضلات- حساسیت فیزیکی لوکالیزه) و مسایل مربوط به روان(احساس رهایی از تنش، تغییر آگاهی، خوشحالی، عشق، راحتی، رضایت و تغییراتی در درک نسبت به فضا و زمان و محیط اطراف) می باشد.

اختلالات عملکرد جنسی

طبق طبقه بندی چهارمین چاپ کتابچه تشخیص آماری و اختلالات روانی، این اختلالات به ۷ طبقه عمده کژ کاری جنسی تقسیم شده اند.

1. اختلالات در میل جنسی

2. اختلال در انگیزش

3. اختلال در ارگاسم

4. اختلالات مربوط به درد

5. کژکاری جنسی ناشی از یک اختلال طبی عمومی

6. کژکاری جنسی ناشی از مواد

7. کژکاری جنسی که به گونه ای دیگر مشخص شده است.

الف) اختلال در میل جنسی

کمبود راجعه یا فقدان تخیلات یا افکار جنسی یا میل به فعالیت جنسی می باشد. که سبب رنج و مشکلات بین فردی می شود. و به دو دسته تقسیم می شود:

اختلالات کمبود میل جنسی: کمبود یا فقدان خیال پردازی های جنسی و میل به فعالیت جنسی.

اختلال انزجار جنسی: بیزاری و اجتناب از تماس جنسی با شریک جنسی یا خودارضایی

کمبود میل جنسی از مشکل ترین اختلالات جنسی برای درمان می باشد. تحقیقات نشان دادند که در گروه های سنی مختلف، حدود ۲۷-۳۲ درصد زنان دچار کمبود میل جنسی بوده.

از علل آن می توان به موارد زیر اشاره نمود:

علل جسمی: وضعیت سلامت فرد، افسردگی، عدم عزت نفس، عدم توانایی پذیرش خویش به عنوان یک فرد فعال جنسی، اختلالات هورمونی، سوء مصرف مواد، مصرف داروهای ضدافسردگی مهار کننده های آمینواکسیداز، لیتیوم ...، محرکهای دستگاه گوارش، کتوکونازول، ضد فشارخون ها، قرص های ضدبارداری، داروهای کاهنده چربی خون.

علل روانشناختی - اجتماعی: وقایع و حوادث ناگهانی مانند از دست دادن اعضای خانواده، دوستان و شغل، وقایعی مانند افزایش سن و منوپوز، ترک کردن خانه توسط فرزندان، اضطراب های مربوط به روابط زناشویی، انحراف جنسی پنهان، ارتودکس مذهبی، شخصیت غیرخوشگذران، ترس از بارداری، اتبال به بیماریهای مسری، سوءاستفاده های جنسی، عدم مهارت در معاشقه و بی تجربگی یک یا هر دو شریک جنسی.

افراد دچار این اختلال احتیاج به ارزیابی دقیق از نظر اختلال غدد درون ریز، بیماریهای مزمن لگنی و استفاده از داروها دارند. استفاده از تستوسترون با تجویز پزشک بعنوان یکی از راهکارهای مفید شناخته شده است. شانس درمان در این اختلال کمتر از ۵۰ درصد می باشد.

ب- اختلال در برانگیختگی

عبارتست از ناتوانی پایدار یا راجعه در رسیدن یا حفظ هیجان جنسی کافی تا حدی که موجب اضطراب فرد شود یا با مشکلاتی نظیر عدم لوبریکاسیون یا تورم ژنیتال همراه گردد. ممکن است منشأ فیزیولوژیکی یا روانشناختی یا تورم ژنیتال همراه گردد. ممکن است منشأ فیزیولوژیکی یا روانشناختی داشته باشد. اگرچه این اختلال در این مرحله تأثیر کمتری بر روند فعالیت جنسی دارد.

اما اگر ادامه یابد سبب فقدان لوبریکاسیون شده و منجر به مشکلاتی در طی مراحل جنسی می شود و در فرد اضطراباتی را بوجود می آورد.

