

**ԵՐԵՎԱՆԻ Մ. ՀԵՐԱՑՈՒ ԱՆՎԱՆ ՊԵՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ**

**ՌՈՒԶԱՆՆԱ ԷԴՈՒԱՐԴԻ ԱԶԱՏՅԱՆ**

**ՄԵՌԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԴՐՄԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՊԸ  
ՄԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ՎՆԱՍԱԿԱՐ ՓՈՐՁԱՌՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏ**

ԺԴ.00.07. «Նյարդաբանություն, հոգեբուժություն  
և թունաբանություն»

մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի գիտական աստիճանի  
հայցման ատենախոսության

**ՄԵՂՍԱԳԻՐ**

**ԵՐԵՎԱՆ – 2023**

**ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ  
МХИТАРА ГЕРАЦИ**

**АЗАТЯН РУЗАНА ЭДУАРДОВНА**

**СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С  
НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЕТСКИМ ОПЫТОМ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

Диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по  
специальности 14.00.07 Неврология, психиатрия и наркология

**ЕРЕВАН – 2023**

Ատենախոսության թեման հաստատվել է Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանի գիտակոորդինացիոն խորհրդի նիստում 2016թ-ին:

Գիտական ղեկավար՝

բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր

Արամ Էդուարդի Հակոբյան

Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝

բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր

Սամվել Հրանտի Սուքիասյան

բժշկական գիտությունների դոկտոր, պրոֆեսոր

Մարուքե Գևորգի Եղյան

Առաջատար կազմակերպություն՝ Մոդ և մանկան առողջության պառնասկոնական կենտրոն

Ատենախոսության պաշտպանությունը կայանալու է 2023 թ. սեպտեմբերի 14-ին, ժ. 15.00 Երևանի Մ. Հերացու անվան պետական բժշկական համալսարանում գործող ՀՀ ԲՈՒԿ-ի «Թերապիա-028» մասնագիտական խորհրդի նիստում (ՀՀ ք. Երևան Կոյունի 2):

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ Մ. Հերացու անվան ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:

Սեղմագիրն առաքվել է 2023թ. հուլիսի 14-ին:

ՀՀ ԲՈՒԿ-ի Թերապիա 028

Մասնագիտական խորհրդի  
գիտական քարտուղար՝



բժշկական գիտությունների դոկտոր  
Լ. Գ. ԹՈՒՆԻԱՆ

Тема диссертации утверждена на заседании Научно-Координационного совета ЕГМУ им. М. Гераци в 2016 году.

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор  
Акопян Арам Эдуардович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор  
Сукнасян Самвел Грантович,  
доктор медицинских наук, профессор  
Егян Маруке Геворгович

Ведущая организация: Научно-исследовательский центр охраны здоровья матери и ребенка

Защита диссертации состоится 14 сентября 2023г. в 15:00 на заседании специализированного совета 028 «Терапия» ВАК РА при ЕГМУ им. М. Гераци (РА, Ереван, ул. Корюна 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ им. М.Гераци.

Автореферат разослан 14 июля 2023 г.

Ученый секретарь специализированного  
совета, 028 «Терапия» ВАК РА



доктор медицинских наук  
Л. Г. Туниан

**Թեմայի արդիականությունը**

Ուսումնասիրելով ժամանակակից բժշկության հնարավոր զարգացման ուղիները, ներառյալ հիվանդությունների ախտորոշման և բուժման նորագույն մեթոդները ակնհայտ է դառնում, որ հիմնական շեշտը դրվում է հիվանդությունների կանխարգելման վրա:

Մանկության վաասակար փորձառությունը /ՄՎՓ/ հասուն տարիքում տարբեր հիվանդությունների ներառյալ սեռական խանգարումների համար հանդիսանում է որպես ռիսկային գործոն: Այդ է պատճառը, որ աճել է ՄՎՓ-ի վերաբերյալ տարբեր լայնածավալ հետազոտությունները, որոնք կանխարգելիչ նշանակություն ունեն այդ հիվանդությունների համար:

Հետազոտությունները փաստում են, որ 40-45% հասուն կանայք և 20-30% հասուն տղամարդիկ ունեն առնվազն մեկ արտահայտված սեռական խանգարում, ուստի հաշվի առնելով ՀՀ ժողովրդագրական պատկերը, կարևոր նշանակություն ունի սեռական խանգարումների կանխարգելումն ու վաղ հայտնաբերումը: Համաձայն ՀՀ Ան ուսումնասիրությունների, 2014 թվականին հանրապետությունում կանանց անպտղության տարածվածությունը կազմել է 14.9%: Այս ցուցանիշը հավասար է ԱՀԿ-ի կողմից սահմանված 15% ճգնաժամային ցուցանիշին, որի դեպքում անպտղությունը դիտվում է որպես երկրի ժողովրդագրության վրա ազդող լուրջ գործոն: Սույն հետազոտության շրջանում կարևորվում է այս հանգամանքը, քանզի հետազոտությունները փաստում են սեռական խանգարումների և անպտղության պատճառահետևանքային կապի մասին: (Starc, A. 2019): 2008թ ԵՊԲՀ Մեքսոպաթոլոգիայի ամբիոնում նույնպես կատարվել է հետազոտություն, որը ապացուցեց, որ առկա է հավաստի կորելացիոն կապ անպտղության և սեքսուալ խանգարումների միջև: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ անպտղությունը մեծապես պայմանավորված է նաև տղամարդու սեռական խանգարումներով (Տղամարդկանց սեքսուալ ֆունկցիան ռեպրոդուկտիվ խանգարումների ժամանակ, ատենախոսություն, Սևադա Հակոբյան, 2008թ. Երևան):

Համաձայն ԱՀԿ տվյալների՝ տարեկան ավելի քան 1 մլրդ երեխա ենթարկվում է տարբեր տեսակի բռնության: Նրանք առնչվում բռնության տարբեր ձևերի հետ շատ վայրերում, ինչպես առցանց, այնպես էլ իրական կյանքում՝ տանը, դպրոցում և իրենց համայնքներում: Երեխան կարող է դառնալ բռնության զոհ, ականատես լինել կամ ներքաշվել բռնությամբ ուղեկցվող գործընթացներում:

Կատարված հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ մանկական տարիքի փորձառությունն ունի կայուն ազդեցություն երկարաժամկետ ապահարմարվողականության վրա, դրանք հիմք են կանխատեսելու արդեն հասուն տարիքում ֆիզիկական և հոգեկան առողջության, սոցիալական հարաբերությունների տեսակետից տարբեր խանգարումների զարգացումը: Գրականության տվյալների ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ բռնությունը լքողրեն ազդում է ինչպես երեխաների այնպես էլ արդեն հասուն տարիքում մարդկանց հոգեկան առողջության վրա:

