

# نشریه الکترونیک انجمن سلامت جنسی

پاییز ۱۴۰۳  
شماره دوم



اللهم

انجمن

## مشخصات مجله

موسس و ریاست انجمن سلامت جنسی:

دکتر مهری نجات

هیئت مدیره کمیته نشریه انجمن سلامت جنسی:

۱- حمیده دمیرچیلو (ریاست)

۲- سحر حداد (دبیر)

۳ سیده مینا عباسی

۴- مائده بینا

۵- میلاد رحمانی

ویراستار: سیده مینا عباسی



۱ - سخن دبیر کمیته	۱
۲ - انگیزه های مردان و زنان برای عملکرد جنسی	۲
۴ - آناتومی دستگاه تناسلی مردان	۴
۷ - آناتومی دستگاه تناسلی زنان	۷
۱۰ - اختلال نعوظ	۱۰
۱۳ - اختلال دخول / درد تناسلی _ لگنی (واژینیسموس)	۱۳
۱۵ - عوامل موثر بر عملکرد جنسی	۱۵
۱۷ - تاثیر هورمونها بر عملکرد جنسی	۱۷
۱۸ - ویروس پاپیلوما (HPV)	۱۸
۲۱ - خلاصه ای از مقالات حوزه جنسی ۱	۲۱
۲۲ - خلاصه ای از مقالات حوزه جنسی ۲	۲۲

تأثیر رابطه جنسی بر کیفیت زندگی زوجین را می توان در دو وجه ، مثبت و منفی مورد بررسی قرار داد .  
در آغاز باید متذکر شد که سکس بیشتر ، همیشه با زندگی بهتر برابر نیست .

تأثیرات مثبت رابطه جنسی بر کیفیت زندگی زوجین :

صمیمیت عاطفی : رابطه جنسی میتواند راهی قدرتمند برای ابراز عشق ، ارتباط و صمیمیت باشد ، همچنین پیوند عاطفی بین زوجین را نیز تقویت و احساس نزدیکی و امنیت را ایجاد می کند .  
سلامت جسمانی : فعالیت جنسی منظم میتواند اثرات مثبتی بر سلامت جسمانی داشته باشد از جمله ؛ بهبود سلامت قلب و عروق ، کاهش استرس و تقویت سیستم ایمنی .

بهزیستی روانی : رابطه جنسی میتواند با آزادسازی هورمون آندروفین اثرات تقویت کننده ای بر خلق و خوی گذاشته و همچنین موجب بهبودی عزت نفس گردد و اضطراب و افسردگی را کاهش دهد .  
ارتباط : رابطه جنسی میتواند فرصتی را برای زوجها فراهم کند تا نیاز ها و خواسته های خود را چه از نظر جسمی و چه از نظر عاطفی بیان کنند .

رضایت از روابط : رابطه شاد و رضایت بخش در زندگی زوجین اغلب با سطح بالاتری از رابطه ی خوب جنسی بین زوج ها مرتبط است .

تأثیرات منفی رابطه جنسی بر کیفیت زندگی زوجین :

استرس و فشار : زمانی که رابطه جنسی بسیار کم یا از طرف یکی از زوجین نا خواسته و یا به عنوان یک کار طاقت فرسا تلقی شود میتواند باعث استرس و فشار در روابط زوجین شود .  
تضاد های روابط : اختلاف نظر در مورد رابطه جنسی میتواند منجر به مشاجره و رنجش شود به ویژه زمانی که ارتباط جنسی سالمی از طرف یکی از زوجین وجود نداشته باشد .  
نیاز های برآورده نشده : اگر نیاز های جنسی سالم در یکی از طرفین بر آورده نشود میتواند منجر به نارضایتی و رنجش شود .

نگرانی های سلامتی : در برخی از موارد مسائل مربوط به سلامتی جنسی مانند بیماریهای مقاربتی یا درد میتواند بر کیفیت زندگی زوجین تأثیر منفی بگذارد .

در نتیجه رابطه جنسی می تواند یک نیروی قدرتمند در زندگی زوجین باشد و همچنین بسیار مهم است که زوجین در مورد نیازها و خواسته های خود با یکدیگر صادق باشند و سلامت رابطه خود را برای ایجاد یک تجربه جنسی لذت بخش و رضایت بخش در الویت قرار دهند .



## انگیزه‌های مردان و زنان برای عملکرد جنسی



واژه سکس یا آمیزش جنسی را میتوان یک گزینه بسیار کامل و فعال در وجود همه موجودات زنده و انسانها در نظر گرفت. سکس فعالیت و لذتی است که به عملکرد دستگاه تناسلی وابسته است. ارضای یک نیاز فیزیولوژیک پایه است و به معنای یک گزینه رفتار از پیش تعیین شده‌ای که مشخصه یک گونه است می‌باشد و هدف به هم پیوستن اندامهای تناسلی در مقاربت است. در حالیکه واژه سکسوالیتی یا رابطه جنسی یک موضوع گسترده و پیچیده است که طیف وسیعی از احساسات، تمایلات، جاذبه‌ها، هویت‌ها، فرهنگ و ارزش‌های مرتبط با صمیمیت، لذت و ارتباط را در بر می‌گیرد و رفتار مختص انسانهاست. سکس مفهوم و انگاره‌ای است که در سامانه سکسوالیته ساخته می‌شود. در صورتیکه سکسوالیته یک سیستم تاریخی و شبکه بزرگ سطحی است که در آن برانگیختن بدن‌ها، تشدید لذت‌ها، تحریک به گفتمان، شکل‌گیری شناخت‌ها، و تقویت کنترل‌ها و مقاومت‌ها، به‌طور زنجیره‌ای

به یکدیگر متصل می‌شوند که با عوامل چندوجهی و پیچیده روان شناختی انگیزته می‌شود. انسان موجودی بی‌نهایت پیچیده است و برای داشتن انگیزه‌ی رابطه‌ی جنسی نمیتوان گفت که یک دلیل واضح در طول تاریخ و در دوران‌ها و فرهنگ‌های متفاوت وجود داشته است. با این وجود دو دلیل اصلی که همواره عنوان شده تولید مثل و تجربه لذت یا رهایی از تنش جنسی است. در سال ۲۰۰۷، دو محقق به نامهای سیندی مستون و دیوید باس تحقیقی را در مورد علل وانگیزه رابطه جنسی انجام دادند. آنها ۲۳۷ انگیزه مختلف را مطرح کردند که دامنه آن از دلایل دنیوی (مانند تجربه لذت) تا معنوی (مانند نزدیکی به خدا)، از نوع دوستانه (مانند ایجاد حس خوب در شریک زندگی) تا کینه توزانه (مانند درآوردن تلافی فریب کاری شریک زندگی) متفاوت است. ۱۴۲ مورد از آنها در ۴ عامل اصلی و ۱۳ زیرعامل طبقه بندی شدند که در زنان و مردان برابری دارند.

- \* - دلایل فیزیکی: شامل ۱- تسکین تنش ۲ - لذت ۳- اشتیاق و جاذبه بدنی یا فیزیکی ۴- تجربه طلبی (بهبود و تمرین مهارتهای جنسی).
- \* - رسیدن به هدف: شامل ۵- ثروت



سرنخ‌های ارزشمندی پیرامون باروری زنان و ظرفیت زادآوری آنها به دست می‌دهد. در زنان اما عوامل عاطفی نظیر بیان عشق و تشدید روان شناختی تعهد، نزدیک شدن بیشتر به شریک زندگی، عوامل برجسته انجام رابطه جنسی است. در واقع زنان برای این درگیر آمیزش جنسی می‌شوند که مواردی نظیر؛ نزدیکی عاطفی، دلبستگی، تعهد، عشق، مهربانی، پذیرش، تحمل و افزایش صمیمیت را بدست آورند چرا که می‌خواهند بهزیستی و احساس خواستنی بودن جنسی را در خود افزایش دهند. مستون وباس دریافتند که زنان بیشتر از مردان برانگیزه‌های عاطفی برای رابطه جنسی صحنه گذاشتند. این یافته آنها از فرضیات مبتنی بر تکامل حمایت کرد که اظهار می‌کردند زنان بیشتر از مردان رابطه جنسی را در بافت یک رابطه متعهدانه ی ادامه دار ترجیح می‌دهند که احساسات و بیان عشق نشانه ای از آن است. دسته‌ی دیگر تفاوت‌های جنسیتی که مشخصاً پیش بینی نشده‌اند شامل این موارد است: بهبود وضعیت اجتماعی / افزایش شهرت، حق خودنمایی قائل شدن، و علاقه‌ی افراد به این‌که به دوستان‌شان بگویند با شخص معروفی رابطه‌ی جنسی داشته‌اند. با این حال، این یافته‌ها با داده‌های تجربی همسو بودند، داده‌هایی که نشان می‌دهند مردانی که در واقع یا به طور مؤثر با چند زن رابطه‌ی جنسی دارند، از موقعیت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند.

