

اختلالات جنسی، عامل پنهان طلاق: ضرورت حضور پزشک آموزش دیده  
در ترکیب کارشناسان مراکز مشاوره خانواده

**Sexual Dysfunctions, the Hidden Cause of Divorce: The Necessity  
of the Presence of a Trained Physician as a Member of Family  
Counseling Centers**

M. Ghadiri, M.A. ✉

S. K. Foroutan, M.D.

ماهرو غدیری ✉\*

دانشجوی دکترای حقوق بین الملل دانشگاه شهید بهشتی

دکتر سید کاظم فروتن\*\*

دانشیار دانشگاه شاهد

**Abstract**

Family as a natural unit of every society protects its members and supports their needs.

The spouses in a family have mutual rights and duties. Disregarding these rights and duties may result in the collapse of this unit.

One of the valuable measures in the Draft Bill on Family Protection (1386) that may prevent divorce or at least limit the rate thereof, is the establish-

**چکیده:**

خانواده به عنوان یگانه زیربنای استوار جامعه و نخستین نهاد اجتماعی، واحد طبیعی و بنیادینی است که در طول تاریخ همواره در جایگاه حامی و تأمین کننده نیاز اعضای خود عمل کرده است.

زن و مرد در چارچوب نهاد خانواده دارای حقوق و تکالیف متقابلی هستند که نادیده گرفتن هر کدام از آنها حتی به تنهایی می تواند منجر به فروپاشی رسمی یا غیررسمی این نهاد شده و علاوه بر لطماتی که برای زوجین و فرزندان آنها به همراه دارد، می تواند

✉Corresponding author: Faculty of Law, Shahid Beheshti University (G. C.), Tehran, Iran.  
Tel: +9821-22431571  
Fax: +9821-29902766  
Email: ghadiri\_mahrou@yahoo.com

✉نویسنده مسئول: تهران - اوین - دانشگاه شهید بهشتی - کلینیک حقوقی زنان و کودکان  
تلفن: ۰۲۱-۲۲۴۳۱۵۷۱-۳ دورنما: ۰۲۱-۲۹۹۰۲۷۶۶  
email: ghadiri\_mahrou@yahoo.com  
\*پست الکترونیکی:  
\*مدیر کلینیک های حقوقی زنان و کودکان  
\*\*متخصص اورولوژی و رئیس کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد

ment of Family Counseling Centers to help the spouses to solve their issues and prevent the escalation of their problems such as to lead to divorce.

The purpose of this article is to show the necessity of the presence of a trained physician in the Family Counseling Centers because the cause of more than 50% of divorces is sexual dysfunction of the spouses and the influence of the physical factors, are considerable.

**Keywords:** Family Protection Draft Bill 1386, Family Counseling Center, Divorce, Sexual dysfunction, marital bond.

می‌تواند موجبات آسیب‌های جبران‌ناپذیری به یک جامعه را نیز فراهم آورد و از این‌روست که خانواده و حفظ و بقای آن منفعت مشترک فرد و جامعه و مستلزم اقدامات حمایتی جدی دولت‌هاست. در لایحه پیشنهادی حمایت خانواده ۱۳۸۶ یکی از تدابیر ارزشمندی که برای جلوگیری از طلاق یا محدود کردن آن با رویکرد پرداختن به عوامل مؤثر در طلاق پیش‌بینی شده است، تشکیل مراکز مشاوره خانواده در دادگاه‌های خانواده است که اعضای آن از کارشناسان رشته‌های مختلف مانند مطالعات خانواده، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، حقوق، فقه و مبانی حقوق اسلامی انتخاب می‌شوند. اگر چه برشمردن کارشناسان در این ماده جنبه حصری ندارد لیکن باید توجه داشت که مسائل خانواده دارای ابعاد پیچیده‌ای است و برشمردن کارشناسان در این لایحه می‌توانست بر کار کارشناسی دقیق‌تری مبتنی گردد.

آمارها نشان می‌دهند که یکی از عوامل مؤثر و اصلی در طلاق، عدم ارضای غریزه جنسی زوجین است که می‌تواند به صورت عدم سازگاری زناشویی بروز کند و دلایل مختلف روحی - روانی یا پزشکی داشته باشد. در این مقاله ضمن اشاره به ضرورت وجود مراکز مشاوره خانواده برای برخورد تخصصی و کارشناسانه با مسائل خانواده، به علل پزشکی اختلالات جنسی پرداخته شده و از این طریق ضرورت وجود پزشک آموزش‌دیده در ترکیب مشاوران مرکز توجیه شده است.

**کلیدواژه‌ها:** لایحه حمایت خانواده، مراکز مشاوره خانواده، طلاق، اختلالات جنسی، روابط زناشویی.

## مقدمه

در آستانه هزاره سوم، نهاد خانواده هم‌چنان به‌عنوان زیربنایی‌ترین رکن هر جامعه‌ای، مورد توجه و دغدغه نظام‌های مختلف است.

در چند قرن گذشته و به‌ویژه دهه‌های اخیر وقوع تحولاتی از جمله انقلاب صنعتی و تغییر الگوهای تولید، رواج اومانیزم غیردینی، ظهور جنبش‌های فمینیستی، جهانی شدن و بسیاری از تغییرات دیگری که مدرنیته در زندگی انسان پدید آورده است، موجب تغییرات چشمگیری در ساختار و کارکرد خانواده و نقش دولت در این نهاد شده است.

بی‌شک تحولات فوق، گذری، سطحی و اتفاقی نیستند بلکه به‌صورت مستمر و دارای پیچیدگی‌های فزاینده‌ای هستند که چالش‌های اساسی را به‌ویژه در سطوح ملی ایجاد نموده‌اند؛ زیرا سعادت جامعه در گرو وجود خانواده‌هایی است که در آن علاوه بر آرامش زوجین که سرمایه‌های فعلی آن جامعه هستند، فرزندان تربیت شوند که بتوانند آینده‌ساز جامعه خود باشند و در روند تحولات مترقیانه اجتماع خود نقشی اساسی ایفا کنند. لذا توجه به این نهاد بنیادین اجتماع و هرگونه سرمایه‌گذاری مادی و معنوی برای تحکیم و ارتقای آن علاوه بر این‌که حافظ شأن و کرامت انسان است می‌تواند بستر سامان‌دهی مطلوب هر جامعه را در حال و آینده به بهترین شکل فراهم و سعادت ملت را به ارمغان آورد.

در اصل ۲۱ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آمده است: «از آن‌جا که خانواده واحد بنیادین جامعه اسلامی است، همه قوانین و مقررات و برنامه‌ریزی‌های مربوط باید در جهت آسان کردن تشکیل خانواده، پاسداری از قداست آن و استواری روابط خانوادگی بر پایه حقوق و اخلاق اسلامی باشد». بنابراین در سطح ملی باید برنامه‌ریزی‌هایی برای حفظ، پیش‌بینی راهکارهایی برای ارتقاء و مطالعاتی برای شناسایی آفات نهاد خانواده صورت گیرد که تمامی این تدابیر مستلزم شناخت تخصصی و دقیق خانواده و کارکرد آن با توجه به ابعاد متنوع و پیچیده آن است.

در لایحه پیشنهادی حمایت خانواده تشکیل مراکز مشاوره خانواده در کنار دادگاه‌های خانواده با رویکرد پرداختن به عوامل مؤثر در طلاق و جلوگیری از آن پیش‌بینی شده است که مرکب از کارشناسان رشته‌های مختلف مانند مطالعات خانواده، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، حقوق، فقه و مبانی حقوق اسلامی می‌باشد.

اگرچه بر شمردن کارشناسان در این ماده جنبه حصری ندارد لیکن باید توجه داشت که ریشه‌یابی مسائل خانواده و اقدام به حل آن، به دلیل چند بعدی بودن مشکلات و اثرات متقابل آن‌ها بر یکدیگر، مستلزم به‌کارگیری تیم توانمندی از کارشناسان حوزه‌های مختلف است که حضور یک پزشک در این تیم، حلقه مفقود کارشناسان نام‌برده در این لایحه است.

آمارها نشان می‌دهند که یکی از عوامل مؤثر و اصلی در طلاق عدم ارضای غریزه جنسی زوجین است. زیرا غریزه جنسی از قوی‌ترین نیازهای درونی است که عدم ارضای آن به اختلالات پایدار و عمیقی در روابط زوجین منجر و در نهایت این محرومیت جنسی می‌تواند سبب از هم گسیختگی زندگی زناشویی و طلاق گردد.

به‌طور کلی اختلالات جنسی که در بسیاری از موارد به صورت عدم سازگاری زناشویی بروز می‌کنند می‌توانند به دلایل مختلف از جمله زمینه‌های روحی - روانی یا پزشکی ظاهر شوند. تحقیق حاضر ضمن تأیید نقش مراکز مشاوره خانواده برای برخورد تخصصی و کارشناسانه با مسائل خانواده و حل آن، با پرداختن به علل پزشکی اختلالات جنسی، نه تنها وجود پزشک آموزش‌دیده در این خصوص را در ترکیب مشاوران ضروری می‌داند بلکه بر لزوم کسب اطلاعات اولیه درباره مسائل جنسی و نقش آن در تحکیم روابط زوجین برای سایر افراد حاضر در مراکز مشاوره از جمله روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی و حقوقدانان تأکید دارد.

## ۱. خانواده و غرایز جنسی

### عدم ارضای غریزه جنسی: عامل پنهان طلاق

نظام زوجیت از ارکان عالم خلقت و از آیات و نشانه‌های الهی است که موجب تداوم و تکامل حیات انسان‌هاست و ایجاد مودت، رحمت و آرامش میان زن و شوهر می‌تواند یکی از نتایج اصلی این نظام تلقی شود.<sup>۱</sup> در نخستین نجوای رازگونه، آدم ابوالبشر به خداوند می‌گوید: «پروردگارا در برابر خود کسی را می‌بینم که در دلم میل و انسی به او احساس می‌کنم و چون خدای یگانه نجوای بنده یکدانه‌اش را شنید، فرمود: اگر او را می‌خواهی از من بخواه و وصال او را از من طلب کن...» (وسائل الشیعه، نقل از رحیمی یگانه ۱۳۸۶). بدین ترتیب نهاد خانواده به عنوان مقدس‌ترین و قدیمی‌ترین نهاد، کانونی برای برآورده شدن نیازهای انسان شد.