Քանի որ ՀՀ-ում այս հիմնախնդիրների շուրջ հետազոտություններն ամբողջական չեն, չեն արտացոլում առկա իրավիճակը, թույլ չեն տալիս կատարել հիմնարար եզրահանգումներ, որոնց արդյունքում կանխարգելիչ միջոցառումներ մշակված չեն, իսկ պարզ էքստրա-

պոլյացիա կատարել այլ ազգերին վերաբերող տվյալները մեթոդաբանորեն ճիշտ չեն՝ հաշվի առնելով կոնկրետ ազգի մշակութային, հոգեբանական, կրոնական և այլ առանձնահատկություններ ուստի դրանց բազմակողմանի ուսումնասիրությունը ՀՀ առողջապահական և այլ համակարգերի կարևորագույն խնդիրներից է:

**Հետազոտության օբյեկտը:** Հետազոտության օբյեկտն է ՄՎՓ ցուցանիշները սեռական խանգարումներով անձանց մոտ:

**Հետազոտության առարկան:** Հետազոտության առարկան է սեռական խանգարումների և ՄՎՓ ցուցանիշների միջև կապի ուսումնասիրումը:

#### **Հետազոտության նպատակը**

Մեր հետազոտության նպատակն է՝ կատարելով սեռական խանգարումների և մանկության վասակար փորձառության համալիր ուսումնասիրություն ՀՀ-ում՝ մշակել դրանց կանխարգելմանն ուղղված առողջապահական ծրագիր:

#### **Հետազոտության խնդիրները**

Հետազոտության նպատակների իրականացման համար առաջ ենք քաշել հետևյալ խնդիրները.

1. Ուսումնասիրել մանկության վասակար փորձառության հիմնախնդիրը սեռական խանգարումներով հիվանդների և առողջ անձանց շրջանում:
2. Պարզաբանել սեռական խանգարումների կապվածությունը մանկության վասակար փորձառության հետ:
3. Բացահայտել առավել տարածված ՄՎՓ ցուցանիշի առկայությունը պացիենտների խմբում:

#### **Աշխատանքի գիտական նորույթը**

Գիտական թեմայի նորույթը կայանում է բարոյական, վիճակագրական և բժշկական նորմայի համադրության մեջ սեռական խանգարումների և ՄՎՓ միջև կորելյացիոն կապի հետազոտությունը՝ հաշվի առնելով նաև էթնիկ առանձնահատկությունները և ընտանիքում սեռադերային վարքագծի շեշտվածությունը:

Հիմնավորվել է մանկության վասակար փորձառությամբ պայմանավորված, ռիսկային վարքագծի ձևավորման և սեռական խանգարումների միջև կորելյացիոն փոխկապվածություն:

Ընդգծվել է ռիսկային վարքագծի ձևավորման կանխարգելման համար համապատասխան ծրագրերի և մեթոդաբանական ցուցումների մշակման կարևորությունը սեքսուոլոգիայի բնագավառում:

#### **Գործնական նշանակությունը**

Հիմնվելով հետազոտության արդյունքների վրա, որտեղ ակնհայտ է ռիսկային վարքագծի և սեռական խանգարումների միջև կապը, ուստի գործնականում ռիսկային վարքագծի ձևավորման կանխարգելմանը ուղղված համապատասխան ծրագրերի և մեթոդաբանական ցուցումների մշակումը կնպաստի կանանց շրջանում որոշ սեռական խանգարումների կանխարգելմանը: Ինչպես նաև հաշվի առնելով արդեն ռիսկային վարքագծով պայմանավորված սեռական խանգարումների էթնոպայթոգենետիկ առանձնահատկությունները բուժմանն ուղեցույցներում սպեցիֆիկ մեթոդի մշակումը կնպաստի վերոնշյալ սեռական խանգարումների արդյունավետ և կարճաժամկետ բուժմանը:

**Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը:**

Ատենախոսության նախնական փորձաքննությունը կայացել է 16.11.2022թ. ԵՊԲՀ գիտակողորդինացիոն խորհրդի նիստում:

**Հեղինակի հրատարակած աշխատություններում հետազոտման արդյունքների ընդգրկման լիարժեքությունը**

Ատենախոսության հիմնական դրույթները ներկայացված են գիտական հրատարակումներում՝ տեղական և արտասահմանյան գիտաթժշկական պարբերականներում, գիտաժողովների նյութերում, որոնցից 3-ը հոդվածի տեսքով, իսկ 6-ը թեզիսի: Դրանք ամբողջությամբ ընդգրկում և արտացոլում են ատենախոսության նյութը և ընդհանուր դրույթները:

Հետազոտության նյութի հավաքագրումը, մշակումը, վերլուծությունը, եզրակացություններն անձամբ հայցորդի կողմից կատարված գիտական աշխատանքի արդյունքներն են:

**Ատենախոսության կառուցվածքն և ծավալը:**

Ատենախոսությունը շարադրված է 114 էջի վրա, բաղկացած է ներածությունից, գրականության տեսությունից, հետազոտության նյութը և մեթոդները գլխից, սեփական հետազոտության արդյունքներից, ամփոփումից, եզրակացություններից, գործնական առաջարկություններից, գրականության ցանկից, ունի 13 աղյուսակ, 11 նկար: Գրականության ցանկը ներառում է 92 սկզբնաղբյուր, հայերեն՝ 2, ռուսերեն՝ 8, անգլերեն՝ 82:

**ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ՆՅՈՒԹՆ ՈՒ ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

Հետազոտությունն իրականացվել է ԵՊԲՀ սեքսպաթոլոգիայի կլինիկայում:

Հետազոտության թիրախ են ընտրվել բուժօգնության համար կլինիկա այցելած սեռական խանգարումներ ունեցող անձինք: Հսկողական խումբը կազմել են նույն տարիքային միջակայքում, կրթական մակարդակով և բնակության վայրից կամավորներ, որոնք գործնականում սեռական խանգարում չունեին:

Փորձարարական խմբի անդամների ընտրության համար սահմանվել են ներառման և բացառման հետևյալ չափանիշները.

- հետազոտության մասնակիցը պետք է ունենա սեռական խանգարում,
- հետազոտության պահին լինի բուժման պրոցեսում,
- լինի 18-52 տարեկան (միջինը՝ 25) ներկայացուցիչ,

Հետազոտական հսկողական խմբի անդամների ընտրության համար սահմանվել են ներառման և բացառման հետևյալ չափանիշները.