ودارایی ۶- وضعیت اجتماعی (نگرانی در مورد شهرت و آنچه دیگران برداشت می‌کنند) ۷- انتقام (تمایل به صدمه زدن) ۸- منفعت‌گرایی (استفاده از رابطه‌ی جنسی برای به دست آوردن مزیت در یک رابطه یا در حیطه‌ی زندگی).  
 \* - **دلایل احساسی:** شامل ۹- عشق و تعهد (یک راه برای حفظ دلبستگی عمیق و مطمئن)  
 ۱۰- بیان احساسات (یکی از راه‌های اصلی برقراری ارتباط با شریک رمانتیک زندگی).  
 \* - **فنا امنی:** شامل ۱۱- اعتماد به نفس (برای بدست آوردن کمی قدرت و توانایی) ۱۲- فشارها / وظایف (هر چیز ناشی از تعهد یا اجبار توسط شخص دیگری) ۱۳- امنیت شریک زندگی (داشتن رابطه جنسی برای دفع کردن افراد متجاوز).

### آیا مردان و زنان از حیث انگیزه متفاوتند؟

با توجه به تفاوت‌های جنسیتی، فرضیه‌های مبتنی بر تکامل پیشنهاد می‌دهند که مردان برای میل به تنوع جنسی، مجال برای جفت‌گیری فرصت طلبانه، ظاهر جسمانی شریک عاطفی، رهایی از تنش جسمانی و احساس شخصی قدرت انگیزه بیشتری داشته باشند. مستون وباس دریافتند که مردان به طور معناداری نسبت به زنان بیشتر بردلایلی صحنه می‌گذارند که محور آن، ظاهر جسمانی و خواستنی بودن جسمانی شریک زندگی است. این یافته آنها از فرضیات مبتنی بر تکامل حمایت کرد که اظهار می‌داشتند مردان نسبت به زنان بیشتر با محرک‌های بینایی برانگیزه می‌شوند، چرا که ظاهر جسمانی



## آناتومی دستگاه تناسلی مردان

آشنایی با آناتومی و فیزیولوژی هریک از دستگاههای بدن انسان، برای فهمیدن نقش آن دستگاه در بدن و پیامدهای روان شناختی مدارا با اختلال عملکرد آن ضروری است. از آنجا که دستگاه تناسلی برای بقا و ادامه نسل مهم است و در جامعه ما به دلایل فرهنگی و

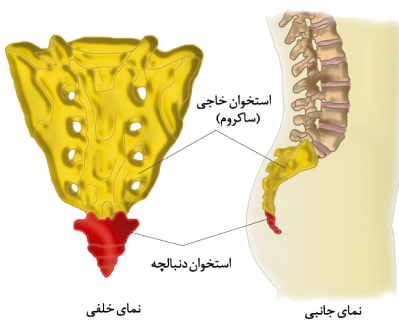
اجتماعی معمولاً در مورد اندام تناسلی کمتر صحبت می‌شود، لذا بر این شدیم که در نشریه ی شماره دو انجمن سلامت جنسی ایران اطلاعات کاملی در مورد اندام تناسلی مردان و زنان، در اختیار شما قرار دهیم.

تمامی دستگاه تناسلی مردانه در لگن قرار دارند که شامل اجزای زیر می باشد:

۱. استخوان خارجی یا ساکروم ( Sacrum )
۲. رکتوم (انتهای روده ی بزرگ که به مقعد می رسد ) Rectum
۳. مثانه ( bladder )
۴. پروستات ( Prostate )
۵. کیسه ی منی ( seminal vesicle )
۶. بیضه ها ( Testicles )
۷. آلت ( Penis )
۸. پوبیس (استخوانی که موهای تناسلی بر روی آن رویش دارد) Pubis

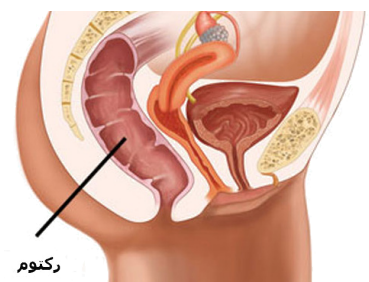
### ساکروم:

نام یکی از استخوان‌های تشکیل‌دهنده لگن خاصره است. این استخوان در پایین ستون مهره‌های کمر، در زیر آخرین مهره کمری قرار گرفته و در پشت لگن، بین دو استخوان کوهانه (بی‌نام، هیپ) قرار دارد. در داخل استخوان خاجی ریشه‌های عصبی قرار دارند.



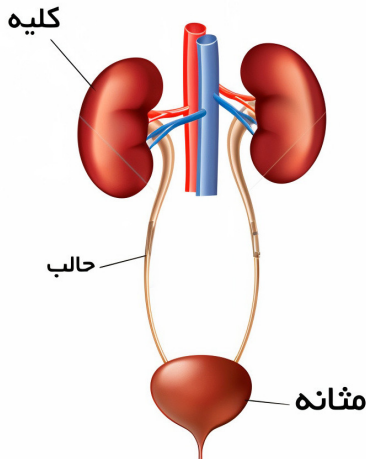
### رکتوم:

راست روده که در ناحیه لگن بالای کف لگن قرار دارد، منحنی ساکروم (استخوان مثلثی شکل در انتهای ستون فقرات) را دنبال می‌کند و توسط بافت همبند به ساکروم متصل می‌شود.



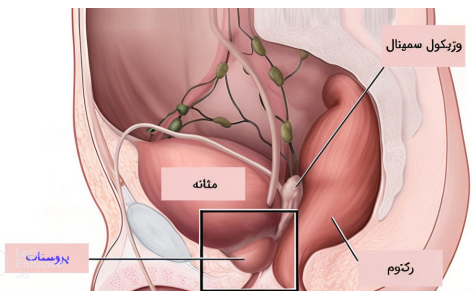
### مثانه :

یکی از اعضای دستگاه ادراری است. این عضو مانند کیسه‌ای برای جمع شدن ادرار حاصل از فعالیت کلیه است و جدار آن از ماهیچه و بافت پیوندی ارتجاعی بوده و ماهیچه دتروسور نام دارد. مثانه انسان می‌تواند حداکثر یک لیتر ادرار در خود نگه دارد. لوله باریکی که ادرار را از کلیه‌ها به مثانه می‌رساند میزنای (حالب) نام دارد. مثانه نیز ادرار را از طریق لوله دیگری به نام میزراه (پیشابراه) تخلیه می‌کند. میزراه در زنان کوتاه است اما در مردان این مجرا درازتر بوده و از میان غده پروستات و آلت تناسلی گذر می‌کند.



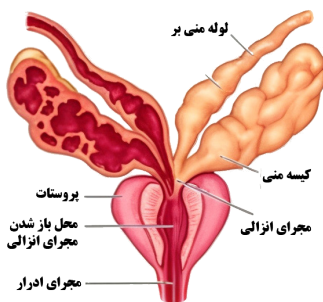
### پروستات:

عضوی از دستگاه تناسلی مرد است و به اندازه و شکل یک گردوی کوچک، در ابتدای مجرای ادراری در لگن خاصره قرار دارد. پروستات غده‌ای است سفت به شکل یک هرم وارونه که قسمتی از آن بافت غددی و قسمتی بافت عضلانی و همبندی دارد و مجرای ادرار پروستاتی را احاطه می‌کند. پروستات در موقع انزال منقبض می‌شود و ماده شیری رنگ قلیایی به منی اضافه می‌کند. حالت ژلاتینی منی به دلیل همین اتفاق است. ترشحات پروستات در انسان به‌طور تقریبی و معمولی حدود ۳۰ درصد حجم منی را تشکیل می‌دهد.



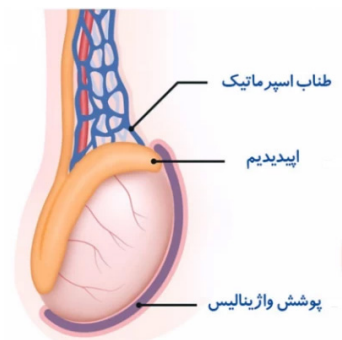
### کیسه منی :

کیسه منی یا گُشنابدان یا وزیکول سمینال عضوی از دستگاه تناسلی مردانه است. این عضو دو غده توبولار ساده است که در قسمت تحتانی خلفی مثانه قرار دارد.



### بیضه ها :

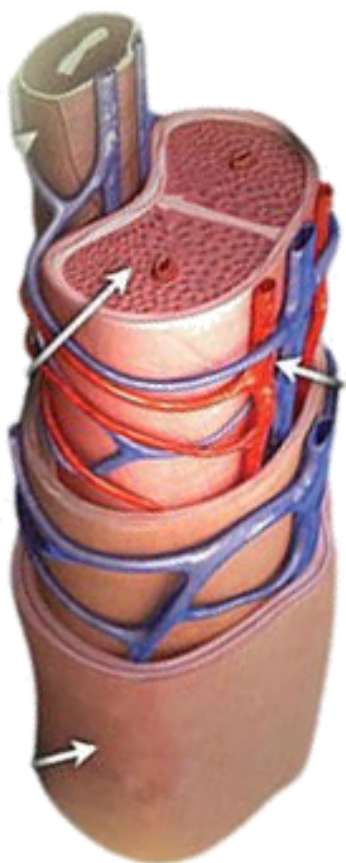
غده‌ای جنسی و بخشی از اندام جنسی مردانه می‌باشد. بیضه‌ها دو وظیفه دارند، ساخت و تولید اسپرم (گامت نر) و ترشح هورمون‌های درون‌ریز (آندوکراین) به ویژه تستوسترون. این اندام دارای لوله‌های پیچ‌خورده فراوانی است که لوله اسپرم‌ساز نام دارند و اسپرم‌سازی درون این لوله‌ها انجام می‌شود.