این نهاد مانند هر نهاد دیگری می‌تواند شروع و پایانی داشته باشد به عبارت دیگر هر ازدواجی سرانجام روزی خاتمه می‌یابد و پایان طبیعی هر ازدواجی، غالباً فوت یکی از زوجین است و علی‌رغم تلخی جدایی ناشی از فوت یکی از زوجین، این بهترین فرجامی است که برای خاتمه یک زندگی مشترک می‌توان تصور نمود. چرا که هم اکنون در عصری زندگی می‌کنیم که علاوه بر این که آمار طلاق رو به افزایش است به زنان و مردانی برخورد می‌کنیم که اگر چه زیر یک سقف به عنوان یک زوج زندگی می‌کنند لیکن نه تنها هیچ نشانه‌ای از انس، الفت و مودت بین آن‌ها دیده نمی‌شود بلکه چیزی جز خشم و نفرت یا در بهترین شکل آن سردی و بی‌علاقگی و انفعال در روابطشان حاکم نیست؛ ولی به دلایلی از جمله وجود فرزند یا فرزندان، نبود شانس ازدواج مجدد یا موقعیتی مناسب‌تر، ترس از تنهایی، واکنش خانواده‌ها و فشار اجتماع و در کل مشکلاتی که در پی جدایی رسمی آن‌ها می‌تواند به وجود آید با بی‌میلی تمام زندگی به ظاهر مشترک خود را ادامه می‌دهند و به قدری این وضعیت را جزئی از سرنوشت محتوم خود می‌بینند که حتی لحظه‌ای به فکر اصلاح آن و ریشه‌یابی مشکلات خود به منظور رفع آن‌ها نیستند، اگر هم زمانی اقدامی برای تشخیص یا رفع مشکلشان بنمایند، به دلایل مختلفی تلاش آن‌ها ناکام می‌ماند. این ناکامی می‌تواند دلایلی چون

عدم تشخیص صحیح مشکلات، عدم برخورد صحیح با مشکلات یا فقدان عزم مشترک برای حل ناکامی‌های ایجاد شده در زندگی مشترک باشد.

در کنار عوامل مختلف، متنوع و متعددی که ممکن است یک زندگی مشترک را عملاً یا رسماً به مرز فروپاشی بکشاند (کی‌نیا، ۱۳۷۳)، می‌توان از عدم ارضای غریزه جنسی زوجین در چارچوب زندگی مشترک نام برد.

براساس برخی تحقیقات، حداقل ۵۰ درصد طلاق‌هایی که در دادگاه خانواده به بهانه‌های مختلف صورت می‌گیرند ریشه در مسائل جنسی دارند (فروتن، ۱۳۸۷). به نظر می‌رسد آمار واقعی، چیزی بیش از این باشد چرا که عوامل مختلفی از جمله شرم و حیا غالباً مانع از طرح این موضوع به‌عنوان علت اصلی و زمینه‌ساز طلاق می‌باشد.

نکته جالب توجه این‌که به موجب آماری که مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در اسفندماه سال ۱۳۴۶ نیز منتشر کرده است، علت یازده درصد طلاق زنان و سیزده درصد طلاق نزد مردان، عدم توافق در روابط جنسی بوده است و در همان سال‌ها به موجب مطالعاتی در انگلستان این آمار پنجاه درصد بوده است. (واحدی ۱۳۴۷)

در طلاق‌های توافقی معمولاً زوجین علت طلاق را مطرح نمی‌کنند و صرفاً عدم تفاهم را به‌عنوان دلیل طلاق خود ذکر می‌کنند.

در طلاق از ناحیه زوجه معمولاً علل سطحی و ظاهری که در قانون و شروط ضمن عقد، حق طلاق برای زوجه ایجاد می‌کند و اثبات آن راحت‌تر است و بیان آن پذیرش اجتماعی داشته و در اذهان عمومی قبیح نیست، مطرح می‌شود و زوجه کمتر به اختلالات یا انحرافات جنسی به‌عنوان علت طلاق اشاره می‌کند. مردان نیز معمولاً اصراری بر ارائه دلیل برای خواسته خویش ندارند زیرا به موجب ماده ۱۱۳۳ قانون مدنی که اشعار دارد: «مرد می‌تواند با رعایت شرایط مقرر در این قانون با مراجعه به دادگاه تقاضای طلاق همسرش را بنماید». اختیار طلاق با مرد بوده و با ادای حقوق مالی زن به سادگی همسر خود را طلاق می‌دهد.

بدین ترتیب به نظر می‌رسد که عدم ارضای غرایز جنسی زوجین عامل مهمی در افزایش آمار طلاق در چند سال اخیر بوده است که می‌توان دلایل مختلفی را برای این مشکلات جنسی بر شمرد که در مباحث آتی به آن پرداخته می‌شود.

### رابطه زناشویی و نقش آن در زندگی مشترک

یکی از ستون‌های محکم زندگی مشترک، داشتن یک ارتباط جنسی مبتنی بر یک رضایت دو سویه است و کوچکترین خللی در این ارتباط می‌تواند به بنیان‌های زندگی مشترک لطمه وارد کند.

اگر این رابطه جنسی را از زندگی مشترک حذف کنیم، یک زندگی خواهر برادری شکل می‌گیرد با این تفاوت که در یک زندگی خواهر برادری حقوق و تکالیف طرفین و انتظارات آن‌ها نسبت به هم محدود است و انس و الفتی که به واسطه پیوند خونی بین آن‌ها وجود دارد برای ایجاد تعادل در روابط آن‌ها در غالب اوقات کفایت می‌کند ولی در زندگی مشترک زناشویی، دو طرف با محدوده وسیعی از حقوق، تکالیف و انتظارات روبرو هستند که یکی از عواملی که می‌تواند بین خواسته‌های آن‌ها تعادل برقرار کند. وجود یک رابطه و پیوند قوی عاطفی است که مستلزم وجود یک رابطه جنسی سالم است. از طرفی باید متذکر شد که اگر یک زوج ارتباط جنسی سالمی داشته باشند، الزاماً نمی‌توانند زندگی زناشویی خوبی داشته و خوشبخت باشند، زیرا عوامل زیادی برای گرمی زندگی زناشویی وجود دارد که عامل ارتباطات جنسی در بین آن‌ها بسیار تعیین‌کننده است (مجدد، ۱۳۸۷). به عبارت دیگر اگر چه رابطه جنسی سالم شرط کافی برای دوام زندگی مشترک نیست ولی می‌توان آن را از شروط لازم برای استمرار یک زندگی مشترک تلقی کرد.

جوهر نظریه ناسازگاری جنسی به ما می‌گوید از میان تمام عواملی که در پس مشکلات خانوادگی به‌ویژه مشکلات منجر به طلاق وجود دارد، عدم کامیابی جنسی است که بر دیگر عوامل زمینه‌ای تقدم دارد. اگر زوجی در روابط جنسی کامیاب باشند از بسیاری از مشکلات به راحتی می‌گذرند و یا از شدت آن کاسته می‌شود و بالعکس. نبود رابطه جنسی مناسب زمینه را برای دامن زدن به مشکلات جزئی و تبدیل آن‌ها به مشکلات بزرگ مهیا می‌سازد (ارجمندی، ۱۳۸۷).

ارتباط جنسی در انسان‌ها تنها به جهت غریزه جنسی و تولید مثل نمی‌باشد، رابطه جنسی در انسان‌ها از حیوانات متمایز است زیرا ارتباط دو انسان به عنوان یک ابزار ارتباطی و شیوه ابراز انواع هیجان‌ها چون صمیمیت، عشق، پرخاشگری و هم‌چنین فعالیتی لذت‌بخش می‌باشد (پورمحسنی و ایرانی، ۱۳۸۶)؛ لذا عملکرد جنسی مطلوب موجب آرامش روحی، تقویت اعتماد به نفس، احساس کامروایی، سرزنده بودن و شادابی، کاهش حالت عصبی یا افسردگی و استرس‌های ناشی از زندگی روزمره، احساس صمیمیت و نزدیکی بیشتر نسبت به همسر و کاهش تنش‌ها در زندگی خانوادگی می‌شود و نهایتاً به تحکیم روابط خانوادگی کمک شایانی می‌کند.

در عوض هرگونه اختلال در این روابط به احساس محرومیت، ناکامی و عدم امنیت روانی، احساس تنفر از همسر و دلخوری، حسادت، بدبینی و سوءظن، اضطراب، عدم تمرکز، بی‌حوصلگی، بهانه‌گیری، خشونت، مقصر دانستن طرف مقابل در مشکلات زندگی، احساس تحقیر شدن، افزایش تنش‌ها و بزرگ‌نمایی مشکلات شده و نتیجه‌ای جز از هم گسیختگی زندگی مشترک نخواهد داشت.

## ۲. مشکلات جنسی زوجین و عوامل آن

تحقیقات مختلفی درباره عوامل نارضایتی جنسی زوجین یا عدم ارضای غرایز جنسی به عمل آمده است، این تحقیقات حاکی از تأثیر عوامل مختلفی نظیر عوامل روانی، اجتماعی و پزشکی در پدیداری این مشکل است که در این تحقیق به بعد پزشکی آن بیشتر پرداخته می‌شود.

طبق یکی از پژوهش‌های صورت گرفته<sup>۲</sup>، موانع سنتی و اجتماعی برای برخورد علمی و واقع‌گرایانه با مسائل جنسی، عدم وجود نهاد و مرجعی برای آموزش جنسی و ممنوعیت بحث درباره آن در رسانه‌ها، فقدان مرجعی علمی و آکادمیک برای تحقیق، مطالعه، تشخیص و درمان اختلالات جنسی، کمبود بحث روشنگر جنسی، پایین بودن سطح سواد عمومی که مانع از تلاش فردی برای مطالعه و تحقیق در این باره می‌شود، پایین بودن سطح درآمد و در نتیجه آن عدم دسترسی کافی به امکانات آموزشی، بهداشتی و اطلاعاتی، نبود سایت‌های مرجع و قابل اعتماد برای آموزش الکترونیکی، سطح بسته خانوادگی که گاهی منجر به سرکوب طرح مسائل جنسی می‌شود و عدم وجود سطح معتدل و سالم ارتباط بین دو جنس و شناخت کافی این دو از یکدیگر، از جمله عواملی هستند که باعث ایجاد مشکلات جنسی در خانواده‌ها می‌شوند (امیریانزاده و امیریانزاده و دیگران، ۱۳۸۵).