- հետազոտության հսկողական խմբի պոտենցիալ մասնակիցը չպետք է ունենա սեռական որևէ խանգարում
- լինի 18-52 տարեկան (միջինը՝ 25) ներկայացուցիչ

Հսկողական խումբը կազմել են նույն տարիքային խմբի և գործնականում առողջ կամավորները:

Հսկողական խմբի մասնակիցները՝ թվով 221 անձ, հավաքագրվել են ԵՊԲՀ ուսանողներից, կլինիկական օրդինատորներց, բուժաշխատողներից, նրանց ծանոթներից և ընկերներից, ինչպես նաև այլ կամավորներից պատահական ընտրանքի միջոցով, ովքեր ապրում են Հայաստանում:

Հիմնական խումբը կազմել են սեռական դիսֆունկցիաների գանգատներ ունեցող թվով 85 հիվանդ: Մասնակիցների ամուսնական, կրթական կարգավիճակը, բնակության վայրերը և տարիքային խմբերը նկարագրված են աղյուսակ 1-ում:

		ՄԴ Խումբ				Ստուգիչ խումբ			
		Տղամարդ		Կին		Տղամարդ		Կին	
		քանակ	%	քանակ	%	քանակ	%	քանակ	%
Ամուսնական կարգավիճակ	Չամուսնացած	1	25.0%	3	3.7%	41	62.1%	87	56%
	Ամուսնացած	3	75.0%	77	95.1%	23	34.8%	62	40%
	Բաժանված	0	0.0%	1	1.2%	2	3.0%	5	3%
	Այրի	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
Կրթություն	Միջնակարգ	2	50.0%	18	22.2%	10	15.2%	9	6%
	Ուսումնարան	1	25.0%	17	21.0%	6	9.1%	33	21%
	Բարձրագույն	1	25.0%	46	56.8%	50	75.8%	112	73%
Բնակության վայր	Քաղաք	2	50.0%	54	66.7%	52	78.8%	140	90%
	Գյուղ	2	50.0%	23	28.4%	11	16.7%	11	7%
	Քաղաքատիպ ավան	0	0.0%	4	4.9%	3	4.5%	4	3%
Տարիք	<25	0	0.0%	47	58.0%	30	45.5%	79	51%
	26-35	3	75.0%	31	38.3%	28	42.4%	59	38%
	36-45	0	0.0%	2	2.5%	5	7.6%	12	8%
	>46	1	25.0%	1	1.2%	3	4.5%	5	3%

Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ.

- ինչպես հսկողական, այնպես էլ հիմնական խմբերում գերակշռում են իզական սեռի ներկայացուցիչները, համապատասխանաբար, 70,1% և 95,3%,
- հսկողական և հիմնական խմբերում ընդգրկված անձանց շրջանում գերակշռող մասը կազմել են մինչև 36 տարեկան անձինք, համապատասխանաբար, 88,7% և 93,3%:

Ռեսպոնդենտների տվյալների վերլուծությունը ըստ բնակության վայրի, սեռի, կրթության, ամուսնական կարգավիճակի.

- հսկողական խմբում ընդգրկված անձանց 86,9%-ը քաղաքաբնակ են, մանկության ժամանակ փորձառություն ունեցող անձանց բացարձակ մեծ մասը կազմել են քաղաքաբնակները 96,4%:
- հսկողական խմբում ընդգրկված անձանց 73,8%-ի ունի բարձրագույն կրթություն,
- հսկողական խմբում ընդգրկված անձանց 57,9%-ի ամուսնացած չէ, իսկ մանկության ժամանակ փորձառություն ունեցող անձանց շրջանում՝ 7,7% ամուսնացած չէ,
- հսկողական խմբում ամուսնացածները կազմում են 38,5%, իսկ մանկության ժամանակ փորձառություն ունեցող անձանց 94,1% ամուսնացած է:

Ընդհանրացնելով վերոգրյալը կարելի է կատարել հետևյալ եզրահանգումներ.

- հակողական խմբի մեր կողմից կատարված ընտրանքն համապատասխանում է հիմնական խմբի ընտրանքի տարիքային, կրթական մակարդակը բնորոշող չափորոշիչներին,
- հաշվի առնելով, որ արական սեռի մասնակիցների տեսակարար կշիռը հիվանդների խմբում եղել է ցածր, վիճակագրական վերլուծություններն իրականացվել են միայն իգական սեռի անձանց համար:

Հետազոտության գործիքները եղել են այցելուների կլինիկական հարցազրույցը և օբեկտիվ գննումը: Նրանց տվյալները հավաքագրվել և լրացվել են ԵՊԲՀ սեքսուոլոգիայի կուրսի կողմից մշակված այցելուի սեքսուոլոգիական քննության քարտում:

Հետազոտության նպատակին հասնելու համար օգտագործվել են հետազոտության հարցազրույցի/հարցման մեթոդը.

ա) մանկության փասակար փորձառության գնահատման հայերեն թարգմանված հարցարան,

բ) սեռական ֆունկցիայի փոփոխության գնահատման հայերեն թարգմանված հարցարան, որն առաջարկվել Clayton AH et al (1997) կողմից՝ նախատեսված է հիվանդության և դեղորայքի հետ կապված սեռական ֆունկցիայի փոփոխությունները չափելու համար:

Տվյալները վերլուծվել են IBM SPSS 22 վիճակագրական ծրագրի փոջոցով: Քանի որ ՄՎՓ ցուցանիշը նորմալ բաշխվածություն չունի, վարկածը ստուգելու համար օգտագործվել են ոչ պարամետրային թեստեր (Mann-Whitney):

## ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ԴՐԱՆՑ ՔՆՆԱՐԿՈՒՄԸ

ՄՎՓ դրական պատասխանները հիմնական խմբում բաժանվում են երեք խմբի, դրանք են՝

«բնություն» ենթախմբում հոգեբանական (ծնող կամ որևէ չափահաս ընտանիքում հաճախ վիճել է Ձեզ հետ, վիրավորել է նախատեսված է կամ նվաստացրել է կամ այնպես է իրեն պահել, որ վախենում էիք ֆիզիկական բռնության զոհ դառնալ), «անուշադրություն» ենթախմբում հուզական (հաճախ ունեցել էք այն զգացողությունը, որ ընտանիքում Ձեզ ոչ ոք չի սիրում, Ձեր դերակատարությունն ընտանիքում կարևոր չէ) և «ընտանեկան սեքսուալ դիսֆունկցիաներ»-ի ենթախմբում ծնողի բաժանում/ բացակայություն (արդյոք Ձեր ծնողները երբևէ բաժանվել է կամ առանձին են ապրել է կամ այլ պատճառով ծնողներից որևէ մեկը Ձեր կողքին չի եղել) արձանագրվել են առավել շատ: Գումարային արժեքն ըստ դեպքերի թվի կազմում է 85,