**پنیس:**

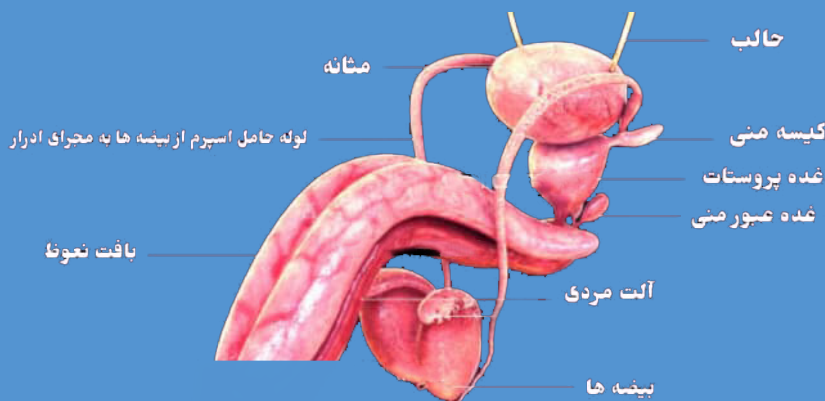
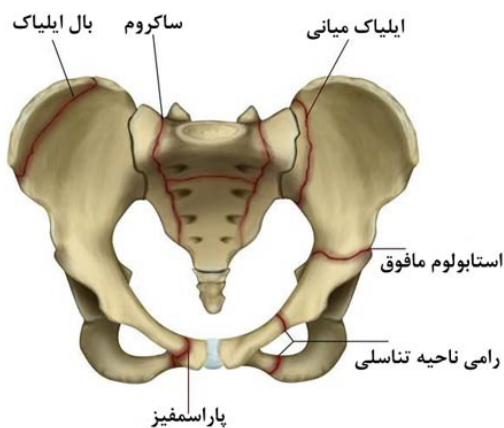
ساختار و اجزای مختلفی دارد. آلت تناسلی که به صورت استوانه ای و بی استخوان و غضروفی و اسفنجی بوده و مجاری خروجی ادرار ( انتهای دستگاه ادرار ) نیز در آن وجود دارد. قسمت ابتدایی این سیلندر ها یا همان پایه ی آلت در داخل بدن و در لگن قرار دارد و مجرای ادرار را به پروستات متصل میکند. آلت دارای یک بخش کلاهیک مانند ( ختنه گاه ) و بدنه یا بخش استوانه ای است. آلت تناسلی در هنگامی که تحریک نشده باشد کوچک بوده و این اسفنج ها یا سیلندرها خالی از خون می باشند در نتیجه آلت در حالت خوابیده قرار دارد و کاملاً نرم و با انعطاف است.



اگر سیلندر های آلت کاملاً سفت و بزرگ شوند و اصطلاحاً نعوظ کامل شکل گرفته شود؛ آلت فرد به حالت استوانه ای سفت و صاف در می آید. در نعوظ طبیعی و کامل باید تمام قسمت های این استوانه یکدست و سفت و محکم باشد و برجستگی یا فرو رفتگی یا کاهش قطر در بدنه ی آلت وجود نداشته باشد. اما اگر در زمان نعوظ آلت کاملاً سفت نشود یا به طرفی کج باشد یا در قسمتی فرو رفتگی یا قطر کمتری داشته باشد یا در بدنه ی آلت شلی یا نرمی وجود داشته باشد؛ اصطلاحاً آلت فرد به نعوظ کامل نرسیده و فرد دچار نعوظ ناقص یا اختلال نعوظ یا شلی آلت می باشد.

**پویس:**

در بدن، استخوان های شرمگاهی دو طرف در قسمت جلو به یکدیگر نزدیک شده و در بین آنها یک ساختمان غضروفی فیبری مانند منیسک زانو قرار می گیرد. کنار هم قرار گرفتن دو استخوان شرمگاهی و این غضروف را التصاق شرمگاهی ( سمفیز پویس ) می گویند



## آناتومی دستگاه تناسلی زنان

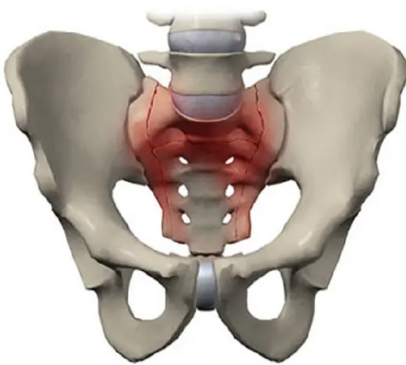
تمامی دستگاه تناسلی زنان در لگن قرار دارند که شامل اجزای زیر می باشد:

- ۱- استخوان خارجی یا ساکروم (sacrum)
- ۲- رکتوم (Rectum)
- ۳- تخمدان (ovary)
- ۴- رحم (Womb)
- ۵- واژن (vagina)
- ۶- مثانه (Bladder)
- ۷- پوبیس (Pubis)



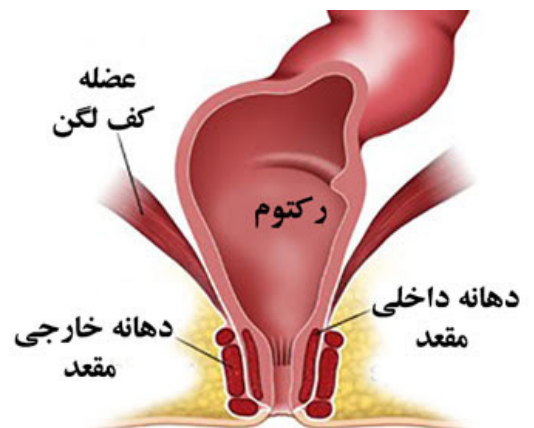
### ساکروم:

نام یکی از استخوان‌های تشکیل دهنده لگن خاصره است. این استخوان در پایین ستون مهره‌های کمر، در زیر آخرین مهره کمری قرار گرفته و در پشت لگن، بین دو استخوان کوهانه (بی‌نام، هیپ) قرار دارد. در داخل استخوان خاجی ریشه‌های عصبی قرار دارند.



### رکتوم:

راست روده که در ناحیه لگن بالای کف لگن قرار دارد، منحنی ساکروم (استخوان مثلثی شکل در انتهای ستون فقرات) را دنبال می‌کند و توسط بافت همبند به ساکروم متصل می‌شود.



## تخمدانها :

برساند پس از مدتی تخمک آزاد شده توانایی لقاح خود را از دست می‌دهد. در ضمن آزاد سازی تخمک‌ها از سن بلوغ جنسی آغاز شده و تا زمان یائسگی ادامه پیدا می‌کند. همچنین تخمدان‌ها هورمون‌های جنسی زنانه یعنی پروژسترون و استروژن را می‌سازند که چرخه قاعدگی را تنظیم می‌کنند. قابل ذکر هست که استروژن باعث ایجاد برخی از مشخصات جنسی زنانه از جمله بزرگ شدن پستان‌ها می‌شود.

دو غده تخم‌مرغی شکل هستند که در دو طرف رحم قرار گرفته‌اند و از طریق لوله فالوپ به رحم متصل می‌شوند. تخمدان در جانوران ماده وجود دارد. تخمدان‌ها حاوی تخمک‌های نارس هستند که پس از رشد به تخمک بالغ تبدیل می‌شوند و توانایی لقاح را کسب می‌کنند. در هر قاعدگی اغلب یک تخمک از یک تخمدان آزاد می‌گردد و اگر هیچ کدام از سلول‌های اسپرم نتوانند خود را به تخمک آزاد شده

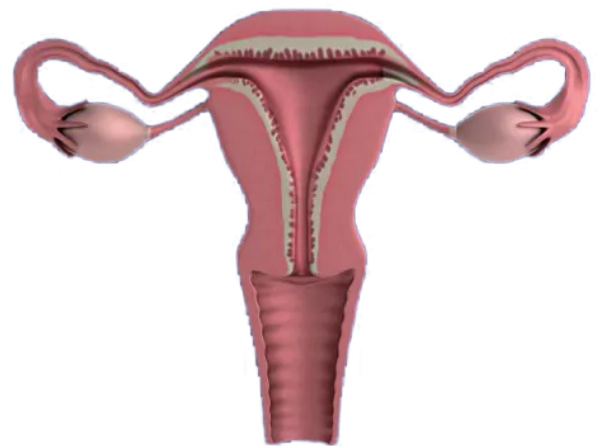


تخمدان

## رحم :

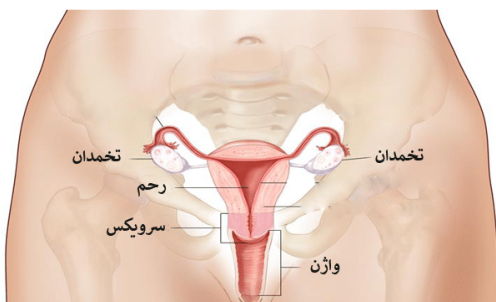
و انتهای آن به واژن متصل می‌شود. در دو طرف رحم لوله‌های فالوپ قرار دارند که به آن متصل شده‌اند و در پایین به وسیله گردن رحم (سرویکس) به واژن اتصال پیدا کرده است. سطح داخلی رحم قسمتی است به نام آندومتر که این لایه به وسیله تغییر در روند هورمون‌ها ساخته می‌شود و ریزش پیدا می‌کند که خونریزی ماهیانه را شکل می‌دهد. دقیقاً همین تغییرات هورمونی و ساخته شدن دیواره‌های آندومتر است که محیط را برای لانه‌گزینی جنین آماده می‌کند.