برای مثال یکی از اختلالات جنسی که در زنان در تمام دنیا شایع است عدم ارگاسم یا رسیدن به اوج لذت جنسی است که در کشور ما نیز آمارهای متفاوت و غالباً قابل توجهی درباره این اختلال جنسی موجود است.

یکی از عواملی که در نرسیدن به اوج لذت جنسی، می‌تواند سهم به‌سزایی داشته باشد، باورهای نادرست از ارتباط جنسی بین زن و مرد است. اغلب مردان متأهل گمان می‌کنند که رابطه جنسی خدمتی است که توسط زنان به شوهرانشان داده می‌شود و در اصل برای تأمین آسایش مردان صورت می‌گیرد. در این تفکر غالباً رضایت زنان ملاک عمل نیست و آن‌ها چه تمایل داشته باشند و چه نداشته باشند، شرعاً موظف به تمکین جنسی در برابر شوهری هستند که نفقه می‌پردازد (البته این برداشتی غیرواقعی از شرع می‌باشد) (ایمنی و کریمپوریان، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد این بیشتر ریشه در تفکر مردسالاری دارد که در بسیاری از جوامع بشری حاکم بوده است. نمود چنین تفکری در قوانین ما نیز یافت می‌شود که نشوز یا عدم تمکین خاص را فقط در مورد زنان پیش‌بینی کرده و این مسئله موجب شده است که مردان به سادگی دعوی نشوز یا عدم تمکین را علیه همسران خود طرح کنند. در حالی که حتی اگر اختلافات ریشه در مشکلات جنسی ناشی از نشوز مرد داشته باشد، زنان از ترس متهم شدن به آن چه که اجتماع آن را برای زن قبیح می‌داند، از بیان آن خودداری می‌کنند. طبق ماده ۱۱۰۸ قانون مدنی «هرگاه زن بدون مانع مشروع از ادای وظایف زوجیت امتناع کند، مستحق نفقه نخواهد بود»، عبارت امتناع از وظایف زوجیت معادل واژه نشوز در فقه است. اگرچه به

لحاظ فقهی نشوز از جانب هر یک از زوجین می‌تواند صورت گیرد، ولی در این ماده، صرفاً نشوز زوجه در مقابل مطرح است (محقق داماد، ۱۳۸۱).

یکی از نوآوری‌های لایحه پیشنهادی حمایت خانواده ۱۳۸۶ که قطعاً با تعالیم اسلامی، شرع مقدس و واقعیات موجود انطباق بیشتری دارد، مطرح کردن بحث نشوز مرد به عنوان موضوعی که می‌تواند در دادگاه خانواده مورد رسیدگی قرار گیرد، می‌باشد. ماده ۴ لایحه، اشعار دارد: «امور و دعاوی زیر در دادگاه خانواده رسیدگی می‌شوند: ... ۸- نشوز و تمکین زوجین» استفاده از واژه زوجین به جای زوجه حاکی از پذیرفتن نشوز مرد توسط قانون‌گذار است که قطعاً در نتیجه توجه تدوین‌کنندگان لایحه به مشکلات جنسی در خانواده‌ها، سهم مرد در ایجاد این مشکلات و آثار و تبعات منفی آن در خانواده و اجتماع بوده است که این به نوبه خود می‌تواند گام مثبتی در جهت احیاء بینش صحیح اسلامی و پیشگیری از عواقب منفی ناشی از این مشکل در خانواده و اجتماع باشد. هر چند که در حال حاضر قضات دادگاه‌های خانواده، زنانی را که شوهرانشان به نحوی از انحاء وظایف مربوط به روابط زناشویی را انجام نمی‌دهند مشمول قاعده عسر و حرج می‌دانند، به این دلیل که تمکین مرد نیز جزئی از حسن معاشرت زوجین محسوب می‌شود و عدم تمکین وی می‌تواند زن را در عسر و حرج قرار دهد.

از جمله عواملی که موجب مشکلات جنسی در خانواده‌ها می‌شود می‌توان به عوامل مرتبط با زمینه‌های پزشکی و روان‌شناسی اشاره کرد. البته باید توجه داشت که در این‌گونه موارد غالباً نمی‌توان مرز دقیقی بین علل مختلف بروز مشکلات جنسی ترسیم نمود چرا که معمولاً علل بروز این مشکلات دارای پیوندها و اثرات متقابلی بر یکدیگر هستند. برای مثال نعوظ آلت در نتیجه تداخل بین سیستم اعصاب و عروق که تحت تأثیر تحریکات ذهنی و سطح هورمون‌های بدن می‌باشد، اتفاق می‌افتد. بنابراین می‌توان گفت که اختلالات نعوظ می‌تواند با منشاء عصبی، روانی، هورمونی و یا عروقی (شریانی، وریدی، اجسام غاری)، به صورت واحد و یا ترکیبی از آن‌ها ظاهر شود. تا مدتی قبل بر این باور بودند که ۹۰ درصد علل اختلالات نعوظ ناشی از عوامل روانی می‌باشد ولی اخیراً این نظریه روبه تغییر است و نقش عوامل عضوی در حال افزایش می‌باشد.

بسیاری از عوامل روحی ممکن است باعث ناتوانی جنسی گردند که از جمله می‌توان به طلاق، مرگ همسر، احساس ناامیدی، از دست دادن سلامت فرد یا همسر، عدم سازگاری در زندگی زناشویی و نبودن درک متقابل اشاره کرد. عوامل دیگر نظیر امکان طلاق مجدد و عدم توانایی رابطه مجدد و نگرانی در مورد سرنوشت فرزندان نیز می‌تواند از جمله عوامل روحی منجر به اختلالات جنسی به شمار آیند.



از علل ناتوانی جنسی با منشأ روانی اولیه می‌توان سرکوب جنسی و سنت‌های مذهبی یا خانوادگی قدیمی را که در آن‌ها مسائل جنسی مورد بحث قرار نگرفته‌اند و آن را به عنوان گناه یا پرداختن به آن را غیرمعقول می‌دانند، اشاره کرد.

در ناتوانی جنسی با منشاء روانی مشکل ایجاد شده می‌تواند به صورت کاهش میل جنسی و یا عدم توانایی در حفظ هیجانان جنسی باشد. کاهش میل جنسی ممکن است به علت شرایط خاص فرد و یا شریک جنسی وی باشد که در این موارد لازم است بیماری به صورت دقیق مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد. ترس از حاملگی و بیماری‌های جنسی مقاربتی، سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی، ترس در انجام رابطه جنسی موفقیت‌آمیز، مقاومت‌های جنسی، نبودن جذابیت و افسردگی از دیگر علل اختلالات جنسی با منشأ روانی می‌باشند.

زمینه‌ها یا بیماری‌های پزشکی از دیگر عوامل مهم بروز اختلالات جنسی هستند که در بسیاری از موارد تشخیص آن فقط با تهیه شرح حال دقیق بالینی، معاینات پزشکی و گاه انجام آزمایش‌های خاص امکان‌پذیر است. در بحث بعد به اختصار به شرح برخی از علل بروز اختلالات جنسی با زمینه پزشکی در مردان و زنان پرداخته می‌شود.

## علل پزشکی اختلالات جنسی در مردان

### الف - ناتوانی جنسی

ناتوانی جنسی عبارت است از عدم توانایی در ایجاد و حفظ نعوظ آلت جهت انجام یک مقاربت جنسی رضایت‌بخش که مدت سه ماه از شروع آن گذشته باشد (سفتل، ۲۰۰۴). این تعریف شامل دیگر اختلالات جنسی نظیر انحنای آلت، نعوظ طولانی مدت، نعوظ دردناک، زود انزالی و عدم رسیدن به اوج لذت جنسی (ارگاسم) نمی‌باشد.

برای مردان در جوامع مختلف توانایی جنسی به منزله یک معیار برای ارزشیابی توانمندی شخصی محسوب می‌شود. مردانی که قادر به نزدیکی نباشند، دچار سردرگمی، حیرت‌زدگی و افسردگی می‌شوند و به نظر می‌رسد وجود نعوظ بر روی احساس مردانگی آن‌ها تأثیر زیادی دارد. همچنین ممکن است احساس ناتوانی جنسی چنان تأثیری در رفتار شخص داشته باشد که از انجام فعالیت جنسی پرهیز کند. ترس از عدم موفقیت جنسی می‌تواند موجب بهانه‌گیر شدن فرد شود و حتی شریک جنسی خود را عامل این موضوع بداند و سعی در انجام فعالیت بیش‌تر جنسی کند که در هر صورت سبب بدتر شدن مشکل جنسی به جای بهتر شدن آن خواهد شد.

به‌طور کلی ناتوانی جنسی را به دو دسته اولیه و ثانویه تقسیم‌بندی می‌کنند. ناتوانی جنسی اولیه در مردانی است که به هیچ‌وجه تجربه یک نعوظ کامل را برای انجام مقاربت جنسی نداشته‌اند. ناتوانی جنسی ثانویه به مواردی گفته می‌شود که فرد قبلاً قادر به انجام مقاربت و یا نعوظ کامل بوده

ولی پس از مدتی این توانایی را از دست داده است. شیوع ناتوانی جنسی ثانویه ۱۰ برابر نوع اولیه می‌باشد. بروز مشکلات جنسی می‌تواند تحت تأثیر عوامل دیگری نظیر ترس و احساس گناه نیز قرار گیرد. اما باید دانست که در برخی موارد، ناتوانی جنسی ممکن است تنها علامت برخی بیماری‌های پنهان در فرد باشد، لذا بررسی دقیق و پی بردن به عوامل ایجادکننده اختلالات جنسی ضروری است.

