REVIEW ARTICLE

Premature Ejaculation: Review of Definitions and Classification

Mohammad Soltanizadeh[1],
Hamid Taher Neshatdoost[2],
Mehrdad Kalantari[2],
Mehrdad Salehi[3],
Mohammad Hossein Izadpanahi[4]

[1] Assistant Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran
[2] Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
[3] Professor, Department of Psychiatry, Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
[4] Assistant Professor, Department of Urology, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

(Received August 4, 2016 ; Accepted April 16, 2016)

Abstract

Premature ejaculation is likely the most common sexual dysfunction in men with a worldwide prevalence of approximately 30%. Epidemiological studies, accurate diagnosis, appropriate treatment and evaluation of clinical trials need a universally acknowledged definition that is also capable of operationalization. Studies have defined premature ejaculation differently. The most widely used definition is the DSM-IV-TR definition. However, the majority of these definitions are authority-based rather than evidence-based, and has no support from clinical and/or epidemiological studies. In this article, 41 articles were examined, various definitions of premature ejaculation were reviewed, definition criteria of it were discussed and classification of this dysfunction was mentioned. The results showed that multidimensional classifications and definitions using various diagnostic criteria, especially objective criteria like IELT are the most appropriate ones.

Keywords: premature ejaculation, definition, operationalization, classification

J Mazandaran Univ Med Sci 2016; 26(139): 258-272 (Persian).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و ششم شماره ۱۳۹ مرداد سال ۱۳۹۵ (۲۷۲-۲۵۸)

انزال زودرس: مروری بر تعاریف و طبقه بندی

محمد سلطانی زاده[۱]
حمیدطاهر نشاط دوست[۲]
مهرداد کلانتری[۲]
مهرداد صالحی[۳]
محمدحسین ایزدپناهی[۴]

چکیده

انزال زودرس احتمالاً شایع‌ترین کژکاری جنسی در مردان است که شیوع آن در کل دنیا تقریباً ۳۰ درصد است. انجام پژوهش‌های شیوع‌شناسی، تشخیص دقیق، انجام درمان مناسب و ارزیابی کارآزمایی‌های بالینی، نیازمند تعریفی است که مورد پذیرش همگانی قرار گیرد و قابلیت عملیاتی سازی داشته باشد. متون پژوهشی، تعاریف مختلفی از انزال زودرس ارائه داده‌اند. پرکاربردترین آن‌ها، تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) است. با این حال، اکثر این تعاریف نویسنده- محور بوده تا مبتنی بر شواهد و بر اساس پژوهش‌های همه‌گیرشناسی یا پژوهش‌های بالینی نیست. در این مقاله با بررسی ۴۱ مقاله، تعاریف مختلف از انزال زودرس مرور گردید، ملاک‌های این تعاریف برای انزال زودرس مورد بحث قرار گرفت و طبقه‌بندی انواع نشانگان این اختلال ذکر شد. یافته‌ها نشان داد تعاریف و طبقه‌بندی‌هایی که چند بعدی بوده و دارای چند ملاک تشخیصی خصوصاً ملاک‌های عینی مانند زمان انزال دورن واژنی (IELT) باشند، تعاریف و طبقه‌بندی‌های مناسب‌تری هستند.

واژه های کلیدی: انزال زودرس، تعریف، عملیاتی سازی، طبقه‌بندی

مقدمه

انزال زودرس یکی از کژکاری‌های شایع جنسی در مردان است که گرچه مورد توجه زیاد متخصصان سلامت روان است، ولی اطلاعات اندکی در مورد آن وجود دارد. پاسخ انزال شامل مؤلفه‌های مغزی، نخاعی و پیرامونی سیستم عصبی است و نیازمند فعال شدن اعصاب بدنی و اعصاب خودمختار سمپاتیک و پاراسمپاتیک است. تعداد مختلفی از انتقال‌دهنده های عصبی در سطوح مختلف عملکرد عصبی بر انزال اثر می‌گذارند و ارتباط مستقیمی با برانگیختگی زیستی و روانی جنسی فرد دارد(۱). با این که انزال و ارگاسم دو پدیده متفاوت هستند، اما معمولاً در مردان همزمان رخ می‌دهند. انزال در اندام‌های جنسی رخ می دهد، در حالی که احساسات ارگاسمی با اندام های جنسی مرتبط است و عمدتاً یک رویداد مغزی است که کل بدن را شامل می گردد. در برخی نشانگان بالینی، ارگاسم و انزال مستقل از یکدیگر رخ می‌دهد. برای مثال، مردان مبتلا به انزال بدون حس (Anesthetic Ejaculation) دارای انزال طبیعی هستند، اما از نداشتن احساس ارگاسم رنج می‌برند. بنابراین، می‌توان گفت مردان مبتلا به انزال زودرس از اختلال در سرعت انزال رنج می‌برند، اما احساس ارگاسم طبیعی دارند. متأسفانه تمایز دقیقی بین ارگاسم و انزال در صورت نگرفته است. DSM-IV-TR

مولف مسئول: محمد سلطانی زاده- اصفهان: خیابان شمس آبادی، روبروی بیمارستان سینا، ساختمان فارابی، طبقه ۴ E-mail: mohammad.soltani@hotmail.com
۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳. استاد، گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۴. استادیار، گروه اورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
تاریخ دریافت : ۱۳۹۴/۵/۱۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۳۹۴/۷/۱۸ تاریخ تصویب : ۱۳۹۵/۱/۲۸

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

در DSM-IV-TR اختلالات مرتبط با انزال، تحت عنوان اختلالات ارگاسمی طبقه‌بندی شده است. نکته دیگر آن که در DSM-IV-TR، تأخیر در انزال به جهت شباهت با اختلال ارگاسمی زنان (Female Orgasmic Disorder)، اختلال ارگاسمی مردان (Male Orgasmic Disorder) نامیده شده است، در حالی که به انزال زودرس، ارگاسم زودرس گفته نمی‌شود. علاوه بر این، دو نشانگان نسبتاً نادر، یعنی انزال بدون حس و نقص نسبی انزال (Partial Ejaculatory Incompetence) در DSM-IV-TR عنوان نشده است(۲). مترادف دانستن انزال و ارگاسم در DSM-IV-TR با نظرات عصب زیست شناختی هم‌خوانی ندارد. در سال‌های اخیر، اطلاعات زیادی در مورد مبانی عصب زیست‌شناختی و عصب داروشناسی انزال به‌دست آمده است. از دیدگاه عصب زیست‌شناختی، به‌نظر می‌رسد ارگاسم و انزال، مدارها و انتقال‌دهنده‌های عصبی متفاوتی دارند. از این رو، لزوم بازنگری در تعریف انزال زودرس، ضروری به نظر می‌رسد.

مواد و روش ها

در این پژوهش مروری از نوع مروری بر متون (Literature review)، مقالات منتشر شده بین سال‌های ۲۰۱۳-۱۹۴۰ میلادی مورد بررسی قرار گرفت. به منظور دستیابی به مستندات علمی مرتبط، جستجوی الکترونیک به دو زبان فارسی و انگلیسی با استفاده از کلیدواژه‌های انزال، انزال زودرس، زودانزالی، تعریف، طبقه‌بندی (ejaculation, premature ejaculation, rapid ejaculation, definition, classification) در بانک‌های اطلاعاتی: پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)، بانک اطلاعات نشریات کشور (Magiran)، ScienceDirect، EBSCO، Springer، ProQuest، PubMed و Google انجام شد. بر اساس جستجوی اولیه، تعداد ۵۱۸ مقاله به دست آمد. معیارهای ورود مقالات به مرحله بررسی شامل: ۱) پژوهش‌های مرتبط با انزال زودرس در انسان‌ها، ۲) پژوهش‌های انجام شده بین سال‌های ۲۰۱۳-۱۹۴۰ میلادی، ۳) انتشار مقاله به زبان فارسی یا انگلیسی، ۴) تمام متن بودن مقالات و ۵) برخورداری از ساختار مناسب بود. مقالاتی که فاقد چنین معیارهایی بودند، مورد بررسی قرار نگرفت. از بین مقالات به دست‌آمده در مرحله اول، تعداد ۵۴ مقاله بر اساس ملاک‌های ورود به دست آمد. به منظور بررسی کیفیت مقاله‌های گردآوری شده، دو نفر از پژوهشگران به بازبینی مقاله‌ها از نظر عنوان، چکیده، مقدمه، روش کار، نتایج، بحث و منابع پرداختند. در نهایت، تعداد ۴۱ مقاله بر اساس ملاک‌های ورود و بررسی پژوهشگران در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت.