• նույն պատկերը եղել է նաև հակողական խմբում, ընդ որում, ըստ նույն կետերի, որոնց գումարային արժեքը հավասար է 155:

Աղյուսակ 2

ՄՎՓ-ի հարցերի դրական պատասխանների պատկերը

ՄՎՓ-ն ըստ կատեգորիայի		ՄՎՓ-ի հարցեր		Խմբեր	
				Հսկողական	Հիմնական
Բնություն	Հոգեբանական	1. Ծնող կամ որևէ չափահաս ընտանիքում հաճախ վիճել է Ձեզ հետ, վիրավորել է նախատեսված է կամ նվաստացրել է կամ այնպես է իրեն պահել, որ վախենում էիք ֆիզիկական բռնության զոհ դառնալ	n	42 (27.1%)	25(30.9%)
		P±m	27.1±3.57	30.9±5.13	

	Ֆիզիկական	2. Ծնող կամ որևէ չափահաս ընտանիքում հաճախ հրել է, ապտակել է կամ ետեղ է լինել իր Ձեր վրա կամ նույնիսկ այնքան ուժգին հարվածներ է հասցրել, որի արդյունքում փաստվել է կամ բնության հետքեր են հայտնվել մարմնի վրա	n	27(17.4%)	13(16.0%)
			P±m	17.4±3.05	16.0±4.07
	Սեռական	3. Չափահաս կամ որևէ մեկը առնվազն 5 տարով Ձեզանից մեծ երբևէ Ձեր կամքին հակառակ շոյել է Ձեզ կամ Դուք նրա մարմինը, փորձել է կամ ունեցել է Ձեզ հետ օրալ, անալ կամ հեշտոցային սեռական հարաբերություն /ոչ Ձեր ցանկությամբ/	n	16(10.3%)	7(8.6%)
			P±m	10.3±2.44	8.6±3.12
Անուշադրություն	Հուզական	4. Հաճախ ունեցել էք այն զգացողությունը, որ ընտանիքում Ձեզ ոչ ոք չի սիրում, Ձեր դերակատարությունն ընտանիքում կարևոր չէ	n	38(24.5%)	26(32.1%)
			P±m	24.5±3.45	32.1±5.19
	Ֆիզիկական	5. Հաճախ ունեցել էք այն զգացողությունը, որ թերսնված եք և ստիպված կրում եք կեղտոտ հագուստ կամ չունեք մեկը, ով Ձեզ կպաշտպանի, կամ Ձեր ծնողներն այնքան հարբած են կամ թմրանյութերի ազդեցության տակ են, որ ժամանակ չեն հատկացնում Ձեզ խնամելու համար, կամ տանել Ձեզ բժշկի, եթե Դուք դրա կարիքն ունեիք	n	8(5.2%)	5(6.2%)
			P±m	5.2±1.78	6.2±2.68
Ընտանեկան սեքսուալ դիսֆունկցիաներ	ծնողի բաժանում/բացակայություն	6. Արդյոք Ձեր ծնողները երբևէ բաժանվել է կամ առանձին են ապրել կամ այլ պատճառով ծնողներից որևէ մեկը Ձեր կողքին չի եղել	n	38(24.5%)	34(42.0%)
			P±m	24.5±3.45	42.0±5.48 p<0.05
	մոր բռնություն	7. Ձեր մայրը կամ խորթ մայրը ենթարկվել է բռնության	n	21(13.5%)	22(27.2%)
			P±m	13.5±2.74	27.2±4.94 p<0.05
	ալկոհոլի, թմրանյութերի օգտագործում	8. Ապրել էք որևէ մեկի հետ, ով կախվածություն է ունեցել ալկոհոլից կամ թմրանյութից	n	22(14.2%)	18(22.2%)
			P±m	14.2±2.80	22.2±4.62
հոգեկան հիվանդություն ընտանիքում	9. Ընտանիքի որևէ անդամ ընկճված կամ հոգեպես անառողջ է եղել կամ փորձել է ինքնասպան լինել	n	31(20.0%)	13(16.0%)	
		P±m	20.0±3.21	16.0±4.07	
Կալանավորված ազգական	10. Ընտանիքում որևէ մեկը ձերբակալվել է	n	12(7.7%)	4(4.9%)	
		P±m	7.7±2.14	4.9±2.40	



ՄՎՓ ցուցանիշների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ.

- ՄՍ հիվանդների մեծամասնությունը (74.1%) ենթարկվել է 1 կամ ավել ՄՎՓ գործոնի ազդեցության, իսկ 27.2% -ը 4 կամ ավելի: Հսկիչ խմբում այս ցուցանիշները համապատասխանաբար 56.1% և 18.1% են:

- ՄՎՓ հարցաշարի սովյալների վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ՄՍ խմբում ՄՎՓ-ի փոքր արժեքը 2.06 է, մեղիանը 1-ի, իսկ ՄՇ-ը 1.95, իսկ հսկողական խմբում փոքր 1.65 է, մեղիանը 1 և ՄՇ-ը 2.5: ACE-ի արժեքների տարբերությունը այս երկու խմբերի միջև վիճակագրորեն հավաստի է ( $p = 0.032$ ):

Ադյուսակ 2-ից երևում է, որ ցուցանիշների տատանումները աճի կամ նվազման միտման բնույթի են, բացառությամբ «ընտանեկան դիսֆունկցիաներ» ենթախմբի «արդյոք Ձեր ծնողները երբևէ բաժանվել լ կամ առանձին են ապրել լ կամ այլ պատճառով ծնողներից որևէ մեկը Ձեր կողքին չի եղել» և «Ձեր մայրը կամ խորթ մայրը ենթարկվել լ է բռնության» կետերի, որտեղ արձանագրվում է հավաստի աճ:

Ընդհանրացնելով ՄՎՓ հարցերի դրական պատասխանների հատվածին վերաբերող վերլուծությունը կարելի է կատարել մի շարք եզրահանգումներ.