تحقیقات جدید مشخص کرده است که شیوع ناتوانی جنسی کامل، بین سن ۴۰ تا ۷۶ سالگی از ۵/۶ درصد به ۱۵ درصد افزایش می‌یابد. هم‌چنین ناتوانی جنسی نسبی از ۱۷ درصد در چهل سالگی به ۳۴ درصد در ۷۰ سالگی افزایش می‌یابد (سفتل، ۲۰۰۴). هم‌چنین مشخص شده است که افراد مسن زمان طولانی‌تری را برای نعوظ کامل صرف می‌کنند و به سختی می‌توانند آن را حفظ کنند و یک سوم این افراد در زمان نزدیکی نعوظ خود را از دست می‌دهند. با افزایش سن، مقدار حجم انزال و مدت ارگاسم نیز کاهش می‌یابد. هم‌چنین از دست دادن نعوظ سریع‌تر اتفاق می‌افتد و مدت زمانی که فرد بتواند به نعوظ بعدی برسد طولانی‌تر می‌شود. مطالعات نشان داده است که علی‌رغم موارد فوق، لذت از مقاربت جنسی همواره با افزایش سن تغییری نکرده است.

ناتوانی جنسی معمولاً با عوامل متعددی ارتباط دارد و منشأ آن می‌تواند روانی، عصبی، هورمونی، عروقی، صدمات به دنبال تصادف و یا به دنبال دستکاری‌های پزشکی و مصرف دارو باشد. عوامل مستعدکننده اصلی برای این بیماری سن، سیگار، فشار خون، چربی بالا، دیابت، افسردگی، ناراحتی عروقی و انواع داروها هستند. هر چند ناتوانی جنسی یک بیماری بدخیم نیست ولی تأثیر بسیاری در کیفیت زندگی شخص و همسرش دارد. این بیماری به دنبال اضطراب، افسردگی و از دست دادن اعتماد به نفس، باعث بروز مشکلاتی در تمرکز عملکرد فردی و اجتماعی فرد خواهد شد.

اختلالات نعوظ را به دو گروه عمده عضوی<sup>۳</sup> و روانی<sup>۴</sup> تقسیم می‌کنند؛ در قسمت عضوی چهار بخش عمده: عروقی<sup>۵</sup>، عصبی<sup>۶</sup>، آناتومیک<sup>۷</sup> و هورمونی<sup>۸</sup> مورد بحث قرار می‌گیرند (بلو و دیگران، ۲۰۰۴).

**علل عروقی:** تحقیقات نشان داده‌اند که دو بیماری عروق قلبی و ناتوانی جنسی از نظر شیوع و سن ابتلا با یکدیگر مرتبطند. هم‌چنین محققین متعددی ثابت کرده‌اند که ارتباط مستقیم بین شیوع ناتوانی جنسی و آترواسکلروز شریان‌های لگنی وجود دارد و از طرفی شدت ناتوانی جنسی نیز ارتباط مستقیم با شدت گرفتگی عروق قلبی (کرونر) در آنژیوگرافی دارد.

اختلال در جریان خون داخل اجسام غاری ثانویه به بیماری‌های شریانی است که فشار اکسیژن خون آلت کاهش می‌یابد و این خود می‌تواند سبب ضایعات بافتی اجسام غاری و در نتیجه ایجاد ناتوانی جنسی در فرد گردد.

لازم به ذکر است شیوع بیماری‌های کرونر و ناتوانی جنسی به‌طور موازی افزایش می‌یابند زیرا هر دو دارای ریسک فاکتورهای متعدد و مشابه مانند فشار خون بالا، افزایش چربی خون، سیگار و دیابت

می‌باشند (پرست و باوت، ۲۰۰۶). در بررسی‌های آنژیوگرافی مشخص شده است که چنانچه ابتلای شریان‌های آلت منتشر و گسترده باشد، ممکن است به دنبال آتروسکلروز باشد ولی در صورتی که ناتوانی جنسی در فرد جوانی همراه با تنگی شریان مشاهده شود معمولاً علت آن صدمات غیرنافذ نشیمنگاه و لگن می‌باشد. دوچرخه سواری نیز از دیگر علل ناتوانی جنسی با منشاء عروقی است که شیوع این بیماری را تا دو برابر می‌تواند افزایش دهد.

اختلال در بسته شدن وریدها نیز یکی از عمده‌ترین علت به‌وجود آمدن ناتوانی جنسی با منشاء عروقی است (سفتل، ۲۰۰۴).

**علل هورمونی:** به‌طور کلی تولید تستوسترون از طریق محور هیپوتالاموس هیپوفیز در مغز تنظیم می‌شود و هر عاملی که باعث اختلال در این محور شود سبب کاهش فعالیت بیضه‌ها می‌شود. در هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک یا کم‌کاری اولیه بیضه‌ها، ترشح هورمون‌های جنسی از هیپوتالاموس کاهش پیدا می‌کند که می‌تواند به علت بیماری‌های مادرزادی و یا به علت تومورها یا ضایعات غده هیپوفیز باشد. لذا این افراد باید از نظر وجود توده‌های مغزی یا عملکرد هورمونی مورد بررسی قرار گیرند.

در هیپوگنادیسم هیپرگنادوتروپیک یا کم‌کاری ثانویه بیضه‌ها، ضمن کاهش کار بیضه‌ها، میزان هورمون‌های ترشح شده از هیپوفیز افزایش می‌یابد. این حالت نیز می‌تواند به‌صورت ژنتیک اتفاق افتد و یا به دنبال تومورها و یا نارسایی عملکرد بیضه‌ها در پی تروما و جراحی‌ها و یا به دلیل بیماری‌هایی مانند اوریون و دیگر بیماری‌های عفونی بیضه به‌وجود آید. علاوه بر دیابت، اکثر بیماری‌های هورمونی نیز می‌توانند باعث ناتوانی جنسی گردند.

**کاهش فعالیت بیضه‌ها:** هیپوگنادیسم یا کاهش فعالیت بیضه‌ها ممکن است به دو دلیل بیماری اولیه در بیضه و یا ثانویه و به علت کاهش ترشح گنادوتروپین‌ها از مغز باشد. تستوسترون موجب ایجاد و حفظ صفات ثانویه جنسی، میل جنسی و توانایی جنسی در مردان می‌شود. بنابراین بیماران با اختلالات هورمونی می‌توانند با طیف بسیار متفاوتی از علائم مراجعه نمایند. این افراد ممکن است تغییراتی در جثه و فرم بدن یا بزرگ شدن پستان‌های خود<sup>۱</sup> احساس نمایند. در هیپوگنادیسم معمولاً کوچک شدن اندازه بیضه‌ها شایع می‌باشد و معاینه این افراد نیز مؤید آن است (مورالز، ۱۹۹۸).

کاهش سطح تستوسترون خون نشان‌دهنده تشخیص قطعی کاهش فعالیت بیضه‌ها می‌باشد که به دلیل نقص در محور هیپوتالاموس هیپوفیز اتفاق می‌افتد. در چنین مواردی باید میزان گنادوتروپین نیز اندازه‌گیری شود. حدود ۷۰ درصد افراد با شکایت ناتوانی جنسی که سطح تستوسترون پایین دارند به اختلال در عملکرد بیضه‌ها به صورت اولیه<sup>۱</sup> مبتلا هستند. این مشکل ممکن است همراه با اختلالات کروموزومی و یا سابقه عفونت، جراحی و تروما به بیضه‌ها باشد. در

معاینه این افراد ممکن است لمس نشدن بیضه‌ها و یا کوچک بودن آن‌ها و پایین بودن سطح تستوسترون خون مشاهده گردد (پرست و باوت، ۲۰۰۶).

عوامل هورمونی نقش مهمی در تنظیم فعالیت‌های نعوظ دارند. زمان طولانی است که کاهش هورمون‌های جنسی به عنوان عامل مؤثر در اختلالات نعوظ شناخته شده‌اند.

بررسی‌ها نشان داده است که تستوسترون باعث افزایش تمایلات جنسی، افزایش دفعات فعالیت جنسی و افزایش تعداد نعوظ شبانه می‌گردد که مورد اخیر بسیار مهم است زیرا که نعوظ‌های شبانه برای اکسیژن‌رسانی طبیعی به اجسام غاری و در نتیجه فعالیت طبیعی آن‌ها ضروری می‌باشند. با افزایش سن، کاهش تدریجی تستوسترون اتفاق می‌افتد که می‌تواند باعث اختلال در فعالیت جنسی گردد. لذا بیمارانی که سطح هورمونی آن‌ها کاهش یافته (نظیر افرادی که به هر دلیلی بیضه‌های آن‌ها برداشته شده است) در صورت جایگزین کردن هورمون تستوسترون موجب احساس بهبودی در وضعیت نعوظ و نیز میل جنسی خود می‌گردند.

**افزایش ترشح پرولاکتین:** هورمون پرولاکتین توسط هیپوفیز و تحت تأثیر هیپوتالاموس ترشح می‌شود. افزایش ترشح پرولاکتین می‌تواند باعث اختلال در نعوظ گردد. این بیماری که عمدتاً به دلیل تومورهای هیپوفیز و یا در پی مصرف داروها به وجود می‌آید، اختلالاتی را در فعالیت‌های جنسی و یا تولید مثل به وجود می‌آورد. کاهش میل جنسی، ناباروری، اختلال در نعوظ، بزرگ شدن پستان‌ها و خارج شدن شیر از پستان از علائم بیماری می‌باشند (سفتل، ۲۰۰۴).

**اختلال عملکرد تیروئید:** افرادی که مبتلا به کم‌کاری تیروئید می‌باشند به علت افزایش پرولاکتین و اثرات حاصله از آن ممکن است دچار اختلال در نعوظ شوند. هیپرتیروئیدی پنهان نیز می‌تواند موجب سبب ناتوانی جنسی گردد. در نتیجه این تغییرات ممکن است بزرگ شدن پستان‌ها و اختلال در تولید اسپرم، کاهش میل جنسی و اختلال در نعوظ پدید آید. در کم‌کاری تیروئید شایع‌ترین اختلال جنسی کاهش میل جنسی است، که به نظر ناشی از افزایش سطح استروژن در گردش می‌باشد، که این خود نیز گاهی اختلال در نعوظ را هم سبب می‌گردد.