تعریف انزال زودرس

پژوهش در زمینه درمان و همه‌گیرشناسی انزال زودرس، بستگی زیادی به چگونگی تعریف انزال زودرس دارد. متون پزشکی، چندین تعریف عملیاتی از انزال زودرس ارائه داده‌اند که این تعاریف یک بعدی یا چند بعدی است(۴،۳).

هر یک از این تعاریف، انزال زودرس را با استفاده از یک یا چند بعد این اختلال تعریف می‌کنند. این ابعاد عبارت‌اند از: تأخیر انزال (Ejaculatory Latency)، توانایی ادراک شده برای کنترل انزال (Perceived Ability to Control Ejaculation)، کاهش رضایت جنسی، پریشانی شخصی، پریشانی همسر و مشکلات بین فردی یا رابطه‌ای. گرچه بیش ترین تعریف عنوان شده از انزال زودرس یعنی تعریف DSM-IV-TR و دیگر تعاریف انزال زودرس، تفاوت قابل‌توجهی با یکدیگر دارند، ولی همگی آن‌ها نویسنده- محور (Authority-Based) هستند تا مبتنی بر شواهد (Evidence-Based) (۵). بدین معنی که این تعاریف بر اساس نظر متخصصان و بدون ارزیابی دقیق و عینی می‌باشند. این تعاریف عمدتاً مفهومی و مبهم هستند تا عملیاتی و بیش‌تر بر تفسیر مفاهیم توسط

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

درمانگر متکی است. پژوهش‌های اندکی در مورد همه‌گیرشناسی انزال زودرس در ایران انجام گرفته است که احتمالاً یکی از دلایل آن، نبود ملاک های عینی برای ارزیابی انزال زودرس است. در پژوهشی با هدف بررسی شیوع اختلالات عملکرد جنسی در مردان نابارور، پژوهشگران دریافتند انزال زودرس با شیوع ۳۸/۸ درصد، شایع‌ترین اختلال عملکرد جنسی در این افراد بود(۶). در پژوهش دیگری، مهرابی و همکاران شیوع انزال زودرس را در افراد دارای مشکلات جنسی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، ۳۵/۶ درصد برآورد کردند(۷). رضاخانی‌ها و صفری نژاد شیوع انزال زودرس را مردان مراجعه‌کننده به یک درمانگاه اورولوژی، ۳۹/۳ درصد برآورد کردند(۸). با این حال این پژوهش‌ها دارای مشکلات روش شناسی متعددی می‌باشند. حجم نمونه کم، نداشتن ملاک‌های عینی برای ارزیابی انزال زودرس و محدود بودن نمونه به جامعه‌های خاص و عدم استفاده از جمعیت عمومی برای انجام همه‌گیرشناسی انزال زودرس از جمله این محدودیت‌ها است.

فقدان توافق در مورد ماهیت انزال زودرس، مانع از پژوهش های بنیادین و بالینی جهت سبب‌شناسی، درمان و ارزیابی راهبردهای درمان برای انزال زودرس می‌گردد. در سال ۲۰۰۷، انجمن بین‌المللی پزشکی جنسی (International Society for Sexual Medicine) چندین متخصص در زمینه انزال زودرس را مأمور تشکیل یک کمیته تخصصی برای تعریف انزال زودرس کرد. در ادامه، تعریف این کمیته از انزال زودرس و تعاریف DSM-IV-TR و ICD-10 بیان و نقاط قوت و ضعف این تعاریف ارائه می‌گردد و در ادامه تعریف DSM-V عنوان می‌گردد.

عملیاتی کردن متغیرها و سازه های انزال زودرس

در تعریف انزال زودرس و پژوهش در مورد آن، از سازه‌هایی مانند سرعت انزال، خودکارآمدی و یا کنترل ادراک شده بر انزال و پیامدهای منفی فردی و بین فردی استفاده شده است که به عملیاتی‌سازی (Operationalization) نیاز دارند. عملیاتی سازی فرایند تعریف یک متغیر یا سازه توسط یک مقیاس، یک روش و یا عملیات تشخیص مواردی از آن متغیر یا سازه است. عملیاتی سازی و تعیین دقیق نقطه برش، خطای ورود یا خروج (Inclusion or Exclusion Error) برای طبقه‌بندی افراد دارای انزال زودرس یا بدون آن را، کاهش می‌دهد. ملاک‌های بسیار محدود موجب افزایش خطای خروج می‌گردد، درحالی‌که ملاک‌های سهل‌گیرانه منجر به خطای ورود می‌شود. در تعیین چنین ملاک‌هایی باید اهمیت و تأثیر خطاهای طبقه‌بندی در تشخیص انزال زودرس به دقت در نظر گرفته شود. استفاده از یک رویکرد چند متغیری برای تعریف و تشخیص انزال زودرس، خطاهای طبقه‌بندی را کاهش خواهد داد.

تعریف عملیاتی سازه‌های انزال زودرس مشکل است. این سازه‌ها می‌تواند توسط تعداد زیادی از مقیاس‌ها اندازه‌گیری شود و هیچ مقیاس منفردی به طور کامل و دقیق، ماهیت هر یک از سازه‌ها را در بر نخواهد گرفت(۹). برای مثال سرعت انزال (Rapidity of Ejaculation) می‌تواند توسط تخمین ذهنی تأخیر انزال توسط فرد، اندازه‌گیری تأخیر انزال توسط کرنومتر و یا شمارش تعداد دفعات دخول (Number of Thrusts) توسط فرد یا همسر عملیاتی شود. هم چنین، خودکارآمدی ادراک شده انزال (Perceived Ejaculatory Self-Efficacy) یا کنترل انزال می‌تواند توسط اندازه‌گیری افزایش زمان تأخیر انزال ارزیابی شود. در این مورد، زمان تأخیر انزال می‌تواند به وسیله ارزیابی فردی، استفاده از کرنومتر و اندازه‌گیری احساس ذهنی کنترل انزال با استفاده از پرسشنامه‌های انزال زودرس ارزیابی شود و در نهایت پیامدهای فردی و بین فردی منفی انزال زودرس می‌تواند به وسیله اندازه‌گیری میزان پریشانی جنسی یا پریشانی کلی، کسالت، ناکامی، اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس، عزت نفس، کیفیت زندگی و رضایت جنسی مرد و همسر و با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر اندازه‌گیری شود(۹).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

علاوه بر این، مقیاس‌های سرعت انزال، کنترل و خودکارآمدی ادراک شده و پیامدهای منفی فردی و بین فردی دارای ارتباط درونی هستند و با متغیرهای دیگری نیز ارتباط دارند. این متغیرها شامل سلامت جسمی و روان شناختی کلی فرد و همسرش، دفعات مقاربت، زمان سپری شده از انزال قبلی، زمان و کیفیت پیش نوازی، حالت برقراری رابطه، عمق، فشار و تعداد دفعات دخول و انقباض عضلات لگنی همسر و میزان لغزنده شدن واژن همسر است. واضح است که اگر فرایند عملیاتی‌سازی سازه انزال زودرس به درستی انجام پذیرد، تشخیص بالینی انزال زودرس به سهولت انجام گرفته و خطاهای تشخیص این اختلال کاهش پیدا خواهد کرد. پیامد تشخیص صحیح، مداخلات درمانی مناسب خواهد بود.