- ՄՎՓ հիմնական խնդիրները ընդգրկում են «բռնություն», «անուշադրություն» և «ընտանեկան դիսֆունկցիաներ»-ի խմբերը, որոնցում առավել հանդիպում են հոգեբանական և հուզական՝ ծնողի բաժանում/բացակայություն ենթախմբերը,

- հսկողական և ՄՎՓ հիմնական խմբերում հարցերի դրական պատասխանները կրկնվում են, դրանով իսկ ստեղծելով թվացյալ պատկերացում դրանց նմանության վերաբերյալ, որը սակայն չի հիմնավորվում, քանի որ տարբերվում են երկու խմբերի միջև մանկական փասակար փորձառության ցուցանիշների փոքր արժեքների տարբերությամբ, որը վիճակագրորեն հավաստի է ( $p = 0.032$ ): Բացի դրանից հստակ արձանագրվում է հիմնական խմբում «ընտանեկան դիսֆունկցիաների» մասով վիճակագրորեն հավաստի աճ:

Ադյուսակ 3-ում ՄՎՓ տեսակետից ընսպոնդենտների պատասխանների արժեքներն են հարակից հիվանդությունների ժամանակ:

Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ համեմատած հսկողական խմբի հետ հարակից հիվանդություններ ինչպես ունենալու, այնպես էլ չունենալու պարագայում հիմնական խմբի անձանց շրջանում առկա ՄՎՓ առկայության ցուցանիշի միայն աճի միտում:

Ադյուսակ 3

ՄՎՓ տեսակետից հարակից հիվանդություններն ու վիճակները

Խումբ	n	Հարակից հիվանդություններ	ՄՎՓ արժեքը (M±m)
Հսկողական խումբ	64	չունեն	0.88±0.00
	91	ունեն	2.19±2.0
Հիմնական խումբ	39	չունեն	1.87±1.00
	42	ունեն	2.24±1.50

Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ հիմնական խմբում զուգակցվող հիվանդություններ արձանագրվել են 68 ընսպոնդենտների շրջանում՝ 84%, որն ինքնին բավականին մեծ թիվ է:

- Մասնակիցների կեսից ավելին ունեցել է առնվազն մեկ (1-5) հավելյալ հիվանդություն կամ վիճակ: Հավաստի կապ է հայտնաբերվել ՄՎՓ ցուցանիշի և հսկողական խմբում հավելյալ հիվանդությունների կամ վիճակների առկայության ( $p < 0.001$ ) և քանակի միջև ( $rs = 0.402$ ) միջև:

**ՄՎՓ և սեռական ֆունկցիայի փոփոխության գնահատման (ՍՖՓԳ) վերլուծություն**

Աղյուսակ 4

Սեռական դիսֆունկցիայի վրա ՄՎՓ ազդեցության տվյալներ  
ըստ Kruskal-Wallis-ի թեստի

Որքա՞ն հաճույք եք ստանում Ձեր սեռական կյանքից ներկայումս՝ հասեմատած այն առավելագույն սեռական հաճույքի հետ, որն ապրել եք անցյալում՝		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	1՝ ոչ մի հաճույք չեմ ստանում	10 (15.4%)	34.45
	2՝ շատ թույլ հաճույք եմ ստանում	10(15.4%)	36.15
	3՝ ինչ-որ հաճույք եմ ստանում	35(53.8%)	30.20
	4՝ մեծ հաճույք եմ վայելում	7(10.8%)	35.64
	5՝ շատ ուժեղ հաճույք եմ վայելում	3(4.6%)	33.75
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
ՄՎՓ ընդամենը			
Խի քառակուսի	1.316		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.859</b>		

Որքա՞ն հաճախ եք Դուք ընդգրկվում սեռական ակտիվության մեջ (սեռական ակտ, ձեռնաշարժություն) ներկայումս՝		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	4(6.2%)	46.75
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	5(7.7%)	24.70
	Երբե՛մս (ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	26(40.0%)	30.35
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	25(38.5%)	31.54
	Ամեն օր	5(7.7%)	51.40
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
ՄՎՓ ընդամենը			
Խի քառակուսի	8.994		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.061</b>		
Ինչպիսի՞ հաճախությամբ եք տարվում սեռական բովանդակության մտքերով ներկայումս		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	14(21.5%)	35.93
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	14(21.5%)	35.64
	Երբե՛մս (ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2	10(15.4%)	33.45

	անգամից)		
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	15(23.1%)	33.73
	Ամեն օր	12(18.5%)	25.21
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	2.839		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.585</b>		
Որքա՞ն հաճախ է Ձեր մոտ ցանկություն առաջանումսեռական ակտիվության մասնակից լինելու		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	3(4.6%)	42.00
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	10(15.4%)	36.30
	Երբեմն ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	21(32.3%)	32.36
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	22(33.8%)	29.41
	Ամեն օր	9(13.8%)	36.61
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	2.261		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.688</b>		
Հաճույք ստանում եք սեռական ենթատեքստ ունեցող գրքերից, ֆիլմերից, երաժշտությունից, արվեստի գործերից՝		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	17(26.2%)	35.12
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	24(36.9%)	34.38
	Երբեմն (ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	13(20.0%)	33.23
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	11(16.9%)	26.45
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	1.762		
df	3		
Հավաստիություն	<b>0.623</b>		
Սեռական պատկերներ երևակայելիս կամ սեռական ակտի մասին մտածելիս որքա՞ն հաճույք եք ստանում		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	1՝ ոչ սի հաճույք	12(18.5%)	35.25
	2՝ շատ քիչ հաճույք	25(38.5%)	35.06
	3՝ միջին չափի հաճույք	21(32.3%)	32.67

	4` մեծ հաճույք	7(10.8%)	22.79
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ` ընդամենը		
Խի քառակուսի	2.670		
df	3		
Հավաստիություն	<b>0.445</b>		
Որքա՞ն հաճախ եք սեռական գրգռում ունենում`		n	Կարգերի փոփոխ
ՄՎՓ` ընդամենը	Երբեք	3(4.6%)	62.00
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	8(12.3%)	27.13
	Երբեմն ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	17(26.2%)	38.56
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	34(52.3%)	28.07
	Ամեն օր	3(4.6%)	44.00
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ` ընդամենը		
Խի քառակուսի	13.396		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.009</b>		
Պահպանվո՞ւ մ է արդյոք հեշտոցի խոնավացման ռեակցիան սեռական ակտի ընթացքում		n	Կարգերի փոփոխ
ՄՎՓ` ընդամենը	1` երբեք	5(7.7%)	18.20
	2` հազվադեպ	10(15.4%)	38.50
	3` երբեմն	9(13.8%)	31.17
	4` հաճախ	8(12.3%)	37.38
	5` փիշտ	33(50.8%)	33.02
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ` ընդամենը		
Խի քառակուսի	4.693		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.320</b>		
Հաճա՞խ եք ունենում օրգազմի զգացում		n	Կարգերի փոփոխ
ՄՎՓ` ընդամենը	Երբեք	13(20.0%)	37.65
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	13(20.0%)	38.77
	Երբեմն (ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	14(21.5%)	29.89
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	24(36.9%)	28.08
	Ամեն օր	1(1.5%)	59.00
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			