**علل یاتروژنیک یا دستکاری‌های پزشکی:** برخی از اعمال جراحی و مصرف انواع زیادی از داروها می‌توانند منجر به ناتوانی جنسی گردند. اعمال جراحی از طریق اختلال در اعصاب، خون-رسانی و یا آسیب به اعضای که موجب نعوظ می‌گردند، سبب بروز این عارضه می‌شوند. به‌طور مثال در جراحی ستون فقرات یا مغز ممکن است به علت آسیب به اعصاب مرتبط با نعوظ ناتوانی جنسی اتفاق افتد. جراحی‌های وسیع لگنی جهت تومورها و یا جراحی بررسی عروق تنگی ممکن است شبکه عصبی لگنی را دچار آسیب کند.

در افرادی که تحت عمل جراحی پروستات قرار می‌گیرند شیوع ناتوانی جنسی تا ۱۵/۶ درصد گزارش شده است و در عمل جراحی سرطان پروستات این میزان تا ۶۰ درصد نیز اتفاق می‌افتد (سفتل، ۲۰۰۴).

**علل عصبی:** سکته مغزی، تومورها و عفونت‌های مغز، تشنج مغزی و بیماری پارکینسون، می‌توانند سبب ناتوانی جنسی در مردان گردند. ضایعات وارد شده به نخاع نیز نقش مهمی در ایجاد اختلالات نعوظ بازی می‌کنند. شدت و وضعیت ناتوانی جنسی به محل جراحی و وسعت ضایعه مرتبط می‌باشد. در ۹۵ درصد بیماران با ضایعات کامل نخاع فوقانی نعوظ رفلکسی مشاهده می‌شود (اردلی و کربی، ۱۹۹۷).

افراد با ضایعه نخاعی تحتانی دارای ناتوانی جنسی با ماهیت متفاوت می‌باشند. در این بیماران نعوظ رفلکسی وجود ندارد ولی ۹۰ درصد مبتلایان که ضایعات ناقص داشته‌اند و ۲۷ درصد افرادی که ضایعه کامل دارند، دارای نعوظ روانی می‌باشند. این افراد هیچ‌گاه با تحریک موضعی دچار نعوظ نمی‌شوند و از این جهت دارای پیش‌آگهی بسیار بد هستند، در این مبتلایان انزال نیز از بین می‌رود. هرچند تروما شایع‌ترین علت جراحی‌های نخاعی می‌باشد که موجب اختلال در نعوظ می‌گردد، ولی فتق دیسک کمری به خصوص در افراد جوان می‌تواند سبب ضایعه به ریشه‌های اعصاب خاجی شود که در نتیجه آن توانایی نعوظ ممکن است به‌طور ناگهانی از بین برود. در بیماری ms (مولتیل اسکروزیر)، ۷۵ درصد مردان به ناتوانی جنسی مبتلا می‌شوند (گلدستین و دیگران، ۱۹۸۲).

**علل دارویی:** بسیاری از مواد دارویی می‌توانند باعث اختلال در نعوظ، کاهش میل جنسی و اختلال در انزال گردند. داروهایی که برای درمان پرفشاری خون به کار می‌روند، کم و بیش بیماران را دچار اختلالات نعوظ می‌کنند. بسیاری از داروهای ضد سرطان به‌طور تدریجی می‌توانند باعث از دست رفتن میل جنسی، نروپاتی محیطی، ناتوانی جنسی و کاهش شدید تعداد اسپرم‌ها گردند. افرادی که به علت بیماری‌های قلبی عروقی از داروهای مربوطه استفاده می‌کنند، ممکن است به اختلالات جنسی ناشی از مصرف دارو مبتلا شوند. به‌طور کلی ممکن است تا ۲۵ درصد علل ناتوانی جنسی در افرادی که به کلینیک‌های ناتوانی جنسی مراجعه می‌کنند، دارویی باشد (مالکاهی، ۲۰۰۷).

### علل متفرقه

**سیگار:** سیگار از عوامل شناخته‌شده اختلالات نعوظ می‌باشد. مصرف سیگار موجب بیماری آترواسکلروز و انقباض عروق می‌شود. مکانیسم اصلی تأثیر سیگار ناشی از تأثیر تخریبی آن بر روی بافت عروقی آلت می‌باشد.

هرچند شیوع ناتوانی جنسی در افراد سیگاری و غیرسیگاری فرقی ندارد ولی چنانچه زمینه‌های قلبی عروقی وجود داشته باشد، سیگار باعث افزایش قابل توجه شیوع آن می‌شود. در افرادی که همراه با مشکلات قلبی سیگار می‌کشیدند، ناتوانی جنسی در ۵۶ درصد آن‌ها مشاهده می‌شد، در حالی که در افراد غیرسیگاری که مشکلات قلبی داشتند میزان ناتوانی جنسی ۲۱ درصد بوده است. شواهد نشان می‌دهند سیگار باعث تشدید عوارض جانبی داروها نیز می‌گردد. در مطالعه وسیعی که بر روی افراد ۳۰ تا ۵۰ ساله صورت گرفت، مشخص شد که خطر ناتوانی جنسی در افراد سیگاری ۵۰ درصد افزایش می‌یابد.

افرادی که بیشتر از دو بسته سیگار در روز مصرف می‌کنند نعوظ‌های شبانه ضعیف‌تری دارند که این موضوع می‌تواند ناشی از کاهش فشار اکسیژن در اجسام غاری باشد.

**الکل:** مصرف مزمن و دراز مدت الکل اثرات تخریبی قابل توجهی بر روی فعالیت جنسی دارد. الکلیک‌های مزمن ممکن است به نارسایی کبد مبتلا شوند که این خود سطح تستوسترون سرم را کاهش و سطح استروژن سرم را افزایش می‌دهد. حاصل دو پدیده فوق اختلال در نعوظ به علت عوامل هورمونی خواهد بود. اختلالات عصبی که در الکلیک‌های مزمن مشاهده می‌شود، می‌تواند اعصاب آلت را نیز در برگیرد.

**دیابت:** تقریباً ۳۵ تا ۷۵ درصد مردان مبتلا به دیابت دچار اختلال در نعوظ هستند (پرست و باوت، ۲۰۰۶). هم‌چنین در افراد دیابتی اختلالات جنسی در سن پایین‌تری علائم خود را نشان می‌دهند. در برخی از موارد، اختلال جنسی می‌تواند اولین علامت بیماری دیابت باشد. با افزایش سن احتمال وقوع اختلالات نعوظ در این بیماری بیشتر می‌شود. آمارها نشان می‌دهند شیوع ناتوانی جنسی در افراد دیابتی در سنین ۵۰، ۸۰، ۷۰، ۶۰ سالگی به ترتیب ۷/۵، ۲۳، ۵۸ و ۸۰ درصد می‌باشد که حدود ۲ تا ۵ برابر بالاتر از افراد غیردیابتی جامعه می‌باشد. در مطالعاتی که توسط سونوگرافی داپلر در مردان دیابتی انجام شده است، بیشتر از ۷۵ درصد موارد، شریان آلت دچار نارسایی بوده است (سفتل، ۲۰۰۴). اختلالات عصبی نیز در افراد دیابتی مشاهده می‌شود که به خودی خود می‌تواند موجب اختلال در نعوظ گردد.

**هیپرلیپیدمی و آترسکلروز:** هیپرلیپیدمی و آترسکلروز، ناشی از رسوب چربی بر دیواره شریانچه‌ها می‌باشد که باعث کاهش جریان خون در اجسام غاری می‌شود و به دنبال آن، اختلال در نعوظ از نوع شریانی به‌وجود می‌آید. هیپرلیپیدمی هم‌چنین می‌تواند به‌طور مستقیم سبب اختلال در عملکرد عضلات صاف آلت گردد.

**نارسایی مزمن کلیه:** نارسایی مزمن کلیه یکی دیگر از عوامل ایجاد اختلال در نعوظ به‌شمار می‌رود. حدود ۵۰ درصد بیماران که دیالیز می‌شوند ناتوانی جنسی دارند (پرست و باوت، ۲۰۰۶). هم‌چنین به علت اختلالات هورمونی کاهش میل جنسی نیز به اختلالات نعوظ اضافه می‌شود.

بیماران دیالیزی به علت مصرف داروهای متعدد از جمله مصرف داروهای کاهش‌دهنده فشار خون و داروهای ضد افسردگی ممکن است به دلیل عوارض دارویی دچار اختلال در نعوظ شوند.

### ب- مشکلات انزال

مشکلات انزال یکی از شایع‌ترین مشکلات جنسی مردان است. طیف این مشکل از زودانزالی شروع و تا انزال دیر هنگام و حتی نداشتن انزال و برگشت انزال ختم می‌گردد. زودانزالی، یکی از شایع‌ترین مشکلات جنسی در مردان می‌باشد که در حدود ۳۰-۴۰ درصد جامعه مردان به آن مبتلا می‌باشند. تعاریف مختلفی برای زود انزالی ارائه شده است. یکی از این تعاریف زود انزالی را به این صورت بیان می‌کند: ایجاد و یا تکرار انزال با حداقل تحریک جنسی قبل از آن که شخص بخواهد که این امر با اضطراب و مشکل درونی وی همراه می‌باشد (بلو و دیگران، ۲۰۰۴).