عوامل روانشناختی (اضطراب، احساس گناه، ترس و ...)، عوامل هورمونی (تغییرات هورمونی، سیکل قاعدگی، تغییرات سطح تستوسترون، استروژن، پرولاکتین، تیروکسین) عوامل دارویی (داروهایی با خواص آنتی هیستامین و آنتی کولینرژیک، ضد فشار خون ها، ضد افسردگی های سه حلقه‌ای و بنزودیازپامین ها).

جهت درمان این نوع از اختلالات می توان از مصرف روانسازهای داخل واژینال و درمان جایگزینی استروژن یا ترکیبی از این دو روش را تحت نظر پزشک نام برد.

ج- اختلالات مربوط به درد

دیس پارونیا : وجود درد عود کننده قبل و بعد از نزدیکی به عنوان دیس پارونیا نامیده می شود. از علل این اختلالات، وستیبولیت (شایعترین نوع دیس پارونی در زنان غیر یائسه). وجود دیورتیکولیت پیشابراهی، اسکار بافت ها، کاهش استروژن، عفونت های لگنی ادراری، استنوزواژن (تنگی واژن)، آندومتريوزیس (بافت نابجا آندومتر) و مسایل روان شناختی می باشد.

در اغلب موارد با استفاده از درمان دارویی، جراحی یا لاپاراسکوپی بهبودی می یابند که در موارد رد عوامل فیزیولوژیکال، در صورت تداوم باید ارجاع به روانپزشک شوند. در حدود ۱۵ درصد زنان بالغ دیس پارونیا را در برخی از اوقات گزارش نموده اند. شیوع دیسپارونیا در انگلستان ۴۵ درصد بوده است.

واژینیسوس: وجود اسپام غیرارادی در یک سوم تحتانی واژن در هنگام نزدیکی می باشد. که لزوماً همراه با درد نمی باشد. اسپاسم عضله پوبوکوکوسی ژیوس و لواتور آنی عمل دخول را با مشکل مواجه می سازد.

از فاکتورهای موثر بر آن می توان به وجود استرس هایی در اثر مشکلات روابط بین فردی، ترس از بارداری، صدمات قبلی در اثر فعالیتهای جنسی و عدم تمایل به شریک جنسی نام برد.

برای درمان آن از روشهای آرامسازی و متسع کننده ها استفاده می شود.

عفونت مثانه (سیستیت بینابینی): علایم خفیف آن با اصلاح رژیم غذایی و کاهش استرس کاسته می شود. علاوه بر

درمانهای دارویی درمانهای تهاجمی (جراحی تقویت مثانه، استفاده از دستگاه تحریک کننده عصب ساکرال و ...) هم گاهاً توصیه می شود.

درد جنسی غیرمقاربتی: که شامل دردهای ایجاد شده از طریق فعالیتهای جنسی به غیر از نزدیکی (معاشقه، بوسیدن

و خیالپردازیها) می باشد که سبب درد در دستگاه تناسلی می گردد.

د-کژکاری اختلال طبی عمومی

شامل ۲ قسمت می باشد:

مقاربت دردناک ناشی از یک اختلال طبی عمومی: عفونت بارتولنها، التهاب مهبل و گردن رحم، آندومتریوز و وستبولیت

اختلال کمبود میل ناشی از اختلال طبی عمومی: میل جنسی بعد از جراحی یا یک بیماری کاهش می یابد مانند ماستکتومی، ایلئوستومی، هیستریکتومی، کم کاری تیروئید و دیابت....

ح- کژکاری استفاده از مواد

مواد مخدر با بالا بردن موقتی خلق، عملکرد جنسی را تقویت کرده ولی استفاده مداوم احتمال توانایی ارگاسم(زنان) و انزال(مردان) را مختل می کند.