قسمتی از دستگاه تناسلی که به شکل یک گلابی برعکس می‌باشد. در بعضی موارد به اشتباه رحم و واژن را به یک نام می‌شناسند. رحم همان قسمتی است که تخمک گذاری در آن انجام می‌شود و جنین در آن رشد می‌کند. این قسمت از بدن دارای عضله بسیار قوی می‌باشد که در حالت عادی حدود ۶ سانت طول دارد ولی در حین زایمان تا چندین برابر خواهد شد. در واقع همین عضله‌های قوی هستند که می‌توانند در حین زایمان کمک به خارج شدن جنین کنند. رحم در بین رکتوم و مثانه قرار دارد



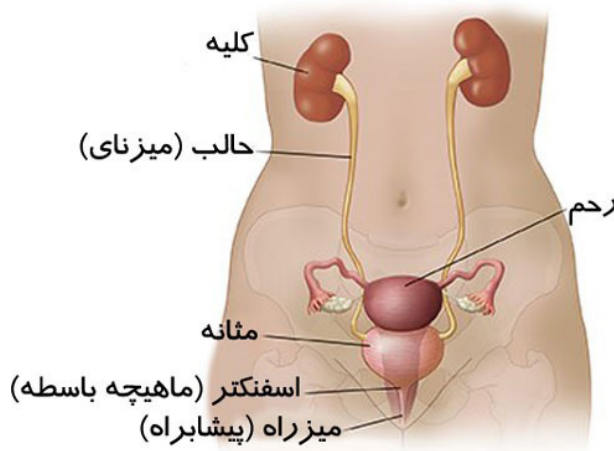
### واژن :

یک عضو مهم از اندام تناسلی زنان است آناتومی و ساختار واژن کاملاً ارتجاعی و عضلانی است و دیواره‌های آن از چین‌های زیادی تشکیل شده است. همه این چین‌ها به واژن اجازه می‌دهند که وقتی فشار به طرفین وارد می‌شود (مانند زمانی که سر نوزاد از آن عبور می‌کند) مانند آکاردئون کشیده و منبسط شود. همچنین ساختار کشسانی آن این امکان را می‌دهد که لذت جنسی تجربه شود.



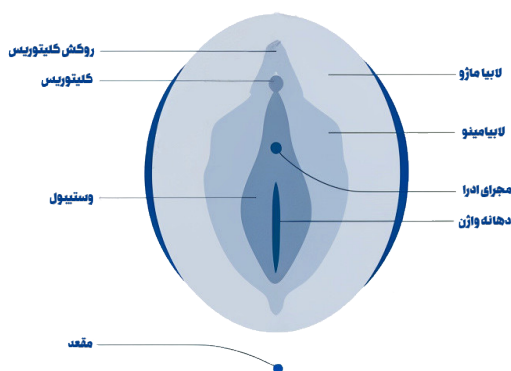
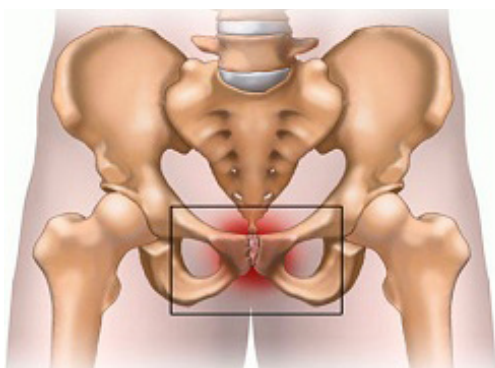
### مثانه :

مثانه یک کیسه عضلانی در لگن است که درست در بالا و پشت استخوان شرمگاهی قرار دارد. ظاهر مثانه بسته به میزان ادرار ذخیره شده در آن متفاوت است و در صورت پر شدن به شکل بیضی در می‌آید و هنگام خالی بودن به اندازه و شکل یک گلابی است. مثانه توسط لایه‌هایی از بافت ماهیچه‌ای که برای نگه داشتن ادرار خاصیت ارتجاعی دارند، پوشیده شده است. بافت داخلی مثانه به داخل مثانه چین خورده است و به آن خاصیتی ارتجاعی و قابل انعطاف پذیری می‌دهد. مثانه هنگام خالی شدن ادرار، دوباره منقبض می‌شود و به حالت طبیعی خود بر می‌گردد و دیواره عضله مثانه ضخیم تر و کل مثانه سفت می‌شود.



### پوبیس :

پوبیس یا تپه ونوس، توده‌ای از بافت چربی زیر جلدی است که در جلوی استخوان شرمگاهی و بالای دهانه واژن قرار دارد. پوست روی پوبیس در سنین بلوغ با موهای زائد ناحیه تناسلی پوشیده می‌شود. معمولاً سایز این ناحیه از دستگاه تناسلی بعد از بلوغ بزرگتر می‌شود.





## اختلال نعوظ

۳ ماه فرد دارای چنین وضعیتی از نعوظ باشد، با توجه به تشخیص گذاری نهایی پزشک می توان گفت که فرد دارای اختلال نعوظ است. اختلال نعوظ اثرات منفی بر کیفیت زندگی زوجین و همچنین احساسات و هیجانانشان دارد و بر روی مسائل روانی آنان نیز تأثیر گذار است.

در میان اختلالات جنسی مردان، اختلال نعوظ شیوع بسیار زیادی دارد. عدم توانایی فرد به صورت مداوم یا عود کننده در بدست آوردن و نگهداشتن نعوظ (سفت شدن آلت تناسلی مرد) برای انجام رابطه ی جنسی رضایت بخش را اختلال نعوظ می گویند. زمانی که حداقل

### عواملی که باعث اختلال نعوظ می شود عبارتند از:

۱- عوامل روانشناختی  
 ۲- سبک زندگی بد از جمله: ورزش نکردن / استفاده از مواد مخدر / درمان نکردن برخی از بیماری های زمینه ای مثل دیابت و... / و همچنین هر موردی که اثر منفی در سبک زندگی فرد می گذارد.  
 ۳- فاکتور های قلبی عروقی از جمله انواع بیماری های قلبی / سکتة ی قلبی / مشکلات فشار خون و...  
 ۴- سیستم غدد درون ریز: هورمونهای که کار کنترل روحیه، رشد، متابولیسم و اندام های تولید مثل را بر عهده دارد و همچنین مشکل هیپوگنادیسم.  
 ۵- موارد پزشکی: جراحی های انجام شده در فرد و همچنین انواع بیماری های جسمی  
 ۶- فاکتور های پنیس از جمله شکستگی (به پارگی بافت پنیس اصطلاحاً شکستگی می گویند) / زخیم شدن و کشیده شدن پوست روی آلت و هر نوع بیماری پوستی که آلت تناسلی را درگیر کند.  
 ۷- برخی از دارو ها

۱- عوامل روانشناختی  
 ۲- سبک زندگی بد از جمله: ورزش نکردن / استفاده از مواد مخدر / درمان نکردن برخی از بیماری های زمینه ای مثل دیابت و... / و همچنین هر موردی که اثر منفی در سبک زندگی فرد می گذارد.  
 ۳- فاکتور های قلبی عروقی از جمله انواع بیماری های قلبی / سکتة ی قلبی / مشکلات فشار خون و...  
 ۴- سیستم غدد درون ریز: هورمونهای که کار کنترل روحیه، رشد، متابولیسم و اندام

**نکته:** اختلال نعوظ و همچنین افسردگی که با یکدیگر ارتباط مستقیم نیز دارند جزو دو عامل اولیه و اصلی کاهش میل جنسی در مردان می باشد.

### علت ضرورت درمان:

فردی که ۳ ماه دچار اختلال نعوظ است باید هرچه زودتر برای درمان اقدام نماید، زیرا اگر خون رسانی به آلت تناسلی مرد (پنیس که بافت اسفنجی دارد) مشکل پیدا کند و سریع درمان نشود، بافت پنیس تغییر می یابد و خون رسانی به آن ناقص می گردد و این روند باعث آسیب رسانی به بافت پنیس می شود که به اصطلاح عامیانه می توان گفت که بافت می میرد و بافت مرده هم به آسانی قابل درمان نمی باشد.  
 در مان های اختلال نعوظ که در انجمن سلامت جنسی ایران صورت می گیرد دارای سه فاز درمانی می باشد که دو فاز آن شامل مراحل متفاوتی است.

فردی که ۳ ماه دچار اختلال نعوظ است باید هرچه زودتر برای درمان اقدام نماید، زیرا اگر خون رسانی به آلت تناسلی مرد (پنیس که بافت اسفنجی دارد) مشکل پیدا کند و سریع درمان نشود، بافت پنیس تغییر می یابد و خون رسانی به آن ناقص می گردد و این روند باعث آسیب رسانی به بافت پنیس می شود که به اصطلاح عامیانه می توان گفت که

## فاز اول درمان :

۱



مرحله ی اول شامل دارو درمانی ( توسط روانپزشک) + روان درمانی ( توسط سکس تراپ) است.

در این مرحله با توجه به تشخیص پزشک و شرایط مراجعه کننده امکان دارد چندین داروی متفاوت تجویز شود.