در بسیاری از ازدواج‌ها زودانزالی مشاهده می‌شود و اگر شدید باشد مشکلات زناشویی شروع خواهد شد. زوجها ممکن است به حالت تطابق و اعتدال جهت حل این مشکلات برسند، مرد جوان می‌تواند از طریق تکرار دوره معاشقه به تعویق انزال در مرحله دوم یا سوم مقاربت دست یابد و یا با روش‌های دیگری همسر خود را به ارگاسم برساند. در اکثر موارد زود انزالی باعث بروز مشکلاتی در رابطه بین دو طرف می‌شود. زن غالباً به این برداشت می‌رسد که این رابطه کاملاً یک‌طرفه شده، شوهرش خودخواه گشته و کم‌کم از انجام نزدیکی دوری می‌کند. این احساس وضع را بدتر می‌سازد. جر و بحث شروع می‌شود و با افزایش اضطراب باعث تأثیر در فاز نعوظ نیز می‌گردد و مرد می‌تواند به تدریج دچار اختلال در نعوظ و در نتیجه مبتلا به ناتوانی جنسی گردد و کم‌کم حتی خانواده مورد تهدید قرار می‌گیرد. لذا این مشکل باید هر چه سریع‌تر بررسی و درمان شود.

### نقش پزشک در تشخیص اختلال جنسی در مردان

با اطلاع جامعه از پیشرفت‌های علمی گسترده‌ای که در درمان موفق و قابل قبول ناتوانی جنسی در دهه اخیر صورت گرفته است، تعداد افرادی که جهت درمان به مراکز پزشکی مراجعه می‌کنند، نیز افزایش یافته است. پزشکان باید بدانند که درمان ناتوانی جنسی امر پیچیده‌ای است و عوامل متعددی می‌توانند در بروز آن دخیل باشند. همچنین ارائه آموزش‌های لازم به بیمار نیز در این زمینه می‌تواند در درمان وی تأثیر زیادی بگذارد. در بسیاری از مواقع ناتوانی جنسی خود ممکن است به طور ثانویه باعث ایجاد بیماری‌های روحی روانی شود.

نحوه انجام بررسی‌ها به دو روش می‌باشد. در روش اول می‌بایستی به کلیه بیماران اطلاعات مناسب نسبت به بیماری و درمان آن ارائه شود و پس از گرفتن شرح حال، معاینه فیزیکی و انجام

آزمایش‌های اولیه، استفاده از داروهای خوراکی، دستگاه واکيوم و تزریق داخل اجسام غاری توصیه می‌شود. در روش دوم علاوه بر گرفتن شرح حال و معاینه فیزیکی، مشاوره روانی و بررسی نعوظ شبانگهی، تست‌های عصبی پیشرفته و بررسی شریان‌ها و وریدهای مرتبط نیز انجام می‌شود.

در بررسی بیمار این اهداف پیگیری می‌شوند: مشخص شدن اینکه منشأ ناتوانی جنسی جسمی می‌باشد یا روحی روانی؛ مشخص شدن شدت و قابلیت بازگشت یا بهبودی؛ تعیین استراتژی درمانی برحسب تشخیص علت ناتوانی جنسی که در آن نظر بیمار و همسرش نیز باید مورد توجه قرار گیرد؛ بررسی ریسک فاکتورها و انجام اقدامات لازم جهت تعدیل آن‌ها.

سؤال در مورد ریسک فاکتورهای ناتوانی جنسی می‌تواند کمک زیادی در بررسی بیمار داشته باشد، از جمله این سؤالات می‌توان به دیابت، علائم ادراری، سابقه بیضه نزول نکرده، داروهایی که بیمار مصرف می‌کند به خصوص داروهای تأثیرگذار بر روی سیستم عصبی یا عروقی اشاره کرد. این سؤالات ممکن است موجب شود پزشک نسبت به تغییر در نوع دارو و یا تغییر در میزان آن اقدام کند، هر چند این تغییر ممکن است الزاماً باعث بهبود اختلال جنسی نشود.

از بیمار در موارد نعوظ، ارگاسم و رضایت‌مندی جنسی باید جداگانه سؤال شود و همچنین از همسر بیمار نیز سؤال شود که چه موضوعی باعث عدم رضایت‌مندی جنسی وی می‌شود.

در مورد همسر فرد باید سؤال شود که آیا وی سابقه ابتلا به سرطان سینه یا دستگاه تناسلی داشته است یا خیر. یک سوم خانم‌هایی که تحت عمل جراحی برداشتن پستان قرار گرفته‌اند ممکن است دچار کاهش میل جنسی جهت مقاربت باشند.

در زمینه اختلالات میل جنسی باید به تغییرات خلق و خوی فرد، وجود فکر و رویاهای جنسی توجه نمود. در صورتی که ناتوانی جنسی همراه با کاهش میل جنسی باشد ممکن است مسائل هورمونی، اختلال در برقراری ارتباطات، عوارض دارویی و افسردگی مطرح باشد. در اغلب مردان در صورتی که کاهش میل جنسی داشته باشند، حفظ نعوظ خیلی مشکل است.

معاینه دقیق و توجه بیش‌تر به صفات ثانوی جنسی و رشد و تکامل دستگاه تناسلی خارجی کمک بسیاری در تشخیص برخی بیماری‌ها مانند کوچکی خمیدگی آلت تناسلی خواهد کرد. بزرگ و کوچک بودن آلت می‌تواند رابطه مستقیمی با سن و توانایی جنسی داشته باشد و می‌تواند به عنوان یک پارامتر تشخیصی به پزشک کمک کند. اندازه، موقعیت و قوام بیضه‌ها مورد توجه قرار گیرند. چنانچه بیضه‌ها کوچک و نرم باشند و بزرگی پستان‌ها نیز در فرد مشاهده شود، بیماری‌های کاهش فعالیت بیضه‌ها یا افزایش ترشح پرولاکتین مطرح می‌گردند.

علائم بالینی بیماری‌هایی نظیر پرکاری یا کم‌کاری غده تیروئید، نارسایی کبدی، کم‌خونی، فشار خون، بیماری‌های قلبی عروقی شدید و نارسایی پیشرفته کلیه باید مدنظر باشند.



در افراد جوان با کاهش میل جنسی، باید به افزایش پرولاکتین سرم مشکوک شد، زیرا ممکن است به علت تومورهای غده هیپوفیز میل جنسی کاهش یابد که این تومورها به‌طور نامشخصی مقدار زیادی هورمون پرولاکتین را ترشح می‌کنند.

### اختلالات جنسی در زنان

افزایش سن (به خصوص در زمان یائسگی)، پایین بودن سلامت روانی و فیزیکی، تجارب جنسی منفی قبلی، سطوح پایین دستیابی به تحصیلات و مجرد بودن، همه با افزایش بروز مشکلات جنسی در زنان مرتبط می‌باشند و در بسیاری از آن‌ها اختلالات جنسی باعث نگرانی‌های عمیق فیزیکی، روانی و احساسی می‌شود که این امر به کیفیت زندگی آن‌ها آسیب می‌رساند (سفتل، ۲۰۰۴).  
تحقیقات نشان می‌دهند که زنان نیاز بیشتری به روابط احساسی مرتبط با رفتارهای جنسی دارند و به همین دلیل وقتی شریک جنسی آن‌ها توانایی ایجاد حس بیشتری از ارتباطات جنسی را ندارد، ناکام می‌شوند. به‌طور کلی اختلال عملکرد جنسی در زنان به عنوان اختلالات تمایل جنسی (کاهش یا فقدان دائمی یا متناوب میل، هوس، فکرهای جنسی و یا تمایل برای برقراری رابطه جنسی)، انگیختگی جنسی (arousal) (ناتوانی دائمی یا متناوب برای دستیابی یا حفظ هیجان کافی رابطه جنسی)، ارگاسم (اختلالات دائمی یا متناوب و یا فقدان دستیابی به اوج لذت جنسی به دنبال تحریک و برانگیختگی جنسی) و یا درد جنسی (درد نواحی تناسلی متناوب یا دائمی در هنگام نزدیکی، اسپاسم غیرارادی دائمی یا راجعه عضلات یک سوم خارجی واژن که با دخول مرتبط است (اندروز، ۲۰۰۵)، تعریف می‌شود که می‌تواند بر کیفیت زندگی او تأثیرگذار باشد.

### نقش آندروژن‌ها در اختلالات جنسی زنان

وجود آندروژن‌ها از جمله تستوسترون برای تکامل دستگاه تولید مثل زنان الزامی می‌باشد. تولید آندروژن‌ها در بدن در غدد فوق کلیوی و تخمدان‌ها و بافت‌های محیطی صورت می‌گیرد.  
برخی علائم و نشانه‌ها می‌تواند پزشک را به ظن کمبود آندروژن هدایت کند. بیشترین شکایت زنان در صورت کمبود آندروژن، کاهش میل جنسی است. ولی برخی بیماری‌های مزمن نیز می‌توانند باعث کاهش میل جنسی و اشتباه در تشخیص شوند. علائمی که بیشتر در کمبود آندروژن مشاهده می‌شوند شامل کاهش میل جنسی، افزایش تجمع چربی و کاهش لوپریکاسیون واژن است. این بیماران به دلیل ضعف عضلانی و اختلال در دستیابی به برانگیختگی و ارگاسم جنسی، معمولاً نیازمند یک تحریک طولانی‌تر تا نقطه تحریک‌پذیری، در مقایسه با سابقه جنسی قبلی می‌باشند.  
در زنان، کاهش میل جنسی شایع‌ترین علامت ابراز شده در سنین ۱۸ تا ۵۹ سالگی می‌باشد (سفتل، ۲۰۰۴). ممکن است تفکیک بین افسردگی و کاهش میل جنسی به سختی صورت گیرد.

پزشکان باید ابعاد مختلف میل جنسی را در زنان بررسی کنند. این موارد شامل شواهد و اطلاعات جنسی، مواجهه شدن‌های قبلی، انتظارات، عقاید فرهنگی، دسترسی به شریک جنسی، موقعیت هورمونی و سلامت عمومی می‌باشد.

بهترین جایگاه برای تجویز آندروژن، ابتلا به منوپوز پس از اعمال جراحی است زیرا بعد از برداشتن رحم و برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها، سطح هورمون تستوسترون در خون تا نصف کاهش می‌یابد و تنها غدد فوق کلیوی برای تولید تستوسترون باقی می‌مانند. هم‌چنین بیماران با نارسایی تخمدان‌های نابالغ نیز کاهش سطح آندروژن را نشان می‌دهند.