و- کژکاریهای جنسی که به گونه ای دیگر مشخص شده

شامل دسته بندی می باشد که در هیچ یک از طبقات تشخیصی قلبی نمی گنجد.

بدین معنا که کژکاری وجود دارد ولی پزشک نمی تواند تعیین کند که آیا این کژکاری اولیه یا در اثر تحریک یک اختلال طبی عمومی ایجاد شده است یا ناشی از مصرف مواد است.

ز-اختلال عملکرد ارگاسم

اختلال ارگاسم که گاهی ارگاسم مهار شده یا آنورگاسمیا نامیده می شود عبارتست از تأخیر مداوم یا راجعه فقدان ارگاسم متعاقب مرحله برانگیختگی جنسی طبیعی که سبب بروز رنج و مشکل بین فردی می شود.

انواع اختلال عملکرد ارگاسم بر طبق طبقه بندی چهارمین چاپ کتابچه تشخیص آماری و اختلالات روانی شامل موارد ذیل می باشد:

مادام العمر یا اولیه: زمانی می باشد که زن هیچگاه و با هیچ نوع تحریکی به ارگاسم دست نیافته است که شیوع آن را ۱۵-۱۰ درصد بر آورد نموده اند.

اكتسابی یا ثانویه: در این اختلال صرف نظر از شرایط یا ابزار تحریک خواه از طریق خودارضایی یا در هنگام خواب حداقل یکبار ارگاسم را تجربه کرده است.

منتشر: این اختلال محدود به یک شریک جنسی خاص یا یک شرایط خاص نیست.

موقعیتی: اختلال، در موقعیتی خاص یا با شریک جنسی دیگری وجود دارد و در شرایط یا با شریک جنسی دیگر این اختلال مشاهده نمی شود.

عوامل موثر بر اختلال ارگاسم به دو دسته روانی و فیزیولوژیکی تقسیم می شود.

یکی از شایعترین علل روانی آن مراقبت و پایش افراطی خود در طی مرحله برانگیختگی می دانند که غالباً توأم با حواس پرتی و افکار منفی می باشد. افراد دچار اختلال ارگاسم آنقدر نگران شکست هستند که فاقد آرامش کافی برای وقوع رفلکس‌های طبیعی بدن و ایجاد ارگاسم می باشند. اضطراب عملکرد فوق توسط ماستروجانسون به عنوان تماشاچی گری خوانده می شود.

از دیگر عوامل روانی آن می توان به موارد زیر اشاره نمود:

سابقه سوء استفاده های جنسی، احساسات منفی در رابطه با مسائل جنسی، مشکلات در روابط زناشویی، بی تجربگی و بی توجهی شریک جنسی، انزال زودرس شریک جنسی، کمبود اعتماد به نفس، تس از دست دادن کنترل، افسردگی، اضطراب، عصبانیت، استرس و فقدان اطلاعات جنسی.

و از عوامل فیزیکی: اختلالات هورمونی، وجود بیماریها، داروها، بیماریهای زنان، شیردهی، حاملگی و منوپوز.

شرح برخی از عوامل موثر بر ارگاسم

الف- فاکتورهای دموگرافیک:

ارتباط فاکتورهای دموگرافیک به عنوان جنس، سن، مذهب، نژاد، روابط زناشویی، وضعیت تحصیلی، شغلی و وضعیت اجتماعی با دفعات ارگاسم در طی مستوربیشن و یا نزدیکی سنجیده شده است.

ارگاسم با سطح تحصیلات بالاتر ارتباط مستقیم نشان داده است. سفید پوست‌ها و هیسپانیکها در مقایسه با سیاه پوست‌ها و نیز مذهبی‌ها در مقایسه با افراد غیرمذهبی، تجربه ارگاسم کمتری داشته‌اند.