تعریف DSM و ICD از انزال زودرس

اولین تعریف رسمی از انزال زودرس در سال ۱۹۸۰ توسط انجمن روان پزشکی آمریکا (American Psychiatric Association) در DSM-III انتشار یافت. در DSM-III انزال زودرس به عنوان «انزال قبل از زمان دلخواه فرد به دلیل فقدان مکرر و مداوم کنترل ارادی انزال و ارگاسم که در حین فعالیت جنسی رخ می‌دهد» تعریف شد. ملاک «کنترل ارادی» در تجدیدنظر DSM-III و متعاقباً نسخه های DSM-IV و DSM-IV-TR حذف گردید و ملاک «زمان انزال کوتاه» جایگزین آن شد. در DSM-III-R انزال زودرس چنین تعریف شد: «انزال مداوم و مکرر با حداقل تحریک جنسی قبل، همزمان و یا بلافاصله بعد از دخول و قبل از زمان دلخواه فرد. درمانگران باید عوامل مؤثر بر زمان مرحله برانگیختگی مثل سن، جدید بودن موقعیت یا شریک جنسی و فراوانی فعالیت جنسی اخیر فرد را در نظر بگیرند.» در DSM-IV و DSM-IV-TR این تعریف حفظ شد، ولی ملاک «این اختلال باید موجب پریشانی مشخص یا مشکلات بین فردی شود» اضافه گردید(۱۱،۱۰).

دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) در سال ۱۹۹۳ انزال زودرس را به عنوان «ناتوانی در کنترل انزال به حد کافی تا هر دو طرف از رابطه جنسی لذت ببرند» و «ناتوانی در به تأخیر انداختن انزال به حد کافی تا فرد از عشق‌بازی لذت ببرد» تعریف می کند. ناتوانی در کنترل و به تأخیر انداختن انزال به یکی از حالت‌های زیر خود را نشان می‌دهد: ۱- انزال قبل از شروع مقاربت یا در آغاز آن روی دهد (اگر محدوده زمانی لازم باشد، ظرف ۱۵ ثانیه از شروع مقاربت) و ۲- قبل از آن که نعوظ به حدی برسد که مقاربت امکان‌پذیر شود، انزال رخ می‌دهد. تعریف ICD-10 از انزال زودرس، به سازه‌ی کنترل با ملاک زمان انزال بسیار کوتاه در مدت ۱۵ ثانیه پس از دخول محدود می گردد، اما شواهد تجربی برای حمایت از آن وجود ندارد(۱۲).

تعریف DSM-IV-TR و ICD-10 از انزال زودرس نیازمند آن است که زمان انزال به ترتیب کوتاه و بسیار کوتاه باشد. گرچه در تعریف ICD-10 نقطه برش زمان انزال ۱۵ ثانیه در نظر گرفته می‌شود، ولی DSM-IV-TR چنین ملاک عینی ندارد. فقدان ملاک زمانی در DSM-IV-TR باعث شده است دامنه گسترده‌ای از زمان تأخیر انزال از ۱ تا ۷ دقیقه برای تشخیص انزال زودرس در نظر گرفته شود(۱۴،۱۳). این زمان‌ها به صورت اختیاری و توسط محققان در نظر گرفته شده است و بر اساس اندازه‌گیری‌های عینی نیست(۱۵). استفاده از تعاریف DSM-IV-TR و ICD-10 در مورد انزال زودرس از این جهت که عمدتاً بر اساس نظر و تجربه بالینی متخصصان کمیته‌های DSM و ICD است، محدودیت دارد. یعنی بر اساس نظر متخصصان و بدون پژوهش های کنترل شده و تجربی است.

اعتبار تعریف DSM-IV-TR موضوع مورد مناقشه متخصصان بود. از نظر منتقدان، کلماتی هم‌چون مداوم، مکرر و بلافاصله مبهم هستند و به شیوه‌های گوناگون قابل تفسیر می‌باشند و کمیّت پذیر نیستند. آن‌ها معتقدند که فقدان یک نقطه برش زمانی برای انزال زودرس

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

منجر به کاربرد نادرست تعریف DSM-IV-TR در پژوهش بالینی شده است(۱۷،۱۶). بسیاری از متخصصان از ایجاد یک تعریف جدید در DSM-V حمایت کردند(۱۸). اما متخصصان در این زمینه هم رأی نبودند و بعضی درمانگران معتقدند تعریف DSM-IV-TR دارای اعتبار است و در نسخه جدید آن نیازی به تجدیدنظر نیست(۱۹).

تعریف ISSM از انزال زودرس

کمیته تخصصی ISSM برای تعریف انزال زودرس، این اختلال را یک کژکاری جنسی مردان تعریف می‌کند که با نشانه های زیر مشخص می‌شود:

- انزال همیشه یا تقریباً همیشه قبل از دخول یا در خلال یک دقیقه پس از دخول صورت می‌گیرد.
- ناتوانی برای تأخیر انزال در همه یا تقریباً همه موارد مقاربت
- وجود پیامدهای فردی منفی مانند پریشانی، کسالت، ناکامی و یا اجتناب از صمیمیت جنسی(۱۲).

تعریف DSM-V از انزال زودرس

پس از تعریف ISSM از انزال زودرس و با توجه به پژوهش‌های متعددی که در مورد ملاک‌های عینی انزال زودرس انجام پذیرفت، تعریف انزال زودرس در DSM-V نیز تغییر کرد. انزال زودرس در DSM-V بر اساس ملاک های زیر تعریف شده است:

الف- الگوی مداوم و تکرار شونده ای از انزال که حین رابطه با شریک جنسی و در خلال تقریباً یک دقیقه پس از دخول واژنی و پیش از این که فرد بخواهد، رخ می‌دهد.

ب- علائم ملاک «الف» باید حداقل به مدت شش ماه وجود داشته باشد و در همه یا تقریباً همه (تقریباً ۱۰۰-۷۵ درصد موارد) رابطه‌های جنسی وجود داشته باشد.

ج- علائم ملاک «الف» از لحاظ بالینی برای فرد رنج و پریشانی معنی‌داری ایجاد کند.

د- این اختلال توسط اختلالات روانی دیگر ایجاد نشده باشد و پیامد مشکلات رابطه‌ای شدید یا دیگر عوامل استرس زای مهم نباشد و پیامد مصرف مواد/دارو یا دیگر شرایط پزشکی نباشد(۲۰). در ادامه ملاک‌هایی که برای تعریف انزال زودرس به کار رفته است، به صورت مبسوط مورد بررسی قرار می‌گیرد.