شیمی‌درمانی و رادیوتراپی می‌توانند موجب آسیب دیدن سلول‌های تخمدان‌ها و در نتیجه اختلالات هورمونی گردند. برخی درمان‌ها به منظور خنثی‌سازی هورمون‌های آزادکننده گونادوتروپین (*GnRH*) نیز همین نتیجه را می‌دهند. درمان با کورتیزون یا دیگر استروئیدها باعث کاهش تولید آندروژن می‌شود.

استروژن‌های خوراکی مصرف‌شده به عنوان داروهای ضدحاملگی یا درمان جایگزینی هورمونی باعث کاهش تولید تخمدانی آندروژن‌ها می‌شود. حاملگی، سیروز، افزایش هورمون تیروئید و مصرف داروهای ضدتشنج نیز می‌توانند باعث کاهش جزء فعال تستوسترون در بدن شوند.

در کم‌کاری غده هیپوفیز کاهش تولید آندروژن و استروژن مشاهده می‌شود که در نتیجه آن فعالیت غدد فوق کلیوی و تخمدان‌ها کاهش می‌یابند. بیماری‌های مزمن و نارسایی اولیه غدد فوق کلیوی نیز موجب کاهش تولید تستوسترون می‌شوند.

### نقش پزشک در تشخیص اختلالات جنسی زنان

نکته اساسی در ارزیابی بیماران، گرفتن یک شرح حال جامع و دقیق جنسی، پزشکی و روانی اجتماعی، معاینات فیزیکی و برخی تست‌های آزمایشگاهی است.

شرح حال جامع و دقیق جنسی باید شامل ارزیابی قبلی و فعلی میل جنسی، وضعیت برانگیختگی جنسی و چگونگی ارگاسم باشد. علاوه بر پاسخ‌های فیزیولوژیک جنسی، رضایت جنسی نیز به‌طور کلی باید ارزیابی شود. هم‌چنین موقعیت روحی روانی فعلی، اعتماد به نفس، سابقه سوءاستفاده جنسی، ارتباطات قبلی و فعلی و وضعیت شغلی و اجتماعی بایستی مدنظر قرار گیرند. در شرح حال طبی زنان مبتلا به اختلالات جنسی باید سؤالات را بر بیماری‌های طبی (بیماری‌های مزمن مانند دیابت، کم‌خونی و نارسایی کلیوی)، بیماری‌های عصبی (مانند ضایعات نخاع، دیسک مهره‌های کمری و خاجی)، بیماری‌های غدد مترشحه (مانند کم‌کاری تخمدان‌ها، افزایش پرولاکتین خون، اختلالات تیروئید)، ریسک فاکتورهای عروقی (مانند افزایش کلسترول خون، پرفشاری خون، دیابت، سیگار)، مصرف داروها (مانند داروهای کاهش‌دهنده پرفشاری خون، ضدافسردگی‌ها، الکل،

کوکائین)، صدمه به لگن، نشیمنگاه و نواحی تناسلی (مثل آسیب در دوچرخه سواری)، درد نواحی تناسلی، جراحی‌ها (مانند برداشتن رحم، عمل دیسک کمر، جراحی عروق) و شرح حال روان‌پزشکی (مانند افسردگی، اضطراب) متمرکز نمود.

### ۳. حلقه مفقوده مراکز مشاوره خانواده: پزشک آموزش‌دیده

#### نگاهی اجمالی به مراکز مشاوره خانواده در لایحه حمایت خانواده ۱۳۸۶

فصل دوم لایحه حمایت خانواده ۱۳۸۶ اختصاص به مراکز مشاوره خانواده دارد. در ماده ۱۷ این لایحه آمده است: به منظور تحکیم مبانی خانواده و جلوگیری از افزایش اختلافات خانوادگی به ویژه طلاق و سعی در ایجاد صلح و سازش، قوه قضائیه موظف است ظرف سه سال از تاریخ تصویب این قانون در کنار دادگاه‌های خانواده، مراکز مشاوره خانواده را ایجاد نماید. طبق ماده ۱۸ این لایحه، دادگاه الزامی به ارجاع تمام دعاوی مطروحه به مراکز مشاوره خانواده و کسب نظر این مراکز را ندارد و صرفاً می‌تواند در صورت لزوم و به تشخیص قاضی، پرونده را به این مراکز ارجاع و نظر کارشناسی آن‌ها را درخواست کند.

مراکز مشاوره ضمن ارائه خدمات مشاوره‌ای در مهلت مقرر سعی در ایجاد سازش می‌نمایند و در صورت حصول سازش مبادرت به تنظیم سازش‌نامه نموده و گرنه نظر کارشناسی خود را به‌طور کتبی و مستدل به دادگاه اعلام می‌نمایند (ماده ۱۹).

اختصاص فصل دوم لایحه حمایت خانواده به مراکز مشاوره خانواده عکس‌العمل‌های مختلفی را از جانب طیف‌های مختلف حقوقدان و غیرحقوقدان و فعالان حوزه خانواده برانگیخت. در حالی که برخی ماده ۲۷ را یکی از مواد بسیار ارزشمند لایحه تلقی نموده‌اند که در میان هیاهو و اعتراضاتی که نسبت به بعضی از مواد لایحه صورت گرفت، گم شد.

برخی دیگر وجود این مراکز را باعث طولانی شدن روند دادرسی می‌دانند که بی‌شک به ضرر زنان تمام خواهد شد، زیرا زنی که حق طلاق ندارد و به حکم قانون مدنی، موظف به تمکین و ماندن در خانه شوهر است، اطلاع دادرسی منجر به حبس و زجر بیشتر وی می‌شود و در موارد بسیاری به زن‌کشی، شوهرکشی یا تشکیل پرونده زنا محصنه و صدور حکم سنگسار برای زن خواهد انجامید.

البته اگرچه نباید نگرشی منفی به تأسیس چنین مراکزی داشت لیکن نباید راجع به نقش این مراکز در کاهش آمار طلاق اغراق نمود؛ اولاً زوجین وقتی به دادگاه مراجعه می‌کنند که اختلافاتشان به اوج خود رسیده است و به ویژه در دعاوی طلاق تصمیم خود را گرفته‌اند، لذا پرداختن به اختلافات و ریشه‌های آن در این زمان کاری بس دشوار است در حالی که بسیاری از این اختلافات پیش از طرح دعوی در دادگاه، از طرق مختلف قابل پیشگیری یا کنترل می‌باشد. ثانیاً احتمال آن‌که

این مراکز و عملکرد آن‌ها نیز همانند نهاد داوری در دعاوی خانوادگی، به امری صوری تبدیل شود، کم نیست، ثالثاً ممکن است زمانی به عدم کارایی این مراکز پی برده شود که دادگستری با تشکیلات عریض و طویلی که دارد انحلال آن تبعات منفی به همراه داشته باشد.

بنابراین به نظر می‌رسد که پیش از تأسیس این مراکز در کنار دادگاه‌های خانواده، باید به چند مرکز به صورت آزمایشی اکتفا نمود و با مطالعه و بررسی عملکرد این مراکز و نقش آن در کاهش آمار طلاق و رفع نواقص و کاستی‌های آن، نسبت به راه‌اندازی یا منتفی شدن تأسیس این مراکز تصمیم‌گیری نمود.

### ترکیب اعضای مراکز مشاوره خانواده: از پندار تا واقعیت

ماده ۲۱ لایحه حمایت خانواده ۱۳۸۶ به ترکیب کارشناسان مراکز مشاوره خانواده اشاره نموده و از باب تمثیل کارشناسان رشته‌های مختلفی از قبیل مطالعات خانواده، روان‌شناسی، مددکاری اجتماعی، حقوق، فقه و مبانی حقوق اسلامی را به عنوان اعضای مراکز مشاوره معرفی نموده است. برشمردن اعضا به این شکل حاکی از آن است که محدوده و حیطه خاصی برای رشته‌های صلاحیت‌دار جهت خدمات مشاوره‌ای مشخص نشده است. ظاهراً کارشناسان همه رشته‌ها به دلیل عدم تصریح وظایف می‌توانند عضو این مراکز باشند.

به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که با یک کار کارشناسی دقیق‌تر درباره خانواده و مسائل آن، امکان احصاء کارشناسان مورد نیاز در این مراکز وجود داشته باشد که انتظار می‌رود حداقل در آیین‌نامه مربوطه با مشخص کردن وظایف و نقش کارشناسان نام‌برده در ریشه‌یابی و حل و فصل اختلافات خانوادگی، شاهد تغییراتی مثبت در ترکیب اعضای این مراکز مبتنی بر رویکردی واقع‌گرایانه و تخصصی به مسائل خانواده باشیم.

فقدان یک پزشک آموزش‌دیده نیز می‌تواند از آفت‌های مراکز مشاوره دادگاه‌های خانواده باشد، چرا که انجام مشاوره بدون حضور پزشک، تنها می‌تواند دو طرف را به آرامش و تأمل بیشتر و نصیحت و راهنمایی محدودی دعوت کند.

با توجه به این‌که بیش از پنجاه درصد طلاق‌ها ریشه در اختلالات جنسی زوجین دارد و علل عضوی یا پزشکی سهم به‌سزایی در ایجاد این اختلالات دارند، بدون حضور پزشک قطعاً ریشه اصلی مشکل پنهان می‌ماند و اگرچه ممکن است زوجین در اثر حضور در جلسات مشاوره به‌طور موقت به ادامه زندگی مشترک راضی شوند اما به دلیل نپرداختن به اختلاف آن‌ها به صورت اصولی، این اختلافات در موقعیتی دیگر مجدداً به صورت شدیدتری بروز خواهد کرد و قطعاً اثربخشی و نتایج مشاوره‌های بعدی را بسیار کم و ناامیدکننده می‌نماید.

حضور یک پزشک آموزش‌دیده در این مراکز، علاوه بر یافتن ریشه‌های پزشکی اختلالات جنسی، سرنخ‌هایی در اختیار سایر اعضای مشاور قرا می‌دهد و بدین‌وسیله کمک شایانی به حل مشکلات می‌کند.