ب- عوامل روانشناختی جنسی و اجتماعی:

تعداد دفعات دستیابی به ارگاسم در زنان، به شروع در روابط و شرکت فعالانه آنان در طی فعالیتهای جنسی بستگی دارد و همچنین ارگاسم با میزان آگاهی از بروز هیجانهای بیولوژیکی، مستوربیشن، تعداد دفعات نزدیکی، رضایت و آرامش بعد از ارگاسم و رضایتمندی از زندگی جنسی نیز ارتباط مستقیم دارد.

زنانی که دچار اضطرابات روحی و ارتباطی می باشند ۵۹ درصد بیشتر از زنان دیگر از اختلالات جنسی رنج می برند. اثرات جدایی والدین و از دست دادن آنها بر تجربه ارگاسم موثر می باشد.

سوء استفاده های جنسی در کودکی منجر به اختلالات در بزرگسالی می شود.

در خانمهایی که دچار فقدان یا اختلال در ارگاسم هستند احساس گناه، سرکوبی احساسات و نیازهای طبیعی جنسی، افکار متحجرانه، وابستگی های بیشتر، اضطرابات و منفی بافی های بیشتری نسبت به خانمهای دیگر مشاهده می شود.

اشخاص آسیب پذیر و حساس در طی مرحله ارگاسم و هیجانها ممکن است تحمل احساسات و غلبه بر آن را پیدا نکنند و دچار آسیب ها و اختلالات جنسی نیز گردند.

از جمله عوامل روانشناختی می توان به عوامل زیر اشاره نمود:

عوامل زمینه ساز

- تربیت محدود کننده و از آن جمله بازخوردهای بازداری شده و یا تحریف شده والدین نسبت به فعالیت جنسی
- روابط خانوادگی آشفته مانند روابط ضعیف بین والدین، فقدان محبت، تجارب تکان دهنده جنسی در دوران اولیه کودکی مانند سوء استفاده های جنسی یا روابط جنسی با محارم، فقدان آموزش کافی در مورد فعالیت جنسی.

عوامل آشکار ساز

- سازگاری در ارتباط به طور کلی
- تولد فرزند (اگرچه این امر ممکن است به علت افسردگی یا عوامل جسمی، مشکلات جنسی پدید آورد)
- خیانت همسر، اختلال جنسی در شریک جنسی، افسردگی، اضطراب، تجربه جنسی تکان دهنده، سالمندی، واکنش روان شناختی به عامل جسمی،

-عامل عضوی

-عوامل تداوم بخش (نگه دارنده)

- اضطراب در عملکرد جنسی (مانند اینکه فرد فکر کند که باید همیشه یک عشق باز حرفه ای باشد، یا زن برای اینکه بتواند شریک جنسی را راضی نگه دارد باید به اوج لذت جنسی برسد)
- ترس از عدم موفقیت (مانند از دست دادن نعوظ)
- انتظارات شریک جنسی، ارتباط ضعیف (مخصوصاً درباره نیازها یا اضطرابهای جنسی هر یک از طرفین)
- احساس گناه (مثلاً احساس گناه درباره نزدیکی)
- نبودن جاذبه
- ناسازگاری در ارتباط، ترس از نزدیکی عاطفی، اطلاعات ناکافی جنسی (مثلاً درباره چگونگی تحریک کافی شریک جنسی)
- پیش نوازش ناکافی (به نحوی که مثلاً زن به اندازه کافی، برانگیختگی پیدا نکند).

افزایش سن سبب تغییر در ابعاد فیزیولوژیکی و روان شناختی در ارگاسم می شود. اختلالات و مشکلات جنسی در خانمهای مسن تر ۴۳ درصد بیشتر از خانمهای جوانتر می باشد. از عوامل جسمی که سبب اختلال در فعالیتهای جنسی خانمها در سنین بالا می گردد می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- تغییرات هورمونی
- اختلالات عروقی شامل (افزایش فشارخون، کلسترول بالا و بیماریهای قلبی)
- کاهش جریان خون لگن ثانویه به افزایش سن، ضربه یا جراحی
- بیماریهای آرتریوسکلروتیک (تصلب شرایین) که نجر به فیبروز عضلات صاف کلیتوریس در دیواره واژن می شود.
- بیماریهای نورولوژیک (صدمات نخاعی و بیماریهای دستگاه عصبی مرکزی)
- اثرات الکا و مخدرها

علاوه بر اثرات خود بیماریها بر تجربه ارگاسم روشهای جراحی و یا دارویی نیز آن را تحت تأثیر قرار می دهد.