۲



مرحله دوم استفاده از بیوفیدبک است که تأثیر بسیار زیادی در افزایش خون رسانی به بافت پنیس و بهبود نعوظ و همچنین جلوگیری از زود انزالی دارد.

۳



مرحله سوم استفاده از دستگاه شاک ویو (Shock wave) است این نوع درمان به همراه نوروفیدبک انجام می گردد و با تکانه های میدانی که دارد باعث ساخته شدن عروق جدید در ناحیه ی مورد نظر می شود.

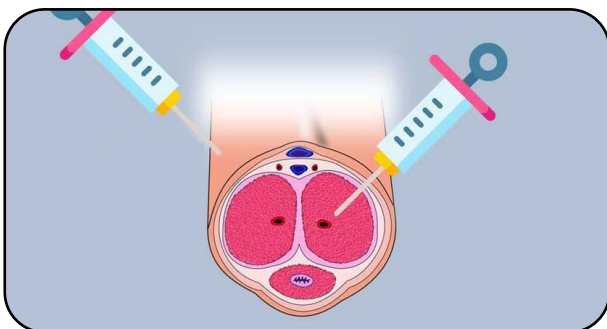
۴



مرحله ی چهارم ، در صورت سالم بودن ستون فقرات مراجعه کننده ، به وی تمرین اصلاحات ساختاری - ورزشی داده می شود.

مرحله ی پنجم درمان ، تزریق پی آرپی (PRP) است که در سه دوز به مراجعه کننده تزریق می شود ، قابل ذکر است که تزریق PRP درد زیادی ندارد و به راحتی قابل تحمل است.

۵



نکته: فاز دوم درمان زمانی آغاز می شود که فرد به هیچ کدام از پنج مرحله ی فاز اول درمان پاسخ ندهد.

## فاز دوم درمان:

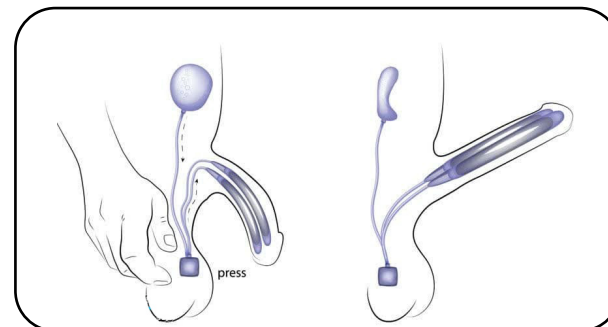


مرحله اول درمان در فاز دوم ، استفاده از وکیوم است و بسیار قابل توجه است که وکیوم به مرور زمان به بافت پنیس آسیب می زند و در کل توصیه می شود که حتماً زیر نظر و با تشخیص و تجویز متخصص از آن استفاده شود.

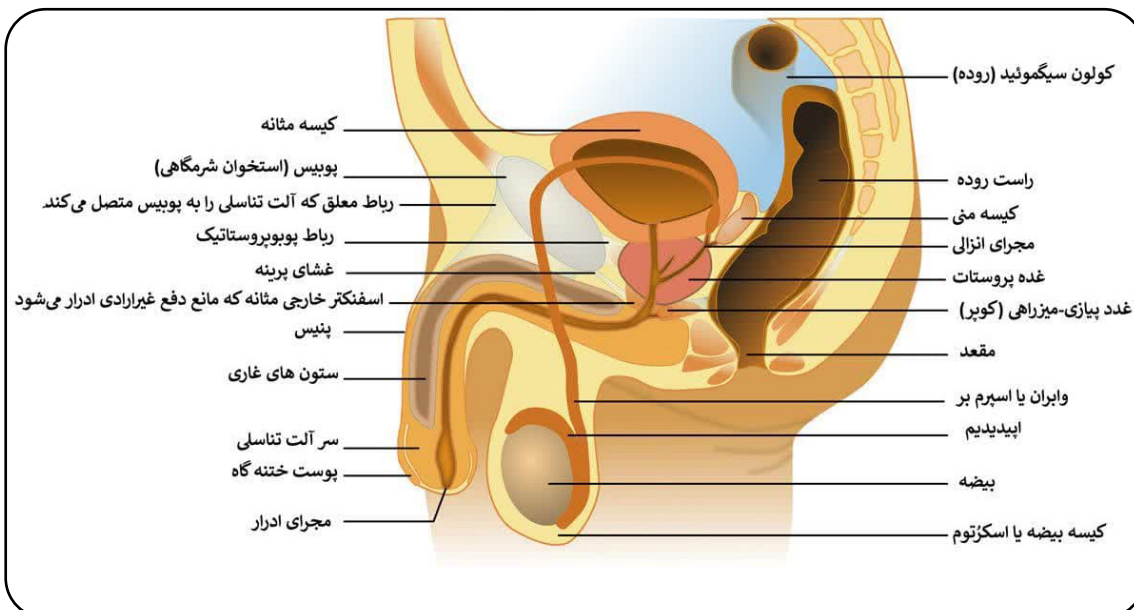


مرحله دوم درمان در فاز دوم ، استفاده از داروی آلپروستادیل است که حتماً باید با توجه به فیزیولوژی فرد مراجعه کننده توسط پزشک تجویز شود و مصرف خودسرانه ی آن می تواند باعث عارضه در فرد گردد.

## فاز سوم درمان:



فاز سوم شامل آخرین مرحله ی درمانی می باشد و در صورت عدم پاسخگویی درمانجو به دو فاز قبلی و مراحل آن ، با توجه به تشخیص نهایی پزشکی معالج ، به درمانجو پیشنهاد کاشت پروتز یا ایمپلنت آلت تناسلی داده می شود.



## اختلال دخول / درد تناسلی- لگنی (واژینیسموس)

درواژینیسموس ممکن است دخول داخل واژن به هیچ وجه امکان پذیر نباشد (چه از طریق آلت مرد چه با انگشتان یا اسپکلوم حین معاینه پزشک زنان و یا ورود هر جسم دیگر...) و همچنین ممکن است در مواردی به دلیل سفتی عضلات کف لگن به سبب درد یا ترس از درد، دخول دشوار اما غیر ممکن نباشد. در واقع ممکن است زنان دچار واژینیسموس در خود آگاه مایل به مقاربت جنسی باشند اما در ناخود آگاه بخواهند تا آلت مرد را از ورود به بدن خود منع کنند.

در واقع واژینیسموس یک اختلال جنسی با علت چندعاملی است که به دو دسته اولیه یا مادام العمر (فرد هیچ گاه سابقه دخول واژینال موفقیت آمیز را نداشته) و اکتسابی (در مقطعی از زندگی خود دخول واژینال موفق داشته) تقسیم می شود. همچنین می تواند موقعیتی یا همیشگی باشد و مستقل از شریک یا شرایط رخ دهد. بیماری بسته به شدت می تواند خفیف، متوسط یا شدید باشد.

شیوع واقعی واژینیسموس مشخص نیست اما در جمعیت عمومی ۶-۱۰٪ و در کلینیک های اختلال عملکرد جنسی حدود ۱۷-۵ درصد تخمین زده شده است. با این حال

به نظر می رسد این میزان در ایران بالاتر باشد.

واژینیسموس در تمام اقشار جامعه می تواند رخ دهد و حتی مطالعات نشان داده که زنان تحصیل



واژینیسموس یکی از اختلالات درد تناسلی لگنی شایع در زنان است که طبق تعاریف قدیمی تر، عبارت بود از انقباض غیر ارادی عضلات یک سوم خارجی واژن به گونه ای که مانع دخول آلت مرد و انجام مقاربت شود. این واکنش حتی ممکن است حین معاینه پزشک زنان روی دهد و انقباض غیر ارادی واژن مانع ورود اسپکلوم به داخل واژن گردد. در تعریف جدید نسخه ۵ کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V)، این اختلال در دسته بندی اختلال درد / دخول لگنی- تناسلی (GPPPD) قرار گرفت که به صورت وجود یک یا بیشتر از یک معیار مداوم یا مکرر زیر به مدت حداقل ۶ ماه که باعث ناراحتی قابل توجه بالینی شده، تعریف می شود: (۱) مشکلات در دخول واژینال در طی مقاربت (۲) درد لگنی- تناسلی در طی مقاربت واژینال یا تلاش برای دخول (۳) ترس یا اضطراب

در ارتباط با درد لگنی- تناسلی یا دخول واژینال (۴) سفتی عضلات کف لگن در هنگام تلاش برای دخول واژینال. همچنین این اختلال نباید ناشی از دارو یا مربوط به وضعیت پزشکی دیگری باشد. بنابر این می توان گفت که





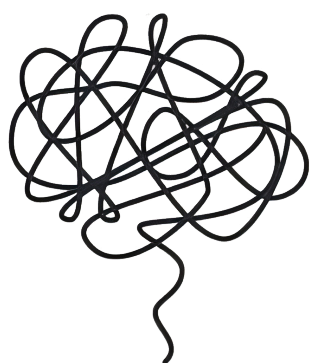
شده است. با توجه به ماهیت GPPPD، یک روش درمانی چندپارچه مورد نیاز است که نه تنها مشکلات مربوط به نفوذ واژن، درد، اضطراب و گرفتگی عضلات مرتبط با مقاربت جنسی بلکه رضایت جنسی و پویایی زوج را نیز هدف قرار می دهد. مداخلات روانشناختی برای واژینیسموس شامل راهکارهایی از جمله مدیریت درد، حساسیت زدایی سیستماتیک، بازسازی شناختی، تمرینات کف لگن، تمرکز احساس و ذهن آگاهی است. همچنین استفاده از روش هایی مثل بیوفیدبک در کنار سایر مداخلات می تواند در این افراد کمک کننده باشد.