نکته دیگر آن‌که زوجین غالباً مایل به مراجعه به مراکز مختلف نیستند، پس باید گروه در حداقل زمان ممکن در مورد ریشه اصلی مشکل و درمان آن به جمع‌بندی برسد. زیرا حتی در صورت موافقت زوجین برای مراجعه به پزشک خارج از مرکز، عدم اطلاع کافی پزشک از جریان مسائل و اختلافات زوجین، مانع جمع‌بندی مناسب در مورد ریشه اصلی مشکل می‌شود و در صورت جمع‌بندی نیز امکان ارائه مطلوب نظرات به گروه مشاوره را کمرنگ می‌کند.

بدین ترتیب به نظر می‌رسد که حضور یک پزشک آموزش‌دیده در ترکیب اعضای مراکز مشاوره خانواده، با توجه به اهمیت روابط جنسی در تحکیم روابط زوجین و حفظ زندگی مشترک و نقش مهمی که اختلالات جنسی می‌تواند در تزلزل زندگی مشترک داشته باشد، ضروری می‌باشد.

### جمع‌بندی

پیش‌بینی تأسیس مراکز مشاوره خانواده در کنار دادگاه‌های خانواده فی‌نفسه تدبیری ارزشمند برای کاهش آمار طلاق در شرایط فعلی است. نکته اساسی درباره مسائل و مشکلات خانواده این است که «علاج واقعه را قبل از وقوع باید کرد» و پرداختن به مسائل خانواده آن هم زمانی که به حد بحران رسیده است در مراکزی که به هر ترتیب مانند هر نهاد نوپا، دچار کاستی‌هایی خواهد بود، قطعاً تأثیر چشمگیری در کاهش آمار طلاق نخواهد داشت. به ویژه آن‌که غالباً زمانی زوجین به دادگاه مراجعه می‌کنند که حرمتی بین آن‌ها باقی نمانده و امیدی به ادامه زندگی مشترک ندارند و حتی اگر دریافت خدمات مشاوره‌ای بتواند آن‌ها را به ادامه زندگی امیدوار نماید باز هم امکان بازگشت به وضع سابق بسیار بعید خواهد بود.

بنابراین هرگونه تلاش در جهت حفظ و پاسداری از کیان خانواده باید بر اساس تحقیقات و مطالعات مبتنی بر واقعیات جامعه باشد و سیاست‌گذاری‌ها و امر قانون‌گذاری در عرصه خانواده بیش از پیش انسجام یابد و برنامه‌های کشور نسبت به تقویت نهاد خانواده و بهینه‌سازی کارکرد آن نظام‌مند شود. هم‌چنین آموزش افراد در سنین قبل از ازدواج برای آماده نمودن آن‌ها برای زندگی مشترک، ایجاد ذهنیت مناسب از فلسفه و هدف ازدواج، ارائه خدمات مشاوره‌ای پس از ازدواج و توانمند ساختن زوجین برای جلوگیری یا حل بحران‌های زندگی مشترک، می‌تواند سهم اساسی در تحکیم نهاد خانواده داشته باشد.

در خصوص ترکیب اعضای مراکز مشاوره نیز بهتر می‌بود که کارشناسی دقیق‌تری صورت گیرد. باید توجه داشت که مشاوره خانواده تخصص کاملاً مجزایی در روان‌شناسی و مشاوره است که سابقه

چندانی در کشور ما ندارد و کمبود نیروی متخصص در این حوزه می‌تواند یکی از مشکلات جدی این مراکز باشد.

فقدان یک پزشک در این ترکیب هم، با توجه به دلایل پیش گفته، در موارد بسیاری می‌تواند تلاش اعضا برای تشخیص و حل مشکل زوجین را با ناکامی مواجه سازد. لذا پیشنهاد می‌شود که پزشک عمومی به اعضای مندرج در ماده ۲۱ اضافه شود و در آیین‌نامه‌ای که وظایف و ویژگی‌های اعضا مشخص می‌شود به این نکته اشاره شود که پزشک عمومی باید آموزش لازم را در خصوص مسائل جنسی و تشخیص اختلالات جنسی دیده باشد؛ ضمن این که باید قید شود که نه تنها پزشک تیم مشاوره، بلکه تمام افراد این تیم، باید در رابطه با ابعاد روان‌شناسی، تربیتی و پزشکی مسائل جنسی و نقش آن در تزلزل خانواده، اطلاعات اولیه را کسب نموده باشند و دوره‌های آموزشی ویژه برای آن‌ها توسط متخصصین مربوطه به‌طور مستمر برگزار شود. ضمناً پیشنهاد می‌شود که تبصره‌ای به ماده ۱۹ با این مضمون اضافه شود که «مراکز مشاوره، در صورت لزوم و جهت بررسی‌های بیشتر، می‌توانند زوجین را به مراجع تخصصی اعم از تربیتی، مشاوره‌ای یا پزشکی، ارجاع دهند و پس از آن نظر نهایی خود را جهت تصمیم‌گیری به دادگاه ارائه نمایند».

نکته دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد این است که در صورت موفقیت کار مرکز در منصرف نمودن زوجین از طلاق، پی‌گیری‌های بعدی نیز با معرفی زوجین به مراکز مشاوره‌ای عمومی ادامه یابد، زیرا بررسی‌ها نشان می‌دهد که در یک‌سال اول بعد از انصراف از درخواست طلاق، احتمال بروز مجدد اختلافات خانوادگی، به میزان زیادی وجود دارد.

نکته پایانی این است که قضات محترم بهتر است به جای صرف ارجاع پرونده‌هایی که خواسته آن‌ها طلاق است، سایر پرونده‌ها به ویژه نشوز زوجین یا حتی مطالبه مهریه و نفقه را نیز به این مراکز ارجاع دهند زیرا تجربه ثابت نموده است که طرح این پرونده‌ها مقدمه طرح دعوی طلاق می‌باشند که البته امکانات این مراکز برای ارجاع سایر پرونده‌ها نیز باید مدنظر قرار گیرد.

## یادداشت‌ها

۱. در قرآن کریم آمده است: «از جمله آیات و نشانه‌های خداوند این است که برای شما همسرانی از خودتان بیافرید تا در کنارشان آرام گیرد و میانتان محبت و مودت و دوستی قرارداد و در این کار، آیات و نشانه‌هایی است برای قومی که بپندیشند» سوره روم، آیه ۲۱

2. Organic
3. Psychogenic
4. Vasculogenic
5. Neurogenic
6. Anatomic

7. Endocrine
8. Gynecomastia
9. Primary testicular failure
10. premature ejaculation

## منابع

قرآن کریم

ارجمندی. غلامرضا؛ «آیا واقعا ناسازگاری جنسی عامل اصلی طلاق است؟»؛ خلاصه مقالات دومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی آذرماه ۱۳۸۴ - تهران؛ چاپ اول، انتشارات جهان جام جم؛ ۱۳۸۵ تهران.  
امیریان زاده. منصوره و مژگان، یزدانی. زهره؛ «رابطه بین طلاق و مشکلات جنسی»؛ خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی آذرماه ۱۳۸۴؛ چاپ اول، انتشارات جهان جام جم؛ ۱۳۸۵ تهران.  
ایمنی. بهزاد، کرمپوریان. آرزو؛ «بررسی تأثیر رضایت جنسی بر ثبات خانواده»؛ همان منبع، خلاصه مقالات دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی آذرماه ۱۳۸۴؛ چاپ اول، انتشارات جهان جام جم؛ ۱۳۸۵ تهران.  
پورمحسنی. فرشته، ایرانی. سید عادل؛ «بررسی و نقش عزت نفس و منبع کنترل رضایت جنسی»؛ خلاصه مقالات سومین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی، آذرماه ۱۳۸۶، تهران.  
رحیمی یگانه. زهرا؛ خانواده شاد و با نشاط؛ چاپ اول، انتشارات دانشگاه پیام نور؛ ۱۳۸۶ تهران.  
قانون مدنی.  
لایحه حمایت خانواده ۱۳۸۶ قوه قضائیه.

کی نیا. مهدی، عوامل اجتماعی طلاق، چاپ اول، نشر مطبوعات دینی، قم ۱۳۷۳.  
محقق داماد. سیدمصطفی؛ حقوق خانواده؛ چاپ دوازدهم؛ مرکز نشر علوم اسلامی؛ تهران ۱۳۸۱.  
واحدی. قدرت اله؛ طلاق؛ مؤسسه انتشارات آسیا؛ تهران ۱۳۴۷.  
فروتن. سیدکاظم (سرپرست کلینیک سلامت خانواده دانشگاه شاهد)؛ «نیمی از طلاقها، ریشه در مسائل جنسی دارد»  
نقل از جام جم آنلاین یکشنبه ۱۸ فروردین ۱۳۸۷.

<http://www.jamejamonline.ir/newstext.aspx?newsnum=100935174761>

مجدد. محمد (روان پزشک و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران)، «آسیب شناسی طلاق در جامعه»، نقل از پایگاه اینترنتی تنظیم خانواده، ۲۰ فروردین ۱۳۸۷.

<http://asheghi4u.blogspot.com/1387/01/20/post-634/>

Andrews. Gilly (ed); Women's Sexual Health; elsevier Ltd; Australia 2005.

Blue. T, Giuliano. F, khoury. S, Rosen. R; Clinical Manual of Sexual Medicine – sexual dysfunction in men; Health publication Ltd ; 2004.

Eardley. I, Kirby. R;” Neurogenic Impotence. Diagnosis and Management of Male Erectile Dysfunction”; oxford: Butterworth-Heinemann ; UK 1997:227-231

Goldstein. I, Siroky. M B, Sax. DS. et al. Neurologic abnormalities in multiple sclerosis. J Urol 1982; 128:541

morales. Alvaro (ed); Erectile Dysfunction; Martin Dunitz Ltd; London 1998.

Mulcahy. John; Male Sexual Function, A Guide to clinical management; Humana Press Inc; New Jersey 2007.

Porst. Hartmut, Buvat. Jacques ( ed ); Standard Practice in sexual medicine; Blackwell publishing; Australia 2006.

Seftel. Allen D; Male and Female Sexual Dysfunction; Elsevier Ltd; 2004.