اثرات کاهش تستوسترون و استروژن در خانمهای مسن شامل:

- ناحیه تناسلی: کاهش لوپریکاسیون، تغییرات آتروفیک پوست، آتروفی واژن، کاهش سایز تخمدانها

و لوله‌ها، آتروفی فولیکولها ، کاهش وزن رحم تا ۵۰-۳۰ درصد، آتروفی تریگون مثانه ، پرولاپس

اوروژنیتال ، بی اختیاری ادرار و افزایش PH واژن

- پستانها: کاهش بافت چربی و کاهش ارکشن در سیکل جنسی

- پوست: کاهش حساسیت و لمس

- استخوانها و عضلات: کاهش توده آنها

- مغز: کاهش احساسات، شناخت و تمرکز

د- بیماریهای مداخله گر در تجربه ارگاسم

- مشکلات غدد درون ریز (بیماریهای قند، اختلالات غده تیروئید، آدرنال، هیپوفیز...)
- مشکلات عروقی (کم خونی، اختلالات قلبی مانند حمله قلبی یا آنژین و ...)
- مشکلات تنفسی (دیس پنه آ، آسم و...)
- مشکلات عصبی (آسیب نخاع شوکی و ...)
- مشکلات کلیه (نارسایی کلیه، استفاده از دیالیز و ...)
- مشکلات ماهیچه ای و استخوان بندی (درد مفاصل و ...)
- مشکلات گوارشی (اولسرپتیک و ...)
- مشکلات هورمونی (کاهش استروژن، تستوسترون، هایپرپرولاکتینوما و...)

-جراحی های زنان: برداشتن تخمدان ها، جراحی پستان(مطالعات نشان داده است که جراحی های پستان سبب افزایش ۲۱-۳۰ درصد اختلالات جنسی می گردند)، هیستریکتومی(تحقیقات نشان می دهد هیستریکتومی سبب کاهش ۳۰ درصد از واکنش های جنسی بوده است).

جراحی های زنان به دلیل وجود بدخیمی ها سبب افزایش ۴۰ درصد اختلالات جنسی می گردد.

از دلایل این اختلالات می توان به هایپواستروژنیسم ثانویه به برداشتن تخمدان ها و شیمی تراپی به خاطر بدخیمی ها اشاره نمود.

-مشکلات مربوط به بیماریهای زنان(آندومتریوز، سیستوسل رکتوسل، پرولاپس رحم، واژینیت آتروفیک، کیست ها و ...) می باشد.

ح- داروهای مداخله گر در تجربه ارگاسم

متیل دوپا(آلدومت)، داروهای آمفتامین و مشابه آنها، کاهش دهنده اشتها، باربیتوراتها ، بنزودیازپامین-ها(دiazepam، آلپرازولوم)، ناروکوتیکها، ضدافسردگی‌های سه حلقه‌ای، داروهای هورمونی، الکل، دی سولفیرام

و- دوره های متفاوت زندگی زنان

دوران بلوغ: در این دوره هویت و جهت یابی شکل می گیرد.

سیکل قاعدگی: به صورت بیولوژیکی در حوالی پیک اوولاسیون (تخمک گذاری) افزایشی در سطح تمایلات جنسی دیده شده که با افزایش تستوسترون در ارتباط می باشد.

دوره بارداری: درد در پستانها هنگام لمس، احتقان در لب های فرج، خونریزی احتمالی از سرویکس، انقباض رحم در اثر ارگاسم، ترس هر دو شریک جنسی از اینکه مقاربت بر روند بارداری تأثیر سوء داشته باشد.