زمان تأخیر انزال درون واژنی (IELT)

Waldinger و همکاران در تلاش برای عملیاتی کردن انزال زودرس، زمان تأخیر انزال درون واژنی (Intravaginal Ejaculatory Latency Time) را معرفی کردند(۲۱). IELT فاصله زمانی بین دخول و انزال درون واژنی تعریف شده است. عملیاتی کردن انزال زودرس با استفاده از مدت زمان بین دخول و انزال، اساس اغلب پژوهش‌های بالینی کنونی در مورد انزال زودرس است. این مقیاس به طور کاملاً واضح و دقیق، تأخیر انزال را تعریف می‌کند و در اکثر پژوهش‌ها در مورد انزال زودرس، به‌کار رفته است. در پژوهش‌های مختلف، واریانس IELT در افراد دارای انزال زودرس بین ۱ تا ۷ دقیقه گزارش شده است. به عنوان مثال، Gebhard میانگین زمان IELT را ۴ تا ۷ دقیقه گزارش داده است که نشان می دهد انزال قبل از ۴ دقیقه باید زودرس تلقی شود(۲۲). از این رو، می‌توان چنین فرض کرد که این میانگین زمانی برابر با مدت زمانی است که افراد آن را برای مقاربت ترجیح می‌دهند. Darling و همکاران در پیمایشی بر روی ۷۰۰ زن گزارش دادند که ترجیح زمان مقاربت از نظر آن‌ها در حدود ۱۱ دقیقه است(۲۳). Waldinger و همکاران در یک پژوهش بالینی بر روی ۱۱۰ مرد دارای انزال زودرس از نوع تمام طول عمر، زمان IELT را به وسیله کرنومتر اندازه‌گیری کردند. نتایج پژوهش نشان داد که ۴ درصد مردان تا ۱۵ ثانیه، ۷ درصد تا ۳۰ ثانیه و ۹۰ درصد تا یک دقیقه پس از دخول به انزال می رسیدند. تنها ۱۰ درصد در مدت زمان بین یک تا دو دقیقه به انزال می‌رسیدند. زوج‌های

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

شرکت‌کننده در این پژوهش، گزارش دادند که استفاده از کرنومتر با آمیزش جنسی یا زمان انزال تداخل نداشت(۲۱). Waldinger و همکاران در پژوهش بر روی ۱۱۰ مرد دارای انزال زودرس دریافتند که ۷۷ درصد آن‌ها IELT کم‌تر از ۳۰ ثانیه و ۹۰ درصد آن ها IELT کم تر از ۶۰ ثانیه دارند(۲۴). نتایج مشابهی توسط McMahon بر روی ۱۳۴۶ مرد مبتلا به انزال زودرس به دست آمد و میانگین IELT، ۳۴/۴ ثانیه حاصل شد(۲۵). این یافته‌ها در پژوهش Waldinger بر روی ۸۸ مرد دارای انزال زودرس از نوع تمام طول عمر تأیید شد. در این پژوهش IELT بر اساس خودارزیابی بود و از کرنومتر استفاده نشد. نتایج این پژوهش نشان داد که ۳۰ درصد مردان در ۱۵ ثانیه، ۶۷ درصد تا ۳۰ ثانیه، ۹۲ درصد یک دقیقه و ۸ درصد بین یک تا دو دقیقه به انزال می رسیدند(۲۶).

بر اساس این شواهد، ISSM نقطه برش زمانی یک دقیقه را برای IELT تعیین کرد. سلطانی زاده نیز در پژوهش خود بر روی ۴۰ مرد دارای انزال زودرس، میانگین IELT ۶۵/۳۹ ثانیه را به دست آورد(۲۷). این پژوهش‌ها حاکی از آن است که اکثریت مردانی که به دنبال درمان انزال زودرس می باشند (۹۰ درصد)، تا یک دقیقه پس از دخول به انزال می رسند. نقطه برش زمانی یک دقیقه برای IELT شامل ۹۰ درصد مردانی می شود که به دنبال درمان هستند و متناظر با ملاک زمان انزال کوتاه در تعاریف DSM-IV-TR و ICD-10 از انزال زودرس است.

کنترل اختیاری

برخی از پژوهشگران ناتوانی در به تأخیر انداختن انزال را به عنوان تعریف انزال زودرس پیشنهاد داده‌اند(۲۹،۲۸). این تعریف به اندازه کافی عملیاتی نیست تا امکان مقایسه بین فردی یا بین پژوهشی را فراهم آورد. مشخص نیست که مردان دقیقاً باید بر چه چیزی کنترل داشته باشند. Kaplan و همکاران کنترل بر بازتاب انزال را اساس تعریف خود در نظر گرفته‌اند(۲۸). توانایی طولانی تر کردن زمان مقاربت با به تأخیر انداختن انزال و احساس ذهنی کنترل بر انزال، سازه کنترل انزال را تشکیل می‌دهد. توانایی به تأخیر انداختن انزال می‌تواند ذاتی یا به واسطه تنظیم تهییج جنسی (Modulating Sexual Excitement) آموخته شده باشد. شکی وجود ندارد که انزال یک بازتاب خودکار نخاعی است. اگر چه موفقیت‌های اندکی در شرطی‌سازی دیگر بازتاب‌های خودکار به دست آمده است، اما به طور تجربی اثبات شده است که بازتاب انزال می‌تواند تحت کنترل ارادی قرار گیرد. تأخیر ارادی انزال قبل یا در اوایل مرحله خروج (Emission) به‌کار می‌رود و پس از آن کنترل ارادی بر فرایند انزال کم‌تر می‌شود(۳۱،۳۰).

همه مردان گزارش می‌کنند که حداقل از یک شیوه شناختی یا رفتاری برای طولانی کردن زمان مقاربت و تأخیر انزال با درجات متفاوتی از موفقیت، استفاده کرده‌اند(۳۲). یکی از شیوه های شناختی مورد استفاده در اکثر مواقع، پرت کردن حواس است. در این شیوه افراد به موضوعاتی که از لحاظ جنسی خنثی هستند مثل ورزش، مطالعه یا کار، فکر می‌کنند. اما تعداد کمی از مردان نیز به مسائلی که از لحاظ جنسی منفی هستند، فکر می‌کنند. در این موارد، برانگیختگی جنسی می‌تواند از بین برود و پیامدهای منفی برای فعالیت جنسی داشته باشد. استفاده از روش حواس پرتی می‌تواند باعث کاهش توانایی مردان در توجه به سطح برانگیختگی همسرشان شود. استفاده از این روش می‌تواند از طریق کاهش رضایت جنسی و ایجاد اختلال نعوظ، خصوصاً در افراد سالمند، با عملکرد جنسی تداخل ایجاد کند(۳۳). روش‌های رفتاری دیگری نیز توسط مردان برای به تأخیر انداختن انزال به کار گرفته می‌شود، از جمله داشتن انزال قبل از رابطه‌ی جنسی، استفاده از کاندم و مواد تأخیری، مصرف الکل یا مواد و مانند آن. برخی از این روش‌ها می‌تواند کژکاری جنسی را تشدید یا فرد را به کژکاری جنسی دیگری مبتلا کند.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

به طور کلی هر چه تکنیک‌های بیش‌تری به کار گرفته شود، مردان کنترل انزال و IELT بیش‌تری را گزارش می‌کنند. علاوه بر این، شیوه‌ی خاصی که برای همه مردان مؤثر باشد، وجود ندارد و تأثیرگذاری هر شیوه‌ی خاص برای به تأخیر انداختن انزال، می تواند وابسته به حالت خاص فرد (Idiosyncratic) یا موقعیت باشد. نتایج پژوهش Patrick و همکاران نشان می‌دهد که ۷۲ درصد مردان دارای انزال زودرس گزارش می کنند که کنترل بسیار کم یا کمی بر انزال خود دارند، در حالی که این میزان در مردان عادی ۵ درصد است. آن‌ها معتقدند هرچه میزان کنترل افراد بر انزال کم تر باشد، IELT آن‌ها نیز کم‌تر است(۳۴).