	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	6.250		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.181</b>		
Ի վիճակի՞ էք օրգազմ ունենալ այն ժամանակ, երբ դրա ցանկությունն ունեք			n
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	14(21.5%)	33.18
	Հազվադեպ (ամիսը 1 անգամից պակաս)	15(23.1%)	37.30
	Երբե՛ն (ամիսը >1 անգամից, շաբաթը <2 անգամից)	14(21.5%)	32.89
	Հաճախ (շաբաթը 2 անգամից ավելի)	18(27.7%)	30.75
	Ամեն օր	4(6.2%)	26.75
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	1.559		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.816</b>		

Ինչքան հաճույք էք ստանում օրգազմից.		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	1 Ոչ մի հաճույք	10(15.4%)	36.60
	2 Շատ քիչ հաճույք	8(12.3%)	35.44
	3 Միջին չափի հաճույք	24(36.9%)	31.63
	4 Մեծ հաճույք	21(32.3%)	31.81
	5 Ահռելի մեծ հաճույք	2(3.1%)	34.25
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		
Խի քառակուսի	0.758		
df	4		
Հավաստիություն	<b>0.944</b>		
Ունենո՞ւմ եք ցավոտ սեռական ակտ՝		n	Կարգերի միջին
ՄՎՓ ընդամենը	Երբեք	3(4.6%)	33.17
	Հազվադեպ (ամիսը մեկ անգամից պակաս)	3(4.6%)	46.33
	Հաճախ (շաբաթը երկու անգամից ավելի անգամ)	1(1.5%)	41.50
	Ամեն օր	58(89.2%)	32.16
	Ընդամենը	65	
Test Statistics			
	ՄՎՓ ընդամենը		

Խի քառակուսի	1.921		
df	3		
Հավաստիություն	<b>0.589</b>		

Աղյուսակ 4-ում պատկերված է Kruskal-Wallis-ի ոչ պարամետրիկ թեստի կիրառմամբ սեռական դիսֆունկցիայի զարգացման տեսակետից ՄՎՓ և CSFQ-ի ցուցանիշների միջև գոյություն ունեցող կապերի հետազոտությունը.

• ՄՖՓ հարցաշարի բոլոր դիտարկված ցուցանիշների համար ՄՎՓ հաշվարկված շեղումներն ունեն աճի կամ նվազման միտում,

• ՄՖՓ-ից միայն 22-րդ հարցը, որը հնչում է հետևյալ կերպ «Ինչքան հաճախ եք սեռական զրգրում ունենում», հավաստի կապ ունի ՄՎՓ գումարային ցուցանիշի հետ ( $p < 0,01$ ): ՄՖՓ պատասխանների հաճախականությունները և դրանց կապը ACE ցուցանիշի հետ նկարագրված է աղյուսակ 5-ում:

Աղյուսակ 5

ՄՖՓ հարցերի պատասխանները և ՄՎՓ ցուցանիշների կապը

ՄՖՓ	ՄՎՓ միջինը	«երբեք-հազվադեպ» կամ «քիչ հաճույք» պատասխանների կառուցվածքը	
		n	%
8. Սեռական հաճույքի փորձ	2.0	31	38.3
11. Սեռական ակտիվություն	2.0	13	16.0
14. Սեռական բնույթի մտքեր	2.0	43	53.1
19. Սեռական ցանկության հաճախականություն	2.0	20	24.7
20. Հաճույք սեռական ենթատեքստ ունեցող իրերից	1.0	63	77.8
21. Հաճույք սեռական բնույթի երևակայությունից	1.0	57	70.4
<b>22. Գրգռման հաճախականություն</b>	<b>3.0</b>	<b>17</b>	<b>21.0</b>
23. Հեշտ զրգովել	3.0	23	28.4
24. Աղեկվատ լյուբրիկացիա	4.0	13	16.0
27. Օրգազմի հաճախականություն	2.0	40	49.4
28. Օրգազմելիություն ըստ ցանկության	2.0	45	55.6
30. Հաճույք օրգազմի ժամանակ	2.0	28	34.6
33. Ցավոտ սեռական ակտ	4.0	9	11.1

Աղյուսակ 6-ում պատկերված է ՄՎՓ ցուցանիշի և սեռական ֆունկցիայի խանգարումների պատկերը: Վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ առավել հաճախ հանդիպում է վազինիզմը 81,5%, 2-րդ տեղում դիսպարեունիան է 6,2%, 3-րդ տեղը զբաղեցնում է անօրգազմիան 6,25%, սեռական ցանկությունը բացակայում է 3,7% դեպքերում:

ՄՎՓ գուցանիչի և սեռական ֆունկցիայի խանգարումների պատկերը

Սեռական ֆունկցիայի խանգարումներ	Հիվանդների թիվը	%	ՄՎՓ գումարային արժեք			
			փոշին	մեղիա	մաքսիմում	մինիմում
Վազինիզմ	66	81.5%	1.95	1.00	6.00	0.00
Դիսպարեունիա	7	8.6%	2.00	1.00	6.00	0.00
Անօրգազմիա	5	6.2%	3.20	3.00	6.00	1.00
Սեռական ցանկության բացակայություն	3	3.7%	2.67	1.00	6.00	1.00

Միաժամանակ հարկ ենք համարում նշել, որ սեռական ֆունկցիայի ցանկացած խանգարման պարագայում գործ ունենք պացիենտի անձնային առանձնահատկությունների շրջանակում հավելյալ նրա ապրումների, տառապանքների, համալիր լուծում պահանջող, օգնության կարիք ունեցող և առօրյա կյանքում իր տեղը չգտած անձի հետ, ով կարող է հայտնվել ծանր հոգեախտաբանական վիճակում: Այսինքն անհրաժեշտ է հաշվի առնել սվյալ հետազոտության արդյունքներն առողջապահական տեսակետից, բայց փշտ պետք է հիշել, որ սվյալ ոլորտը խիստ անհատականացված է, մոտեցումներն առանձնահատուկ են, իսկ լուծումները երբեմն իրավիճակային:

Ընդհանուր առմամբ, կարելի է եզրակացնել, որ հնարավոր է սահմանափակվել միայն վազինիզմի և ցավային խանգարումների հետ կապված միջոցառումների մշակմամբ, սակայն պետք է հաշվի առնենք, որ գործնականում սեռական խանգարումները հազվադեպ են լինում իզոլացված, հաճախ դրսևորվում են համակցված սեռական ցանկության և գրգռման հանգարման հետ:

## ԵԶՐԱԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Պացիենտների խումբը ավելի բարձր ՄՎՓ վիավորներ ունեն, քան հսկողականը:
2. Պացիենտների մեծ մասը՝ 74.1%, ենթարկվել է 1 կամ ավել ՄՎՓ գործոնի ազդեցության, իսկ 27.2%-ը՝ 4 կամ ավել: Հսկողական խմբում այս ցուցանիշները համապատասխանաբար 56.1% և 18.1% են:
3. Ծնողների ամուսնալուծությունը կամ ծնողի բացակայությունը պացիենտների խմբում ամենատարածված ՄՎՓ ցուցանիշն է, ինչպես նաև բռնության ենթարկված մայրը նույնպես առավել հաճախ հանդիպող ՄՎՓ ցուցանիշն է պացիենտներ խմբում:

## ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

1. Առողջապահության նախարարությանը.
  - բարձրացնել երեխաների հետ անմիջական շփում ունեցող անձանց շրջանում (ծնող, մանկավարժ, հոգեբան, սոցիալական աշխատող և այլն) ՄՎՓ մասին տեղեկացվածությունը, քանի որ ՀՀ-ում դեռևս ՄՎՓ հաճախ գնահատվում է անհետևողականորեն և կիրառվում են ոչ կառուցողական մեթոդներ, ինչը պատճառ է դառնում հասուն տարիքում տարբեր հիվանդությունների, այդ թվում նաև սեռական հիվանդությունների առաջացման համար:
    - ՀՀ-ում մշակել և իրականացնել Կալիֆորնիայի ACEs Aware ծրագրերի նման ծրագրեր, որոնց շրջանում կստեղծվեն կլինիկական ուղեցույցներ ՄՎՓ հետազոտության համար:
  - 2. Մեքսուալ առողջության պաշտպանության ՀԿ
    - Հաշվի առնելով ՄՎՓ դերը սեռական խանգարումների ախտաձագման գործում՝ մշակել և իրականացնել ծրագրեր ուղղված սեռական առողջության և բարեկեցության խթանմանը նախատեսված բժիշկների և առողջապահության ոլորտի այն մասնագետների համար, որոնք զբաղվում են սեռական խանգարումների կանխարգելման, ախտորոշման և բուժման հիմնախնդիրներով,
      - լրամշակել և ընդլայնել սեկանգամյա փսիխոթերապիայի մեթոդի (Single Session Therapy) սկզբունքների կիրառումը մանկության վասակար փորձով պայմանավորված սեռական խանգարումների բուժման ժամանակ, ինչը նպաստում է վերոնշյալ խնդիրների արագ և արդյունավետ բուժմանը:

## ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐՆ ԱՐՏԱՅՈՒՈՂ ՀՐԱՊԱՐԿՈՒՄՆԵՐ

1. Hakobyan A, Azatyan R, Azizian A, Grigoryan A. New approaches to Premature Ejaculation Treatment. F1000RESEARCH. 2011 Jul 21;2.
2. Hakobyan, A., Azatyan, R., Nersisyan, N. and Azizian, A., 2011, June. Personality Patterns and Clinical Syndromes in Patients Diagnosed with Vaginismus. The Journal of Sexual Medicine (Vol. 8, pp. 176-176). COMMERCE PLACE, 350 MAIN ST, MALDEN 02148, MA USA: WILEY-BLACKWELL.
3. Hakobyan A., Azatyan R., Hakobyan S., Effects of Premature Ejaculation on the Woman. The Journal of sexual medicine 2013 Sep 1 (Vol. 10, pp. 315-315). 111 RIVER ST, HOBOKEN 07030-5774, NJ USA: WILEY-BLACKWELL.



4. Nersisyan N, Hakobyan A, Azatyan R. P. 8. b. 010 The use of SSRI Agents in Treatment of Female Sexual Desire Disorder. *European Neuropsychopharmacology*. 2015(25): S659.
5. Azatyan R. Sexual Risk Behavior And Adverse Childhood Experience, *The New Armenian Medical Journal*, Vol.11 (2017), No 3 Supplement p. 111-122.
6. Hakobyan A, Azatyan R, Azizian A, Grigoryan A. The Influence of Adverse Childhood Experiences on the Health Outcomes in the Republic Of Armenia. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017 May 1;14(5): e264-5.
7. Ղազարյան Գ.Հ., Ազատյան Ռ. Է. Համալիր դատական հոգեբանաստեղծարվեստական փորձարկման հիմնախնդիրները Հայաստանի Հանրապետությունում: Հոգեկան առողջության հայկական հանդես 10(2) 2019, 16-22:
8. Ազատյան Ռ. Է. Սեռական խանգարումներ եվ մանկության վնասակար փորձառություն. Գրականության վերլուծություն: Հոգեկան առողջության հայկական հանդես 12(2) 2021, 36-47:
9. Azatyan R, Azizian A, Hakobyan A. Descriptive study of adverse childhood experiences (ACEs) among female patients with sexual dysfunctions in Armenia *Health Psychology report* · 2022 original article.  
DOI: <https://doi.org/10.5114/hpr.2022.116367>

## РЕЗЮМЕ

РУЗАННА ЭДУАРДОВНА АЗАТЯН

### СВЯЗЬ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ДЕТСКИМ ОПЫТОМ

Учитывая перспективы развития современной медицины, включая новейшие методы диагностики и лечения заболеваний, становится ясно, что основной акцент делается на профилактику заболеваний. Исследования показывают, что 40-45% взрослых женщин и 20-30% взрослых мужчин имеют по крайней мере одно серьезное сексуальное расстройство, поэтому, учитывая демографические характеристики РА, важное значение имеет профилактика и раннее выявление сексуальных расстройств.

По данным ВОЗ, ежегодно более 1 миллиарда детей подвергаются различным видам насилия. Они сталкиваются с различными формами насилия во многих местах, как в Интернете, так и в реальной жизни дома, в школе и в своих сообществах. Ребенок может стать жертвой насилия, свидетелем или быть вовлеченным в действия, сопровождающиеся насилием.

Проведенные научные исследования показывают, что детский неблагоприятный опыт (ДНО) оказывают устойчивое влияние на долговременную адаптацию, являются основой для прогнозирования физического и психического здоровья, социальных отношений во взрослой жизни.

Поскольку исследования по этим вопросам в РА неполные, не отражают современную ситуацию, не позволяют сделать принципиальных выводов, в результате чего профилактические меры не разрабатываются, а простая экстраполяция данных, относящихся к другим этническим группам, невозможна, также методологически некорректна с учетом культурных, психологических, религиозных и других особенностей. Именно поэтому комплексное изучение рискованного поведения и сексуальной дисфункции является одной из важнейших задач системы здравоохранения РА и других систем.

**Цель исследования** - найти связь между сексуальными расстройствами и неблагоприятным детским опытом путем проведения комплексного изучения среди жителей РА и разработать социально-медицинскую программу, направленную на их профилактику.

#### **Задачи исследования**

Для достижения поставленной цели нами выдвинуты следующие задачи

1. Изучить проблему неблагоприятного детского опыта у больных с сексуальными расстройствами и у здоровых людей.
2. Выяснить связь между сексуальными расстройствами и детскими травмами.
3. Выявить превалирующие показатели неблагоприятного детского опыта в группе больных.