پس از زایمان: احساس ضعف، خونریزی و ترشح واژینال، ناراحتی در پرینه و به دلیل افزایش سطح پرولاکتین و در نتیجه کاهش میزان تستوسترون و استروژن، دیس پارونیا نیز وجود دارد (به دلیل نازکی مخاط واژن)، زن ممکن است به دلیل ترس از آسیب یا عفونت واژینال، کاهش در جذابیت و افسردگی بعد از زایمان میل به مقاربت نداشته باشد.

ارزیابی اختلالات جنسی

اختلالات ارگاسم از یک طرف ترکیب و فرآیند پیچیده‌ای است که از طریق سیستم عصبی، عروقی و غدد درون ریز کنترل می‌شود و از طرفی این فرآیند تحت عوامل خارجی نظیر خانواده، جامعه، عقاید مذهبی و نگرش‌ها نیز قرار می‌گیرد.

اختلالات جنسی از دیدگاه بالینی، پزشک یا مراقب بهداشتی مخفی می‌ماند. وانهاو هم بیمار از صحبت درباره مسایل مربوط به جنسیت و اندام جنسی پرهیز می‌کنند. این مسئله در همه فرهنگ‌ها و ملیت‌ها وجود دارد، درجه و حالت آن متفاوت است.

اختلالات جنسی شیوع بالایی دارد و بیماران بسیاری از این اختلالات رنج می‌برند. تقریباً می‌توان گفت که هر کسی در زمانی از زندگی خویش دچار یکی از اختلالات جنسی خواهد شد.

در برخورد با یک بیمار دچار اختلال جنسی اغلب این مشکلات چند ریشه‌ای بوده و به مجموعه‌ای از عوامل فرهنگی، فردی، روحی، روانی و نیز عوامل مربوط به رشد و تکامل و وضعیت بیولوژیکی فرد بستگی دارد.

اغلب افرادی که مایل به صحبت درباره اختلال جنسی خودشان می‌باشند، اطلاعات ارزشمندی را در پاسخ به **سوال‌های نخستین ارائه می‌دهند:**

1. بیمار در کدام بخش از سیکل پاسخ جنسی با مشکل مواجه است؟
 2. آیا اختلا جنسی موجود در تمام مدت زندگی بیمار جریان داشته (اختلال جنسی اولیه) یا پس از مدتی فعالیت جنسی رضایت بخش، اکنون این اختلال رخ داده است (اختلال جنسی ثانویه)؟
 3. آیا اختلال جنسی بیمار دائمی و پایدار است و یا موقعیتی و زودگذر است؟
- اختلالات جنسی به ندرت همیشگی بوده و معمولاً در سیر آنها دگرگونی به وجود می‌آید. بنابراین باید از بیمار پرسید: آیا در تمام مدت هیچگاه مشکل شما بهبود نیافته است؟ اگر پاسخ مثبت است فکر می‌کنید چه عواملی موجب بهبود نسبی مشکل شده است.

هنگام ارزیابی بیمار مبتلا به اختلال عملکرد جنسی مسایل زیر اهمیت دارد:

1. تعریف اختصاصی اختلال عملکرد و تجربه و تحلیل عملکرد جنسی فعلی

2. زمان شروع اختلال و چگونگی پیشرفت زمانی آنچ

3. هر گونه عامل مستعد کننده

4. نظر بیمار راجع به علت اختلال عملکرد جنسی اش

5. تأثیری که اختلال عملکرد بر روابط جنسی بیمار داشته است.