کرده و زنانی که به طبقات اجتماعی اقتصادی بالا تعلق دارند بیشتر به این اختلال دچار می شوند. عوامل ایجادکننده واژینیسموس اولیه هنوز به طور قطع مشخص نشده است اما می توان گفت که پیش بینی درد در نخستین تجربه مقاربت ممکن است باعث ایجاد واژینیسموس شود.

بررسی ها نشان داده اند که GPPPD یا واژینیسموس تأثیر منفی بر کیفیت زندگی زنان دارد. این اختلال نه تنها به طور نامطلوب بر تمایلات جنسی و رضایت جنسی زنان تأثیر می گذارد، بلکه با طیف گسترده ای از پیامدهای روانی - اجتماعی مانند کاهش کیفیت زندگی و و پریشانی رابطه در ارتباط است. GPPPD منجر به کاهش عزت نفس و احساسات زنانگی و تصویر منفی نسبت به بدن و دستگاه تناسلی می شود. این اختلال می تواند بار سنگینی بر روابط زوجین بگذارد، خصوصاً اگر آنها مایل به داشتن فرزند باشند.

خوشبختانه درصد موفقیت درمان در مبتلایان به واژینیسموس نسبتاً بالا و امیدوارکننده است. جنبه های مختلف واژینیسموس، منجر به پیشنهاد موارد مختلف در زمینه ی درمان



## نویسنده: سیده مینا عباسی

## عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی



Endocrine Imbalance



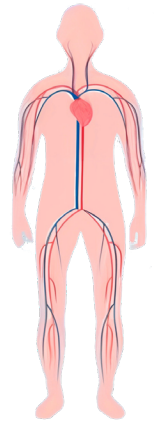
Surgery



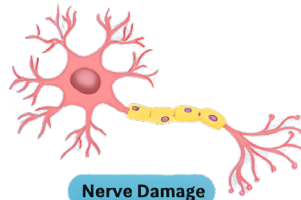
Psychological



Medication / Drugs



Vascular Disease



Nerve Damage

عملکرد جنسی، بخشی از زندگی و رفتار انسانی است و چنان باشخصیت فرد درهم آمیخته است که صحبت از آن به عنوان پدیده ای مستقل، غیرممکن به نظر می رسد. تمایلات جنسی همواره مرکز توجه، علاقه و کنجکاوی بشر بوده و تأثیر غیر قابل انکاری بر کیفیت زندگی فرد و شریک جنسی او دارد. تمایلات و فعالیت های جنسی، امری واقع بینانه محسوب می شود و منشأ بسیاری از تحولات در زندگی انسان است. نیاز جنسی نه تنها در رده نیازهای فیزیولوژیک انسان مانند تشنگی، گرسنگی و نیاز به اکسیژن و خواب، بلکه در حیطه نیازهای معنوی و عرفانی چون نیاز به زیبایی و کمال در نظر گرفته می شود. شناخت و مطالعه تمایلات و رفتارهای جنسی یکی از مهمترین مسائل بهداشت عمومی و به ویژه بهداشت روان است. عملکرد جنسی بخشی از سلامت جنسی محسوب می شود. در این راستا سازمان بهداشت جهانی، سلامت جنسی را نوعی هماهنگی ذهن، احساس و جسم فرد دانسته که منجر به تکمیل شخصیت، ارتباط و عشق می گردد. بنابراین لازم است که با آگاهی از عوامل مؤثر بر عملکرد جنسی بتوانیم تا حدودی از این بخش از سلامت جنسی مراقبت

کنیم. عملکرد جنسی یک اثر متقابل پیچیده از عوامل فیزیکی، روانی و اجتماعی و... است. در اینجا عوامل کلیدی که می توانند بر عملکرد جنسی در انسان تأثیر بگذارند ذکر شده است :

تعادل هورمونی: هورمون هایی مانند تستوسترون، استروژن و پروژسترون نقش مهمی در میل جنسی، برانگیختگی و عملکرد دارند. عدم تعادل در این هورمون ها به دلیل شرایط پزشکی، داروها یا افزایش سن می تواند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارد.

برانگیختگی فیزیولوژیکی: پاسخ فیزیکی بدن به تحریک جنسی، از جمله جریان خون، تنش عضلانی و رطوبت ولغزندگی، برای لذت و عملکرد جنسی ضروری است. شرایطی مانند دیابت، بیماری قلبی و آسیب عصبی می توانند در این فرایندها اختلال ایجاد کنند.

بیماری های جسمی: بیماری هایی مانند دیابت، آرتریت، تیروئید، مشکلات قلب و عروق، بیماری های عفونی، ریوی، کلیوی، بی اختیاری ادرار، بیماری های مغزو اعصاب مانند ام اس، بیماری های خود ایمنی مانند لوپوس، بیماری های ناحیه تناسلی، جراحی های لگن، بیماری های پوستی، سرطان ها، چاقی بیش از حد و از همه مهمتر عضلات و استخوان های ناحیه لگن و مشکلات ناحیه کمر، می توانند بر سلامت جسمی کلی بدن تأثیر گذاشته و عملکرد جنسی را مختل کنند.

بیماری های روانشناختی: اختلال دوقطبی، افسردگی، اضطراب، وسواس، اختلالات روانپریشی و اختلالات شخصیت (به ویژه پارانوئید، اسکیزوئید، نمایشی و شخصیت وسواسی اجباری) می توانند تأثیر زیادی بر سطح انرژی، خلق و خو و افت عملکرد جنسی داشته باشند.

مصرف داروها: داروهای ضد افسردگی، ضد فشارخون، ضد آریتمی های قلبی، ضد آندروژن (مهمترین آنها قرص های ضد بارداری)، آنتی هیستامین ها، مصرف بیش از حد مترونیدازول و همچنین رادبوترایی باعث کاهش میل جنسی و اختلال در ارگاسم و برانگیختگی

می شوند.

مصرف مواد: الکل، مواد مخدر، سیگار و قلیان می توانند با تأثیر بر انگیختگی، حس و هماهنگی، عملکرد جنسی را مختل کنند.

خواب و خستگی: کمبود خواب، خستگی مزمن یا اختلالات خواب می تواند بر سطح انرژی و میل جنسی تأثیر منفی بگذارد.

تصور از بدن و عزت نفس: تصویر بدنی منفی (بخصوص در مردانی که نگران سایز آلت خود هستند و یا زنانی که فکر می کنند اندام تناسلی بد شکل، سینه های غیرقرینه و غیر متناسب و چاقی یا لاغری اندام دارند) و همچنین عزت نفس پایین، می تواند به احساس بی کفایتی کمک کرده و مانع خودکار آمدی و عملکرد جنسی شود.

مشکلات رابطه ای: مشکلات ارتباطی (شریک عاطفی، والدین و...) و عدم صمیمیت یا تعارض در یک رابطه، طلاق، جدایی و از دست دادن همسر می تواند بر عملکرد جنسی تأثیر بگذارد.

ترومای گذشته: سوء استفاده و آسیب های جنسی و جسمی بخصوص در دوران کودکی می تواند منجر به مسائل عاطفی و روانی شود که بر میل و پاسخ جنسی تأثیر می گذارد.

هنجارها و انتظارات اجتماعی: هنجارها و انتظارات فرهنگی در مورد تمایلات جنسی و نقش ها و کلیشه های جنسیتی سنتی می توانند بر نحوه نگرش و تجربه افراد از تمایلات جنسی خود تأثیر گذاشته و فشار و اضطراب را در مورد عملکرد ایجاد کنند.

دسترسی به خدمات سلامت جنسی: دسترسی محدود به آموزش بهداشت جنسی، منابع و مراقبت های بهداشتی می تواند بر رفاه و عملکرد جنسی تأثیر بگذارد.

همچنین مسائل سیاسی، اقتصادی، مذهبی، استرس های محیطی، نابرابری، افزایش سن، یائسگی، مشکلاتی مانند اعتیاد جنسی (وابستگی به تماشای فیلم های پورن و...)، انواع انحرافات جنسی، هم جنسگرایی و ملال جنسیتی نیز میتوانند از عوامل مهم تأثیر گذار بر عملکرد جنسی باشند.

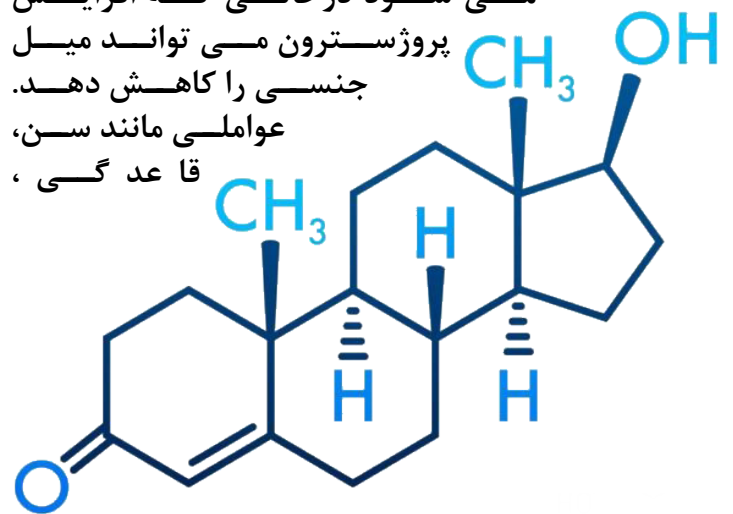
## تأثیر هورمون‌ها بر عملکرد جنسی

هورمون‌های جنسی مواد شیمیایی هستند که نقش اساسی در رشد جنسی و تولید مثل ایفا می‌کنند. غدد اصلی تولید کننده هورمون‌های جنسی غدد فوق کلیوی و غدد جنسی هستند که شامل تخمدان‌ها در زنان و بیضه‌ها در مردان است.