Новизна научной темы заключается в исследовании взаимосвязи сексуальных расстройств и вредных детских переживаний в сочетании нравственных, статистических и медицинских норм с учетом этнических особенностей и акцентированным поло-ролевым поведением в семье.

Исследование проводилось в Клинике сексопатологии ЕГМУ, при содействии проф. Калифорнийского государственного университета, Фресно, США. Аллен Азизиан. Участниками исследования стали 81 пациенток женского и 4 мужского пола в возрасте 20-65 лет с различными жалобами, которые обратились за

сексологической консультацией. Из-за небольшого количества мужчин они не были включены в статистику, данные основаны только на женщинах.

Контрольную группу составили здоровые добровольцы той же возрастной группы.

Участники контрольной группы, 221 человек, были случайным образом выбраны из числа студентов ЕГМУ, клинических ординаторов, медицинских работников, их знакомых и друзей, а также других волонтеров в Армении. Основную группу составили 85 больных с жалобами на сексуальные расстройства.

Инструментами исследования послужили клиническое интервью и объективное обследование пациентов. Их данные были собраны и заполнены в Карте сексологического обследования пациентов, разработанной кафедрой сексологии ЕГМУ.

В данной работе подробно изучено и обосновано влияние неблагоприятных детских переживаний в Республике Армения на возникновение и развитие сексуальных расстройств у женщин. В результате анализа обосновано наличие связи между формированием рискованного поведения и сексуальными расстройствами, вызванными неблагоприятными детскими переживаниями.

Выявлен ряд закономерностей и особенностей, в частности подтверждено, что:

1. группа пациентов имела более высокие баллы по ДНО, чем контрольная группа;
2. развод родителей или отсутствие одного из родителей было одним из наиболее частых факторов ДНО в группе пациентов, следующими наиболее распространенными неблагоприятным фактором у пациентов были свидетели жестокого обращения с матерью (жестокое обращение).
3. Большинство пациентов с СД (74,1%) подвергались воздействию 1 или более факторов АС, а 27,2% подвергались воздействию 4 или более факторов. В контрольной группе эти цифры составляют 56,1% и 18,1% соответственно.

Как мы видим, чем большее число травм пережил человек, тем больше вероятность неблагоприятных исходов. Таким образом,  $\frac{1}{4}$  группы пациентов пережили 4 или более количество травм и это довольно большая цифра.

По результатам исследований установлена статистически значимая связь между рискованным поведением и сексуальными расстройствами. Разработка соответствующих программ и руководств, направленных на профилактику формирования рискованного поведения на практике, будет способствовать профилактике некоторых сексуальных расстройств у женщин. Разработка соответствующих программ и руководств по профилактике рискованного поведения становится важным шагом в области современной сексологии.

## SUMMARY

**RUZANNA E. AZATYAN**

### **THE RELATIONSHIP OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF SEXUAL DISORDERS WITH ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES**

Considering the prospects for the development of modern medicine, including the latest methods of diagnosis and treatment, it becomes clear that the main emphasis is on disease prevention. Studies show that 40-45% of adult women and 20-30% of adult men have at least one major sexual disorder, so given the demographics of the Republic of Armenia (RA), prevention and early detection of sexual disorders are important.

According to the WHO, more than 1 billion children are exposed to various types of violence every year. They face various forms of violence in many places, both online and in real life at home, at school and in their communities. A child can become a victim of violence, a witness or be involved in actions accompanied by violence.

The conducted scientific research shows that childhood experience has a stable effect on long-term adaptation, they are a basis for predicting physical and mental health, social relations in adulthood.

Since the research on these issues in RA is not complete, does not reflect the current situation, does not allow to make fundamental conclusions, as a result of which preventive measures are not developed, and simple extrapolation of the data related to other ethnic groups is methodologically incorrect, taking into account the cultural, psychological, religious and other characteristics. That is why a comprehensive study of risky behavior and sexual dysfunction is one of the most important tasks of the healthcare system of the RA and other systems.

The purpose of the study is to find a link between sexual disorders and adverse childhood experiences by conducting a comprehensive study of RA and to develop a socio-medical program aimed at their prevention.

To achieve this aim, we put forward the following objectives:

1. To study the connection of adverse childhood experience among patients with sexual disorders and control group in the Republic of Armenia.
2. To clarify the association of sexual disorders with adverse childhood experiences.
3. To identify the presence of the most common adverse childhood experience factor in the patient group.

The novelty of the scientific topic lies in the study of the relationship between sexual disorders and adverse childhood experiences in combination with moral, statistical and medical norms, also taking into account ethnic characteristics and accentuated sex-role behavior in the family.

The study was conducted at the YSMU Clinic of Sexology, under the supervision of Allen Azizian PhD Associate Professor at California State University, Fresno United

States. The participants of the study were 81 female and 4 male patients aged 20-65 years with various complaints who applied for sexological consultation. Because of small quantity of men, they were not included in the statistics, the data is based only on female subjects.

The control group consisted of healthy volunteers of the same age group.

The participants in the control group, 221 people, were randomly selected from YSMU students, clinical residents, medical workers, their acquaintances and friends, and other volunteers in RA.

The main group consisted of 85 patients with complaints of sexual disorders.

The methods of study were a clinical interview and an objective examination of patients. Their data was collected and filled in the Patients's Sexological Examination Card developed by the YSMU Department of Sexology.

In this work, the impact of adverse childhood experiences in the Republic of Armenia on the occurrence and development of sexual disorders in women has been studied in detail and substantiated. As a result of the analysis, the existence of a relationship between the formation of risky behavior and sexual disorders caused by adverse childhood experiences was substantiated.

A number of consistent patterns and peculiarities were found, in particular it was confirmed that:

1. the patient group had higher ACE scores than the control group;
2. parental divorce or absence of a parent was the one of the most common ACE factors in the patients' group. The next most prevalent adversities in the patients were witnessing mother abused (treated violently)
3. Majority of patients (74.1%) were exposed to 1 or more ACE factors and 27.2% were exposed to 4 or more factors. In the control group, these numbers are 56.1% and 18.1% respectively.

As we see the more adversities the person has experienced, the greater the likelihood of adverse outcomes. So  $\frac{1}{4}$  of the patient group had experienced 4 or more adversities and this is a pretty big figure.

According to the results of studies that have established a statistically significant relationship between risky behavior and sexual disorders. The development of appropriate programs and guidelines aimed at preventing the formation of risky behavior in practice will contribute to the prevention of certain sexual disorders in women. The development of appropriate programs and guidelines for the prevention of risky behavior is becoming an important step in the field of modern sexology.