6. درمان قبلی و نتایج آن

7. انتظارات و اهداف بیمار از درمان

8. شناخت فیزیولوژی و رفتار جنسی

9. بررسی هر گونه تصور یا باور غلط

نکات مهم ارزیابی از بیمار مبتلا به اختلالات جنسی

الف) سابقه (تاریخچه)

سوءاستفاده های جنسی در کودکی، تجاوز، خشونت، آزارهای جنسی، مشکلات ارتباطی با شریک جنسی، اضطراب های اجتماعی و شغلی باید بررسی و موقعیت های فیزیولوژیکی فرد (بلوغ، حاملگی، شیردهی و منوپوز)، بیماریها و نیز استفاده از داروها می بایست در نظر گرفته شوند.

وجود بیماریهایی مانند پارکینسون، مولتیپل اسکروز، دیابت، اختلالات تیروئید، ضربات مغزی و صرع با کاهش روند فعالیت های جنسی همراه می باشد که باید ارزیابی شوند.

سوابق مربوط به جراحی های شکم و لگن، بیماریهای جنسی مقاربتی، بیماریهای عفونی لگن و هیستریکتومی، استفاده از داروها و اثرات جانبی آنها مانند آرامبخش ها، خواب آوردها و نیز باید بررسی شوند.

وضعیت استفاده از الکل، سیگار، سوءمصرف مواد مخدر و قرار داشتن در معرض مواد سمی

ب- معاینات فیزیکی

ضمن انجام معاینات فیزیکی کلی، معاینه اختصاصی لگن هم باید انجام شود.

وجود ترشحات، اریتماتو، واژینیت‌ها، آندومتریوزیس، وضعیت لیگامان پهن، چسبندگی تخمدان، توده های آدنکسال و عفونت های لگنی نیز می‌بایست در نظر گرفته شود.

ج- یافته های آزمایشگاهی

معاینات فیزیکی با یافته‌های آزمایشگاهی تکمیل می‌شود. لازم است شمارش کامل سلولهای خونی جهت تشخیص کم‌خونی‌ها یا تشخیص بدخیم‌های پنهان انجام شود.

آزمایشهای بیوشیمیایی جهت ارزیابی کارکرد کلیه، آدرنال، پانکراس، تیروئید، پاراتیروئید، تستهای **TSH**، هپاتیت، هورمونهای تستوسترون، پروژسترون، پرولاکتین، **LH**، **FSH**، هموگلوبین گلیکوزیله (**HbA1c**)، آزمایش سرعت رسوب هموگلوبولین (**ESR**)، ویروس ایدز (**HIV**)، انجام پاپ اسمیر و کشت ترشحات واژن در صورت لزوم

استفاده از اولتراسونوگرافی، **CAT**، داپلر رنگی، اندازه‌گیری دمای کلیتوریس و واژن را نیز می‌توان اضافه نمود.

آزمایشهای غیرتهاجمی عروقی توسط برخی از محققان جهت تشخیص اختلالات جنسی گزارش شده است که شامل فوتو پلتیسمو گرافی واژینال و سونوگرافی داپلر ژنیتال بوده که جهت اندازه‌گیری احتقان عروقی موکوسی واژن و حجم خون آن به کار می‌رود.

اقدامات درمانی

اقدامات درمانی عمومی

اقدامات آموزشی و مشاوره‌ای:

۱. **Permission:** اجازه دادن به بیمار تا در رابط با مسایل جنسی خود صحبت کند، این امر سبب تأیید احساسات وی می شود.

۲. **Limited information:** ارائه اطلاعات محدود راجع به فیزیولوژی و رفتار جنسی به بیمار

۳. **Specific suggestion:** توصیه های خاص شامل بازآموزی مسایل خاص در مورد نگرش و اعمال جنسی بیمار

۴. **Intensive therapy:** ارجاع جهت درمان ویژه برای بیمارانی که به سه مرحله جواب نمی دهند.

تقویت و افزایش محرکات جنسی: استفاده از واکيوم (پمپ خلاء)، تشویق به برقراری ارتباط بیشتر در هنگام نزدیکی، استفاده از روشهای مختلف نزدیکی در زمان و مکانهای متفاوت و تنظیم تقویمی جهت ثبت زمان رفتارهای جنسی.