با این حال، ارزیابی داشتن کنترل بر انزال به صورت ذهنی انجام می‌گیرد و به سختی می توان آن را کمّی کرد. علاوه بر این، شواهد متقنی حاکی از داشتن کنترل بر بازتاب انزال وجود ندارد. برخلاف نظر Kaplan، Zilbergeld دیدگاه کلی تری را برای تعریف کنترل در نظر می‌گیرد و آن را کنترل ارادی کل فرایند انزال تلقی می‌کند که از طریق اصلاح رفتار و تکنیک‌های جنسی به دست می‌آید(۲۹). Grenier و Byers نتوانستند رابطه قوی بین تأخیر در انزال و کنترل ذهنی انزال به دست آورند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که بعضی از مردان دارای IELT کم، کنترل انزال کافی دارند و برعکس؛ آن‌ها نتیجه گرفتند که دو بعد کنترل و تأخیر انزال مفاهیم مجزایی هستند(۳۲). برخلاف این یافته، Waldinger و همکاران دریافتند که رابطه متوسطی بین IELT و احساس کنترل انزال وجود دارد(۲۴).

استفاده از ترکیب دو بعد کنترل انزال و تأخیر انزال اولین بار توسط Strassberg و همکاران گزارش شد و اساس تعریف DSM-IV از انزال زودرس را شکل داد(۱۳). این تعریف تا حدی بر تعاریف قبلی از انزال زودرس برتری دارد، زیرا تصدیق می‌کند که انزال زودرس ممکن است دارای هر دو جنبه عدم کنترل و ناتوانی در تأخیر باشد. اما ناتوانی در عملیاتی کردن بعد کنترل و فقدان رهنمودهای لازم برای استفاده از عواملی هم‌چون سن، تازگی شریک جنسی، موقعیت و تعداد دفعات رابطه جنسی در تشخیص انزال زودرس، کاربرد آن را محدود می‌کند. فقدان تعریف عملیاتی پایا برای انزال زودرس، پژوهش‌های بالینی را برای درک این اختلال به شدت محدود می‌کند. پژوهش‌هایی که نتوانستند از انزال زودرس تعریفی ارائه دهند، یا نتایج بدون معنی ارائه داده‌اند یا تفسیر نتایج آن‌ها بسیار مشکل بوده است(۳۵).

Rowland و همکاران در یک فراتحلیل از ۶۱ پژوهش در زمینه انزال زودرس که از سال ۱۹۶۳ منتشر شده است، گزارش دادند که تنها ۴۵ پژوهش (۷۴ درصد) از تعریف انزال زودرس استفاده کرده‌اند. ملاک های عینی یا ذهنی قابل سنجش برای تعریف انزال زودرس تنها در ۲۲ پژوهش (۳۶ درصد) به کار رفته است و تنها چهار پژوهش (۶/۶ درصد) از دو ملاک یا بیش تر برای تعریف انزال زودرس استفاده کرده‌اند(۳۶). فقدان یک تعریف عملیاتی قابل قبول همگانی، مقایسه پژوهش‌های مختلف را مشکل یا غیرممکن می‌سازد. مقایسه و تعمیم نتایج پژوهش نیازمند ایجاد یک تعریف عملیاتی چند بعدی از انزال زودرس است که ابعاد کنترل و تأخیر را در برگیرد. هر دو بعد باید به عنوان متغیرهای پیوسته‌ای که نقطه برش اختیاری ندارند، مشخص، اندازه‌گیری و تحلیل شوند.

عدم رضایت جنسی و پیامدهای فردی منفی

مردان دارای انزال زودرس در مقایسه با مردانی که تأخیر انزال طبیعی دارند، رضایت جنسی کم‌تری را گزارش می‌کنند. نتایج پژوهش پاتریک و همکاران نشان داد که ۳۱ درصد مردان دارای انزال زودرس گزارش کردند که رضایت جنسی بسیار کم یا کمی دارند. این رقم در مردان عادی یک درصد بود. علاوه بر این، ۲۸ درصد همسران مردان دارای انزال زودرس نیز رضایت جنسی خود را بسیار کم ارزیابی کردند(۳۴).

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

اما باید به این نکته نیز توجه کرد که انزال زودرس تنها دلیل کاهش رضایت جنسی این افراد نمی‌باشد، بلکه عواملی مانند کاهش صمیمیت، روابط نادرست، کاهش ارتباط و جذابیت جنسی کم می تواند بر رضایت جنسی تأثیر بگذارد. ارزیابی همه این عوامل بسیار مشکل است و حتی گاهی توسط پژوهشگران نادیده گرفته می‌شود. بنابراین، استفاده از ملاک رضایت جنسی در تعریف انزال زودرس، موجب ابهام در تشخیص افراد دارای این اختلال می‌شود. انزال زودرس موجب پیامدهای فردی منفی برای مردان و همسران آن‌ها می‌گردد(۳۷). پریشانی فردی و یا پریشانی در روابط بین فردی که ناشی از انزال زودرس می باشد، بر کیفیت زندگی، روابط با همسر، عزت نفس و اعتماد به نفس مردان متأهل تأثیر می گذارد و می‌تواند مانعی برای ازدواج مردان مجرد باشد(۳۸). برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده است که انزال زودرس بر کیفیت زندگی افراد دارای انزال زودرس تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، McCabe گزارش کرده است که مردان دارای کژکاری جنسی از جمله انزال زودرس نسبت به مردانی که کژکاری جنسی ندارند، صمیمیت جنسی، هیجانی و اجتماعی و رضایت از زندگی کم‌تری دارند(۳۹). مردان دارای انزال زودرس کیفیت زندگی خود را کم‌تر از مردان بدون انزال زودرس ارزیابی کردند. هم چنین، پژوهش ها حاکی از آن است که بین اعتماد جنسی، اضطراب و افسردگی با انزال زودرس رابطه وجود دارد(۴۱،۴۰).

تعداد دفعات دخول

عملیاتی کردن انزال زودرس با استفاده از تعداد دفعات دخول که قابل شمارش و عینی می‌باشد، توسط چند پژوهشگر به کار رفته است(۴۲،۲۴). Segraves و همکاران انزال قبل از ۸ دخول را به عنوان تعریف استاندارد از انزال زودرس فرض کرده‌اند(۴۳)، در حالی که Fanciullacci و همکاران، ۱۵ دخول و بیش‌تر را به عنوان حد مناسب در نظر می‌گیرند(۴۲). این تعاریف ذهنی هستند و اساس منطقی، تجربی و آماری ندارند. در این تعاریف، ابعاد مختلف دخول هم چون سرعت، نیرو و عمق و تأثیر ابعاد دیگری هم چون مدت زمان پیشنوازی (Foreplay) که می‌تواند بر برانگیختگی و لیزشدگی (Lubrication) واژن همسر تأثیر بگذارد، در نظر گرفته نشده است. علاوه بر این، شمارش دخول و استفاده از دیگر معیارها برای خود- ارزیابی کنترل انزال، احتمالاً از طریق افزایش اضطراب جنسی، نظارت و هدفمند شدن (Goal-Oriented) رفتار جنسی، بر آن تأثیر می‌گذارد. همه این موارد باعث می شود تعریف انزال زودرس بر اساس دفعات دخول دقیق نباشد.