هورمون‌های جنسی بر طیف وسیعی از عملکرد بدن و سلامت عمومی تأثیر می‌گذارند. این هورمون‌ها در مواردی مانند بلوغ و رشد جنسی، تولید مثل، میل جنسی، تنظیم رشد استخوان و ماهیچه، تنظیم سطح کلسترول، رشد مو و توزیع چربی در بدن نقش دارند.

سطح هورمون‌های جنسی در طول زندگی در نوسان است. هورمون‌های جنسی زنانه شامل استروژن، پروژسترون و مقادیر کمی تستوسترون است. داشتن سطوح بالاتر استروژن در بدن باعث لزجی واژن و افزایش میل جنسی می‌شود در حالی که افزایش پروژسترون می‌تواند میل جنسی را کاهش دهد.

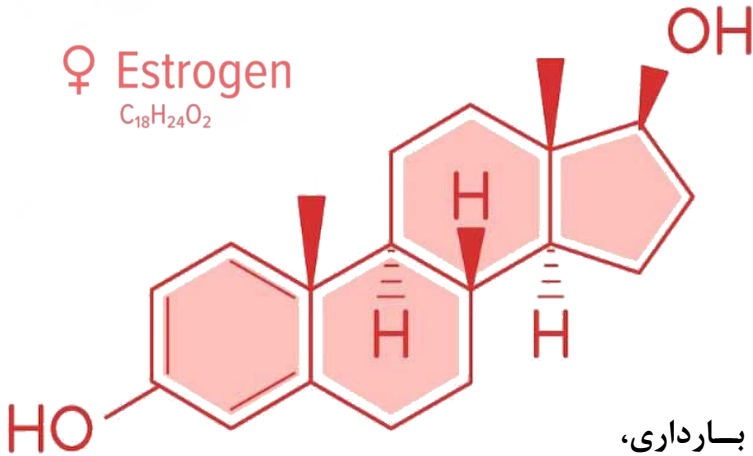
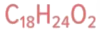
عواملی مانند سن، قاعدگی،



♂ Testosterone



## ♀ Estrogen



بارداری،

یائسگی، استرس

و داروها می‌توانند بر

سطح هورمون‌های جنسی زنانه

تأثیر بگذارند.

آندروژن‌ها اصلی‌ترین هورمون‌های جنسی مردانه هستند که در شروع بلوغ، سلامت باروری، رشد بدن، رشد مو در صورت، سینه، زیر بغل و اندام تناسلی نقش دارند. انواع مختلفی از آندروژن در بدن مردان ساخته می‌شود که می‌توان به تستوسترون، دی‌هیدروتستوسترون و استروژن اشاره کرد. تستوسترون رایج‌ترین آندروژن است. سطوح پایین تستوسترون می‌تواند باعث خستگی، اضطراب و افسردگی، مشکل در تمرکز، عدم تحمل ورزش، میل جنسی کم و اختلال نعوظ در مردان شود.

تعادل هورمونی برای سلامت عمومی بدن اهمیت دارد. اگرچه سطوح هورمونی به طور مرتب در نوسان است اما عدم تعادل طولانی مدت هورمون‌های جنسی می‌تواند منجر به تغییراتی در چرخه جنسی و مشکلات سلامتی مانند ریزش مو، آسیب استخوان و ناباروری شود. راه‌های مختلفی وجود دارد که می‌توانید هورمون‌های جنسی را به تعادل برسانید، از جمله تغییر سبک زندگی و داروها. اگر فکر می‌کنید که علائم عدم تعادل هورمون جنسی را تجربه می‌کنید، از یک ارائه دهنده مراقبت‌های بهداشتی و یا پزشک متخصص مشاوره بگیرید.



## نویسنده: مائده بینا

### ویروس پاپیلوما (HPV)

ویروس پاپیلوما ای انسانی، شایعترین ویروس منتقله از راه جنسی می باشد که به دو گروه کم خطر و پرخطر تقسیم می شود. تاکنون حدود ۲۰۰ نوع اچ پی وی شناسایی شده اند که حدود ۴۰ نوع آن عمدتاً دستگاه آنورژیتال زنان و مردان را آلوده می کنند. سالانه بیش از ۱۳ میلیون عفونت جدید در آمریکا مشاهده می شود. در ایران آمار دقیقی از ابتلا وجود ندارد اما مطالعات جهانی نشان داده اند که بیش از ۸۴ درصد خانمها و ۹۱ درصد آقایانی که از نظر جنسی فعالند در طول دوره زندگی خود حداقل یک بار دچار عفونت با HPV می شوند. و بسیاری از این افراد به دلیل بدون علامت بودن از ابتلای خود بی اطلاعند. عفونت های HPV معمولاً گذرا هستند و اکثر افراد مواجه شده با این عفونت فاقد شواهد بالینی بیماری هستند و عفونت در نهایت در اثر فعالیت سیستم ایمنی بدن فرد در عرض کمتر از دو سال سرکوب یا ریشه کن می شود. مواردی نیز پابرجا می مانند که ممکن است سالها در حالت نهفته باقی بمانند. عفونت پابرجای HPV پرخطر احتمال تغییرات بدخیم را افزایش می دهد.

زگیل های دستگاه تناسلی خارجی یکی از تظاهرات عفونت با ویروس پاپیلوما ای انسانی (HPV) هستند. انواع کم خطر HPV (انواع ۶ و ۱۱) معمولاً مسئول پیدایش زگیل های دستگاه تناسلی خارجی هستند. زگیل ها معمولاً در مناطقی که در حین نزدیکی جنسی از بیشترین تماس برخوردار هستند به ویژه فورشت خلفی و مناطق جانبی ولو و با شیوع کمتر در سرتاسر ولو واژن و سرویکس یافت می شوند. انواع پرخطر که مهمترین آنها سروتیپ های ۱۶ و ۱۸ می باشند موجب تغییرات سلولی بدخیم در

عفونت ویروسی امکان پذیر نیست و هدف از درمان از بین بردن زگیل‌هاست. البته هنوز به طور قطع مشخص نشده که درمان ضایعات خطر انتقال را کاهش می‌دهد یا نه؟ از روش‌های مختلف دارویی و جراحی می‌توان برای درمان ضایعات استفاده نمود و در بسیاری از موارد هم نیاز به هیچ‌گونه اقدام درمانی نمی‌باشد و ضایعات خود بخود برطرف خواهند شد. انتخاب بهترین گزینه‌ی درمانی به ناحیه آناتومیک، اندازه و تعداد زگیل‌ها، هزینه، کارایی، راحتی و آثار نامطلوب احتمالی هر روش بستگی دارد و در هر فردی متفاوت است. عود بیماری پس از درمان نیز، بیشتر از اینکه ناشی از انتقال عفونت مجدد توسط شریک جنسی باشد، از فعال شدن مجدد عفونت تحت بالینی ناشی می‌شود. بنابراین معاینه شرکای جنسی بیمار ضرورت مطلق ندارد. با وجود این در تعداد زیادی از این شرکای جنسی زگیل‌های تناسلی خارجی وجود دارند و این افراد از درمان و مشاوره در مورد نحوه انتقال زگیل‌ها سود می‌برند. فارغ از قضیه درمان ضایعات خارجی، عفونت HPV علت اصلی سرطان سرویکس (دهانه رحم) و ضایعات پیش‌ساز آن در زنان می‌باشد و از این نظر بسیار حائز اهمیت است. تغییرات مرتبط با HPV در تمام درجات نئوپلازی سرویکس نشان داده شده‌اند. در واقع بخش‌هایی از DNA ویروس وارد سلول میزبان می‌شود که در نهایت منجر به تغییر شکل بدخیم سلول‌ها خواهد شد. وجود انواع پرخطر ویروس می‌تواند خطر بدخیمی‌های درجه بالای دهانه رحم را حتی تا ۲۵۰ برابر افزایش دهد.

سال‌هاست که بررسی سیتولوژی سرویکس یا همان پاپ اسمیر به روش اصلی برای غربالگری سرطان سرویکس تبدیل شده است و از سال ۱۹۵۰ تاکنون توانسته میزان بروز سرطان سرویکس را ۷۹ درصد و مرگ و میر این سرطان را ۷۰ درصد کاهش دهد. بیش از نیمی از تمام موارد سرطان مهاجم در زنانی به وجود می‌آید که هرگز غربالگری نشده‌اند یا تعداد موارد غربالگری کمتری داشته‌اند. در این



دهانه رحم در خانم‌ها و آلت تناسلی در آقایان می‌شوند. البته نواحی دیگری از جمله پوست، انگشتان دست و پا، صورت، حفره دهان و ... نیز می‌تواند دچار ضایعاتی در اثر آلودگی با تایپ‌های مختلف HPV شود. نمای تیبیک ضایعات معمولاً به صورت نرم، مرطوب با رنگ صورتی یا گوشتی و نمای گل‌کلمی می‌باشد. با این حال ممکن است به هر شکل یا رنگ دیگری و نیز به صورت تکی یا چندتایی... مشاهده شوند و یا با ضایعاتی از جمله مولوسکوم، منگوله‌های پوستی و ... اشتباه گرفته شوند.