استفاده از روشهای تمرکز: تمرکز سبب کاهش اضطراب و افزایش آرامش شده که شامل تشویق به خیالپردازیهای جنسی محرک و غیرمحرک، استفاده از موزیک در هنگام نزدیکی و آموزش ورزشهای موثر بر افزایش تونوسیتی عضلات لگن مانند ورزشهای **Kegel** می باشد، این ورزشها موجب افزایش تونوسیتی عضله پوبوکوسی ژیوس شده و می توانند افزایش تجربه ارگاسم، تصحیح بی اختیاری ادرار در زمان ارگاسم، تمرکز در هنگام نزدیکی و افزایش آگاهی مریض در مورد سیکل پاسخ جنسی را به دنبال داشته باشد.

استفاده از روشهایی غیر از نزدیکی جهت فعالیتهای جنسی این روش برای افرادی استفاده می شود که شریک جنسی آنها اختلالات مربوط به نعوظ را دارند. در این روش به زوجها تحریک نقاط حساس بدن شریک جنسی به غیر از محدوده دستگاه تناسلی، آموزش داده می شود که هدف آن افزایش ارتباطات مطلوب شریکهای جنسی می باشد.

کاهش دیس پارونیا

*دیس پارونیای سطحی: لیدوکائین سطحی، حمام گرم قبل از نزدیکی، کنترل آلت تناسلی شریک جنسی توسط فرد هنگام دخول

*دیس پارونیای واژینال: علاوه بر موارد بالا استفاده از لوبریکانت هنگام نزدیکی

*دیسپارونیای عمقی: استفاده از روش های نزدیکی مناسب که درد کمتری ایجاد می کنند و نیز استفاده از ضدالتهابهای غیراستروئیدی قبل از نزدیکی

درمان ویژه اختلالات جنسی

درمان دو جنس (Dual sex therapy): هنگامی که یکی از زوجین دچار اختلالات جنسی می

باشد هر دو طرف باید ارزیابی و درمان شوند.

مشکلات جنسی بازتابی از سوء تفاهم‌ها و ناهماهنگی‌هایی در روابط زناشویی می باشد که این روابط

باید ارزیابی و تغییر داده شوند.

در این روش زوجین از هر گونه فعالیت خارج از محدوده درمانگر، منع می شوند و فقط می بایست با

توجه به تمرینهای درمانگر عمل نمایند.

تکالیفی به آنها داده می شود که در جلسات متعدد این رفتارها و نتایج حاصل از آن توسط زوجین و

درمانگر بررسی و تغییر داده شده و رفتارها اصلاح می گردند.

فنون و تمرینهای اختصاصی: این نوع درمان در رفع اختلالاتی نظیر واژینیسموس، آنورگاسمیا و انزال زودرس انجام می شود.

هیپنوتیزم درمانی: در این روش ابتدا جلساتی بدون هیپنوتیزم برقرار می شود و بعد از ارزیابی عملکرد جنسی فرد، از آن برای افزایش توانایی های فرد جهت بدست آوردن عزت نفس و تعادل روانی استفاده می شود.

رفتار درمانی: با استفاده از برنامه های استاندارد، حساسیت زدایی تدریجی و تسلط بر اضطراب به بیمار آموزش داده می شود.

گروه درمانی: این نوع درمان جهت بررسی مشکلات درون فردی و بین فردی مبتلایان به کژکاری جنسی بوده و شامل جلساتی است که متشکل از افراد واجد اختلالات مشابه و غیرمشابه می باشند. فرصتی به افراد برای کسب اطلاعات درست و تقویت عزت نفس و پذیرش خویشان می دهد.

درمان های دارویی: جهت تشخیص نهایی و استفاده از درمان های دارویی، فرد به متخصص مربوطه ارجاع می گردد.

منبع

زنان نواک، آخرین چاپ