رضایت همسر

Masters و Johnson ناتوانی در کنترل و به تأخیر انداختن انزال تا زمانی که همسر حداقل در ۵۰ درصد از موارد مقاربت از لحاظ جنسی ارضاء شود، را به عنوان تعریف انزال زودرس در نظر گرفته‌اند(۴۴). اگرچه لذت جنسی هر دو فرد باید در هنگام ارزیابی کژکاری جنسی در نظر گرفته شود، اما تعریف کژکاری مرد براساس پاسخدهی جنسی همسرش نادرست است. رضایت جنسی همیشه در بردارنده ارگاسم نیست و بیش‌تر یک ارزیابی از کل تعامل جنسی می‌باشد(۳۵). چنین تعریفی از انزال زودرس دارای اشکالاتی می‌باشد. این تعریف، لذت جنسی را با مدت زمان مقاربت در ارتباط می داند. در نظر گرفتن نقطه برش ۵۰ درصدی توجیه منطقی ندارد. معنی ضمنی این تعریف چنین است که هر مردی که همسرش در رسیدن به ارگاسم مشکل داشته باشد، باید برچسب انزال زودرس دریافت کند. علاوه بر این، چنین تعریفی بیان می‌کند که همسر باید در ۵۰ درصد موارد مقاربت به ارگاسم برسد. این نکته شایان ذکر است که تنها ۳۰ درصد زنان در حین مقاربت به ارگاسم می‌رسند، بدون در نظر گرفتن این که شوهرشان تا چه اندازه می‌تواند انزال خود را کنترل یا به تأخیر بیندازد(۲۶). بعضی از زنان صرف نظر از میزان کنترل و تأخیر انزال

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

توسط شوهر، ممکن است هرگز رضایت جنسی را به دست نیاورند. در حالی که بعضی دیگر ممکن است در مدت زمان کوتاهی به ارگاسم برسند. بنابراین، به نظر می‌رسد در نظر گرفتن چنین ملاکی برای انزال زودرس، تشخیص این اختلال را مشکل و درمان آن را بسیار پیچیده و یا غیرممکن می‌سازد.

طبقه بندی انزال زودرس

Schapiro انزال زودرس را به دو نوع A و B تقسیم کرد. مردان دارای نوع B همیشه دارای انزال زودرس بوده اند، در حالی که در نوع A انزال زودرس بعد از گذشت مدت زمانی از رابطه جنسی به وجود می‌آید و اغلب با اختلال نعوظ همراه است(۴۵). سال‌ها بعد این دو نوع انزال زودرس به ترتیب نوع تمام طول عمر (Lifelong) (اولیه) و نوع اکتسابی (Acquired) (ثانویه) نام گرفتند(۴۶). در طول سال های بعد نیز کوشش های دیگری برای ارائه طبقه‌بندی‌های دیگری از انزال زودرس صورت گرفت که چند نمونه از آن‌ها در تعریف DSM-IV-TR و DSM-V از انزال زودرس آمده است. در DSM-V انزال زودرس به چند صورت طبقه بندی شده است. بر اساس یک طبقه‌بندی، انزال زودرس به دو دسته تمام طول عمر و اکتسابی تقسیم بندی شده است. در انزال زودرس تمام طول عمر، اختلال از زمانی که فرد رابطه و فعالیت جنسی خود را آغاز نموده است، وجود دارد. در انزال زودرس نوع اکتسابی فرد پس از یک دوره عملکرد جنسی بهنجار به اختلال دچار شده است. در تقسیم بندی دیگر، انزال زودرس به دو طبقه فراگیر و موقعیتی تقسیم شده است. در نوع فراگیر انزال زودرس در رابطه با هر محرک، موقعیت و یا شریک جنسی رخ می‌دهد. در حالی که در انزال زودرس موقعیتی انزال فقط در رابطه با یک محرک، موقعیت و یا شریک جنسی خاص رخ می‌دهد. هم‌چنین، انزال زودرس بر اساس شدت به سه دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم می شود. در نوع خفیف، انزال در فاصله زمانی ۳۰ ثانیه تا یک دقیقه پس از دخول و در نوع متوسط ۳۰-۱۵ ثانیه پس از دخول رخ می‌دهد. در نوع شدید، انزال قبل یا در شروع فعالیت جنسی و یا در خلال ۱۵ ثانیه پس از دخول رخ می‌دهد(۲۰).

والدینگر یک طبقه بندی بر اساس رویکرد نشانه‌ای ارائه داد و دو مقوله جدید نیز به طبقه‌بندی‌های قبلی اضافه کرد: یکی انزال زودرس دارای تغییر طبیعی (Natural Variable Premature Ejaculation) و دیگری اختلال انزال شبه زودرس (Premature-Like Ejaculatory Dysfunction) (۴۷،۱۵).

در مقوله «انزال زودرس دارای تغییر طبیعی»، افراد گاهی اوقات از انزال زودرس رنج می‌برند. این الگو بیش‌تر به عنوان بخشی از تغییرپذیری طبیعی عملکرد انزال در مردان قلمداد می‌شود تا نشانه‌ای از آسیب‌شناسی زیربنایی. در مقوله «اختلال انزال شبه زودرس» افراد به طور ذهنی انزال زودرس را تجربه می‌کنند، در حالی که تأخیر انزال طبیعی یا زیادی دارند که مدت زمان آن بین ۴ تا ۲۰ دقیقه می باشد. بنابراین چهار نوع از نشانگان انزال زودرس تعریف می شود.

۱- انزال زودرس تمام طول عمر: در این نوع از انزال زودرس، انزال بسیار سریع و تقریباً در هر بار مقاربت و از اولین رابطه جنسی اتفاق می‌افتد. بر اساس نتایج پژوهش‌ها، اکثریت این مردان (۹۰-۸۰ درصد) IELT بین ۳۰ تا ۶۰ ثانیه دارند و IELT باقیمانده آن‌ها بین ۱ تا ۲ دقیقه می‌باشند. در اکثریت آن‌ها (۷۰ درصد) انزال زودرس هم‌چنان پایدار می‌ماند و در سایر موارد (۳۰ درصد) ممکن است انزال زودرس با افزایش سن وخیم تر شود(۱۵). بعضی از آن‌ها در هنگام پیشنوازی و قبل از دخول و یا به محض تماس آلت با واژن به انزال می‌رسند. درمان قطعی و پذیرفته‌شده‌ای برای انزال زودرس تمام طول عمر شناخته نشده است، اما داروهای مختلفی (از جمله SSRIها) و روان درمانی‌ها در به تعویق انداختن پاسخ انزال مؤثر است.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

۲- انزل زودرس اکتسابی: مشکل جسمی یا روانشناختی افراد دارای انزال زودرس اکتسابی، متفاوت است. در این مردان انزال زودرس در مقطعی از زندگی آن‌ها و پس از تجربه تأخیر طبیعی انزال رخ می‌دهد و شروع آن می‌تواند ناگهانی یا تدریجی باشد. پیدایش انزال زودرس می‌تواند به این علل باشد: ۱- کژکاری دستگاه ادراری و تناسلی، مثل اختلال نعوظ یا التهاب غده پروستات (Prostatitis)، گرچه هنوز در مورد نقش التهاب غده پروستات در انزال زودرس اکتسابی بحث وجود دارد، ۲- بدکاری تیروئید و ۳- مشکلات روانشناختی یا رابطه‌ای(۲۶). نوع اکتسابی انزال زودرس با دارو یا درمان روانشناختی علل زیربنایی، درمان می‌شود.

۳- انزال زودرس دارای تغییر طبیعی: تغییرات طبیعی در زمان انزال به طور اتفاقی رخ می دهد و افراد به طور موقعیتی تأخیرهای کوتاه مدت انزال را تجربه می‌کنند. این نوع پاسخ نباید به عنوان یک نشانه یا تظاهر یک آسیب شناسی روانی قلمداد شود، بلکه یک تغییر طبیعی در عملکرد انزال است. این نشانگان با علائم زیر مشخص می‌شود: ۱- تأخیرهای کوتاه انزال ناهماهنگ هستند و به‌صورت نامنظم رخ می‌دهند، ۲- توانایی به تأخیر انداختن انزال، ممکن است از بین رفته باشد یا به اندازه کافی نباشد و ۳- تجربه از دست رفتن کنترل انزال یا با یک زمان انزال کوتاه یا زمان انزال طبیعی همراه است(۱۷). درمان این مردان باید شامل اطمینان‌دهی به آن‌ها و آموزش این نکته باشد که چنین الگویی از پاسخ انزال، طبیعی است و به دارو درمانی یا روان درمانی نیازی نیست.

۴- اختلال انزال شبه زودرس: مردانی که در این طبقه قرار می گیرند، از انزال زودرس شکایت می‌کنند، در حالی که زمان انزال آن‌ها طبیعی، یعنی در حدود ۲ تا ۶ دقیقه است. در این موارد، تأخیر انزال ممکن است حتی خیلی طولانی و بین ۵ تا ۲۵ دقیقه باشد. این پاسخ نباید یک نشانه پزشکی یا نشانه‌ای از آسیب زیستی زیربنایی تلقی شود. اما مشکلات روانشناختی یا رابطه‌ای ممکن است اساس شکایت این افراد از زمان انزال باشد. این نشانگان با علائم زیر مشخص می‌شود: ۱- ادراک ذهنی از تأخیر کوتاه مدت انزال در خلال مقاربت، ۲- اشتغال‌ذهنی با انزال سریع یا فقدان کنترل بر انزال که به صورت خیالی می‌باشد، ۳- IELT طبیعی یا حتی طولانی، یعنی انزال بین ۳ تا ۲۵ دقیقه صورت می‌گیرد و ۴- توانایی برای به تأخیر انداختن انزال ممکن است از بین برود(۱۷).

مدت زمان تأخیر انزال در این مردان طبیعی است و مشکلات پزشکی یا عصب زیستی وجود ندارد. علاوه بر این، به دلایلی یا یک ادراک غلط از زمان واقعی انزال وجود دارد، یا مدت زمان تأخیر انزال آن‌ها برای رسیدن همسرشان به ارگاسم بسیار کوتاه است. شکایات این مردان با درمان‌های روانشناختی کاهش می یابد و نباید از درمان های دارویی استفاده کرد.

بحث

تاکنون تعاریف و طبقه بندی انزال زودرس تغییرات زیادی کرده و این تغییر سبب دقت و عینیت بیش‌تری در تعریف و طبقه‌بندی انزال زودرس شده است. تمایز بین انزال و ارگاسم موجب شده است که در بعد طبقه‌بندی اختلالات جنسی در DSM-V تغییراتی رخ دهد. در DSM-IV-TR تأخیر در انزال به عنوان اختلال ارگاسمی مردان نامگذاری شده بود، در حالی‌که ارگاسم و انزال دو پدیده متفاوت از هم هستند.

هم‌چنین، پژوهش‌ها در مورد انزال زودرس منجر به تغییراتی در دسته‌بندی انواع انزال زودرس شده است که برخی از آن‌ها در DSM-V انعکاس پیدا کرده است. در یک نوع طبقه‌بندی از انزال زودرس که بر اساس نشانه در DSM-V صورت گرفته، دو نوع انزال زودرس «تمام طول عمر» و «اکتسابی» مشخص شده است. با این حال Waldinger (۴۷،۱۵) علاوه بر این دو مقوله، دو طبقه جدید نیز ارائه داده است که شامل «تغییرات طبیعی انزال زودرس» و «انزال شبه زودرس» است. گرچه این

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

دو طبقه ملاک‌های DSM-V برای انزال زودرس را شامل نمی شود، اما به نظر می‌رسد اضافه شدن این دو مقوله به طبقه‌بندی DSM-V، به تشخیص دقیق‌تر افرادی که با مشکل انزال زودرس به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند ولی ملاک‌های طبقه‌های انزال زودرس «تمام طول عمر» و «اکتسابی» را ندارند، کمک می‌کند.

هم‌چنین، انزال زودرس بر اساس شدت و با توجه به یک شاخص عینی به نام زمان تأخیر انزال درون واژنی (IELT) به سه دسته خفیف، متوسط و شدید تقسیم‌بندی می‌شود که ملاک این تقسیم‌بندی فاصله زمانی دخول تا انزال است. این طبقه بندی که در DSM-V آورد شده است، در نسخه‌های قبلی DSM وجود نداشت.

در بعد تعریف انزال زودرس نیز شاهد تغییرات زیادی بوده‌ایم. برخی از این تعاریف بسیار غیردقیق بوده و هیچ‌گونه مبنای منطقی، تجربی و آماری ندارد. به عنوان مثال، تعریف انزال زودرس بر اساس ارضاء جنسی همسر که توسط Masters و Johnson (۴۴) و یا تعریف بر اساس تعداد دفعات دخول که توسط Segraves و همکاران(۴۳) و یا Fanciullacci و همکاران(۴۲) ارائه شده است.

نکته مهم در تعریف انزال زودرس توجه به عینی بودن تعریف است. در دهه‌ی اخیر پیشرفت اندکی در ایجاد و کاربرد روش‌های مبتنی بر شواهد، هم‌چون استفاده از IELT، در پژوهش های همه‌گیرشناسی و مداخله‌ای در مورد انزال زودرس، صورت گرفته است. اکثر پژوهش‌ها به واسطه‌ی عدم استفاده از یک تعریف مبتنی بر شواهد مورد انتقاد قرار می‌گیرند. عینی بودن تعریف انزال زودرس از چند جهت دارای اهمیت است. اول، کمک به پژوهش‌های همه‌گیرشناسی و برآورد دقیق‌تری از شیوع انزال زودرس در جامعه است. با توجه به تغییر در تعریف انزال زودرس، اندک پژوهش‌های همه‌گیرشناسی انزال زودرس در ایران نیاز به تکرار دارد، لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود پژوهش در مورد همه‌گیرشناسی این اختلال را با توجه به ملاک‌های جدید انجام دهند. دوم، به تشخیص گذاری دقیق‌تر کمک می‌کند و در نتیجه برخی افراد که از لحاظ ذهنی یا بر اساس برخی تغییرات طبیعی در زمان انزال، خود را واجد این اختلال می‌دانند، نیازی به مداخلات دارویی یا روان درمانی نخواهند داشت و صرفاً راهنمایی و یا اطمینان بخشی در مورد عملکرد طبیعی آن‌ها کفایت می‌کند. سوم، اثربخشی مداخلات درمانی در مورد انزال زودرس دقیق‌تر می‌شود و اطلاعات مناسب‌تری در مورد کارآیی درمان‌های دارویی یا انواع روان درمانی به دست می‌آید. بنابراین، به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود بر اساس تعاریف جدید از انزال زودرس، اثربخشی مداخلات درمانی برای این اختلال را دوباره مورد ارزیابی قرار دهند. وجود یک تعریف عینی و مبتنی بر شواهد از انزال زودرس، خطای طبقه‌بندی را کاهش داده و احتمال به کارگیری مداخلات مؤثر در درمان این اختلال را افزایش می‌دهد.

پژوهشگران در تلاش برای عینی کردن تعریف انزال زودرس از شاخص تأخیر انزال درون واژنی (IELT) استفاده کرده‌اند که این شاخص در تعریف DSM-V و ISSM از انزال زودرس مورد استفاده قرار گرفته است. در حالی که تعریف انزال زودرس در ویرایش‌های قبلی DSM مبتنی بر ملاک‌هایی بود که مبتنی بر شواهد نبود.

استفاده از تعاریف چند بعدی و داشتن چند ملاک تشخیصی مثل نقطه برش IELT، یکی از روش‌های کاهش خطای تشخیص است. تعریف چند بعدی ISSM، ابزار تشخیصی مناسبی را در اختیار متخصصان بالینی می‌گذارد. نقطه برش یک دقیقه برای IELT شامل حال ۹۰ درصد مردانی می‌شود که دارای انزال زودرس بوده و به دنبال درمان این اختلال می‌باشند. این تعریف انعطاف پذیری لازم را برای تشخیص انزال زودرس در مورد ۱۰ درصد دیگر افرادی که در فاصله یک تا دو دقیقه پس از دخول به انزال می‌رسند، دارد. با استفاده از این تعریف، مردانی که در کم‌تر از یک دقیقه

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

به انزال می رسند، ولی احساس می‌کنند که کنترل کافی بر انزال خود دارند و دچار پیامدهای منفی نمی شوند، تشخیص انزال زودرس را دریافت نمی‌کنند. توجه به یک ملاک عینی در کنار گزارش‌های ذهنی افراد از رنج و پریشانی خود در تعریف DSM-V از انزال زودرس نیز وجود دارد و از این حیث یک تعریف چند بعدی محسوب می گردد. با این حال، این تعاریف محدود به روابطی است که در آن، مقاربت صورت می‌گیرد.

References

1. Motofei I, Rowland, DL. The neurophysiology of ejaculation: Developing perspectives. BJU Int 2005; 96: 1333-1338.
2. Waldinger MD. Male ejaculation and orgasmic disorders. In: Handbook of sexual dysfunction. Taylor & Francis 2005. p. 215-248.
3. Jannini EA, Lombardo F, Lenzi A. Correlation between ejaculatory and erectile dysfunction. Int J Androl 2005; 28(suppl 2): 40-45.
4. Colpi G, Weidner W, Jungwirth A, Pomerol J, Papp G, Hargreave T, et al. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction. Eur Urol 2004; 46: 555-558.
5. Althof SE, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. Urol Clin North Am 2007; 34(4): 581-589.
6. Babolhavaeji H. Feizian M. Evaluation the Frequency of Sexual Dysfunction in Infertile Men, Fatemieh Hospital, Hamadan. Sci J Hamadan Univ Med Sci 2008: 15(2): 32-36.
7. Mehrabi F, Ehssanmanesh M, Karimi Keisomi E. Demographic Characteristics of Men with Sexual Dysfunction. Iraninan Psychiatry and Clinical Psychology (IJPCP) 2003; 9(2): 14-21.
8. Rezakhaniha B, Safarinejad MR. A survey of prevalence of sexual disorders and risk factors in patient who reffered in Urology ward in 501 Hospital 2004-05. Annuals of Military and Health Sciences Research 2007; 4(4): 1041-1046.
9. Althof SE, Rowland DL. Identifying constructs and criteria for the diagnosis of premature ejaculation: Implication for making errors of classification. BJU Int 2008; 102(6): 708-712.
10. Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira F, et al. Sexual problems among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Impot Res 2005; 17(1): 39-57.
11. Hartmann U, Schedlowski M, Kruger TH. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. World J Urol 2005; 23(2): 93-101.
12. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the international society for sexual medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. J Sex Med 2008; 5(7): 1590-1606.
13. Strassberg DS, Kelly MP, Carroll C, Kircher JC. The psychophysiological nature of premature ejaculation. Arch Sex Behav 1987; 16(4): 327-336.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

14. Trudel G, Proulx S. Treatment of premature ejaculation by bibliotherapy: An experimental study. J Sex Marital Ther 1987; 2(2): 163-167.
15. Waldinger MD, Schweitzer DH. Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II—proposals for DSM-V and ICD-11. J Sex Med 2006; 3(4): 693-705.
16. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. J Urol 2002; 168(6): 2359-2367.
17. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. J Sex Med 2008; 5(5): 1079-1087.
18. Waldinger, MD, Schweitzer DH. The DSM-IV-TR is an inadequate diagnostic tool for premature ejaculation. J Sex Med 2007; 4(3): 822-823.
19. Hellstrom WJ. The DSM-IV-TR is an appropriate diagnostic tool for premature ejaculation. J Sex Med 2007; 4(1): 252.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. American Psychiatric Association. 2013.
21. Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwinderman, AH. Paroxetine treatment of premature ejaculation: A double blind, randomized, placebo controlled study. Am J Psychiatry 1994; 151(9): 1377-1379.
22. Gebhard PH. Factors in marital orgasm. Journal of Social Issues, 1966; 22(2): 88-95.
23. Darling CA, Davidson JK, Cox RP. Female sexual response and the timing of partner orgasm. J Sex Marital Ther 1991; 17(1): 3-21.
24. Waldinger MD, Hengeveld M, Zwinderman AH, Olivier B. An empirical operationalization study of DSM-IV diagnostic criteria for premature ejaculation. Int J Psychiatry Clin Pract 1998; 2(4): 287-293.
25. McMahon CG. Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. Int J Impot Res 2002; 14: S19.
26. Waldinger MD. Four measures of investigating ejaculatory performance. J Sex Med 2007; 4(2): 520-531.
27. Soltanizadeh M. A comparison between the effectiveness of cognitive-behavioral, metacognitive-behavioral and mindfulness-based therapies on premature ejaculation of men referred to health centers in Isfahan. [PhD Thesis]. University of Isfahan, 2013.
28. Kaplan HS, Kohl RN, Pomeroy WB, Affit AK, Hogan B. Group treatment of premature ejaculation. Arch Sex Behav 1974; 3(5): 443-452.
29. Zilbergeld B. Male sexuality. Bantam; 1978.
30. McMahon CG, Waldinger M, Rowland DL, Assalian P, Chan Kim Y, Bechara A, et al. Ejaculatory disorders. In: Standard practice in sexual medicine. Blackwell Publishing; 2006. pp. 188-209.
31. Perelman MA. A new combination treatment for premature ejaculation: A sex therapist's perspective. J Sex Med 2006; 3(6): 1004-1012.
32. Grenier G, Byers ES. The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse. Arch Sex Behav 1997; 26(1): 27-47.
33. Cranston–Cuebas MA, Barlow DH. Cognitive and affective contributions to sexual functioning. Annual Review of Sexual Research 1990; 1(1): 119-161.
34. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, et al. Premature

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]

ejaculation: An observational study of men and their partners. J Sex Med 2005; 2(3): 358-367.

35. McMahon CG. Ejaculatory dysfunction. In: Male and female sexual dysfunction. New Yourk: Mosby; 2004. p. 59-84.
36. Rowland DL, Cooper SE, Schneider M. Defining premature ejaculation for experimental and clinical investigations. Arch Sex Behav 2001; 30(3): 235-253.
37. Patrick DL, Rowland D, Rothman M. Interrelationships among measures of premature ejaculation: the central role of perceived control. J Sex Med 2007; 4(3): 780-788.
38. Rosen RC, Althof S. Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. J Sex Med 2008; 5(6): 1296-1307.
39. Byers ES, Grenier G. Premature or rapid ejaculation: heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior. Arch Sex Behav 2003; 32(3): 261-270.
40. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? J Sex Marital Ther 2003; 29(5): 361-370.
41. Rowland DL, Patrick DL, Rothman M, Gagnon DD. The psychological burden of premature ejaculation. J Urol 2007; 177(3): 1065-1070.
42. Fanciullacci F, Colpi GM, Beretta G, Zanollo A. Cortical evoked potentials in subjects with true premature ejaculation. Andrologia 1988; 20(4): 326-330.
43. Segraves RT, Saran A, Segraves K, Maquire E. Clomipramine versus placebo in the treatment of premature ejaculation: a pilot study. J Sex Marital Ther 1993; 19(3): 198-200.
44. Masters W, Johnson V. Human sexual response. Boston, Massachusettes: Little Brown; 1966.
45. Schapiro B. Premature ejaculation: a review of 1130 cases. J Urol 1943; 50: 374-379.
46. Godpodinoff ML. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. J Sex Marital Ther 1989; 15(2): 130-134.
47. Waldinger MD. The need for a revival of psychoanalytic investigations into premature ejaculation. Journal of Men's Health & Gender 2006; 3(4): 390-396.

[Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-11]