تماس جنسی، انتقال از مادر به جنین و تماس پوست با پوست، راه‌های اصلی انتقال بیماری می‌باشند. (البته در راه انتقال پوست با پوست، وجود اپیدرم ناسالم و دارای زخم یا خراش برای انتقال بیماری ضروریست). زگیل‌های دستگاه تناسلی خارجی بسیار مسری هستند بیش از ۷۵ درصد شرکای جنسی در صورت تماس جنسی با شریک جنسی آلوده خود دچار این شکل از تظاهر عفونت HPV می‌شوند. عواملی از جمله شروع زود هنگام فعالیت جنسی، مولتی پارتنر بودن، عدم استفاده از کاندوم در روابط جنسی، سن، نژاد، مصرف سیگار، نقص سیستم ایمنی یا مصرف داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی می‌تواند فرد را مستعد ابتلا به HPV کرده و یا در پیشرفت و تداوم بیماری نقش داشته باشند.

درمان

بهتر است بدانیم که ریشه کن کردن این



واکسن های چهار ظرفیتی (علاوه بر ایمنی در برابر تایپ های پرخطر ۱۶ و ۱۸، در برابر دو تایپ کم خطر اما شایع ۶ و ۱۱ که مسئول وارت ها یا همان ضایعات ژنیتال هستند نیز ایمنی ایجاد می کنند).

واکسن های نه ظرفیتی (که در برابر تعداد بیشتری از انواع ویروس ایمنی ایجاد می کنند).

بهترین نوع واکسن با توجه به جامعه انتخابی، میزان دسترسی به واکسن و هزینه واکسن در جوامع مختلف متفاوت است. از سال ۲۰۱۷ در جوامع آمریکایی و اروپایی واکسن ۹ ظرفیتی به عنوان واکسن استاندارد معرفی شد. اما شاید به دلیل هزینه بالا و عدم دسترسی به این نوع واکسن در جامعه ما بهترین گزینه انتخابی نباشد.

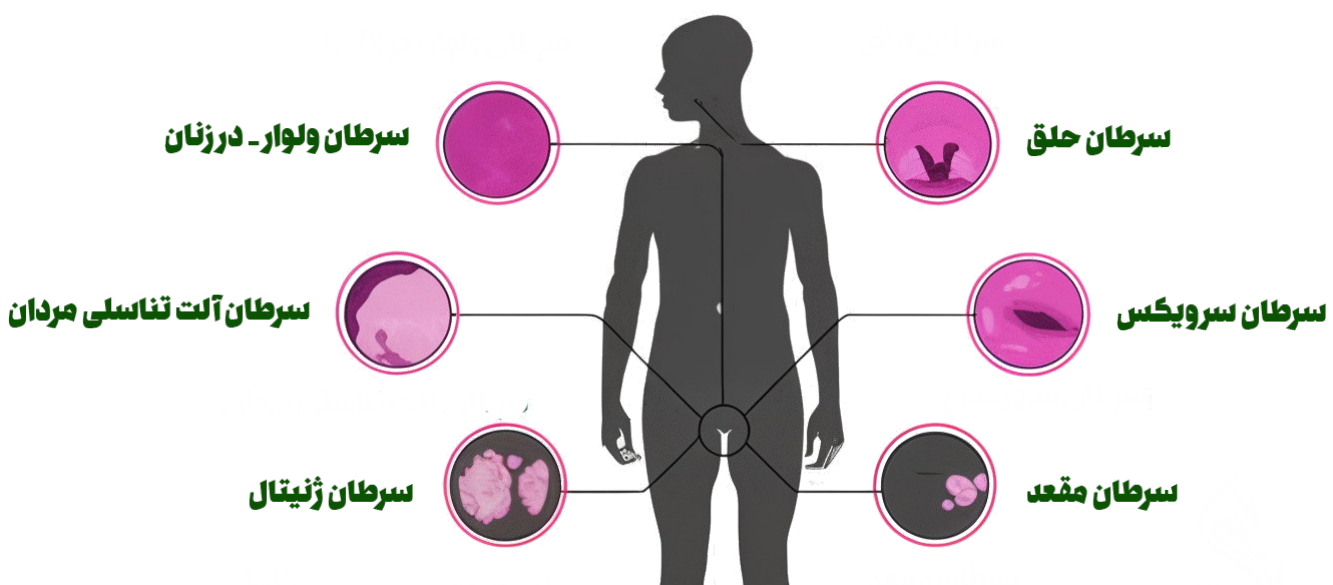
سن توصیه شده برای واکسیناسیون سن ۹ تا ۲۶ سال (در دختران و پسران) و بهترین سن ۹ تا ۱۴ سال می باشد. البته در بعضی از گروه های جامعه توصیه به انجام واکسیناسیون در سن بالای ۲۷ سال نیز صورت می گیرد از جمله افرادی که تاکنون هیچ گونه فعالیت جنسی نداشته اند، افراد با شرکای جنسی جدید و افرادی که در مراکز بهداشتی درمانی فعالیت می کنند. لازم به ذکر است که اگر واکسیناسیون قبل از ۱۵ سالگی صورت گیرد فقط تلقیح دو دوز کفایت اما بعد از ۱۵ سالگی فرد باید سه دوز واکسن دریافت نماید.

تست ترشحات سرویکس به آرامی برداشته می شود و به آزمایشگاه فرستاده می شود. در صورت غیر طبیعی بودن نتایج پاپ اسمیر اقدامات مختلفی از جمله تکرار تست یا انجام بررسی های تشخیصی پیشتر و یا اقدامات درمانی با تشخیص پزشک صورت خواهد گرفت. انجام تست پاپ اسمیر به تنهایی در زنان ۲۱ تا ۲۹ ساله هر سه سال یک بار و انجام آن به همراه تست HPV (کو تست) هر ۵ سال یک بار از ۳۰ تا ۶۵ سالگی (منابع جدیدتر از ۲۵ سالگی توصیه می کنند) به شناسایی زود هنگام تغییرات دهانه رحم کمک شایانی می کند.

### پیشگیری

از آن جایی که درمان قطعی در HPV وجود ندارد، می توان گفت بهترین راه پیشگیری از ابتلا از طریق ارتباط جنسی معقول و مطمئن و همچنین انجام واکسیناسیون می باشد. اگرچه استفاده از کاندوم برای کاهش احتمال انتقال بیماری به شدت توصیه می شود، اما استفاده از این روش احتمال انتقال را به صفر نمی رساند. مطالعات در برخی جوامع نشان داده که ختنه کردن نیز احتمال انتقال HPV را مثل سایر بیماری های منتقل از راه جنسی کاهش می دهد.

انواع واکسن های موجود براساس پوشش دهی انواع ویروس ها به سه دسته تقسیم می شوند: واکسن های دو ظرفیتی (ایمنی در برابر تایپ های پرخطر ۱۶ و ۱۸)





## خلاصه ای از مقالات حوزه جنسی :



### گرد آوری : سیده مینا عباسی

#### تصور از دستگاه تناسلی خود در مردان ، انزال زودرس و عوامل مؤثر بر آن

به مشکلات مختلف اختلال عملکرد جنسی را افزایش دهد. بر اساس یافته‌های این مطالعه ، عواملی مانند تماشای فیلم‌های پورن، تفکر در مورد انزال زودرس و عدم رضایت از زندگی و خودانگاره تناسلی شناسایی شدند. به ویژه، نفوذ رسانه‌ها می‌تواند منجر به انتظارات غیر واقعی شود. رشد سریع صنعت پورن می‌تواند بر ضمیر ناخودآگاه افراد تأثیر بگذارد و خطری را بخصوص برای کسانی که مستعد انتقاد از خود و احساس بی‌کفایتی هستند ایجاد کند. ناتوانی در پذیرش کامل خود می‌تواند منجر به نارضایتی و در نتیجه مشکلات جنسی شود. انتظارات غیرواقع بینانه افراد را به سرزنش و مجازات خود سوق می‌دهد که به نوبه خود می‌تواند منجر به انزال زودرس شود. اختلالات جنسی پیچیده هستند و منعکس کننده شرایط درهم تنیده‌ای مانند بیماری‌ها، عوامل زیستی روانی اجتماعی، عوارض جانبی درمان، پریشانی روانی، و ادراک تصویر بدن هستند. این مطالعه اهمیت در نظر گرفتن مسائل مربوط به عملکرد جنسی، به ویژه تصویر خود از ناحیه تناسلی را برجسته می‌کند و بر اهمیت در نظر گرفتن سهم روانشناختی تصویر از اندام تناسلی خود، در انزال زودرس تأکید می‌کند. در نتیجه، ضروری است که تصورات جنسی مردان از خود به عنوان عاملی مؤثر بر انزال زودرس در نظر گرفته شود.

نگرانی در مورد تصویر بدن در حین فعالیت جنسی در مردان و زنان وجود دارد، و اندام تناسلی متمرکزترین قسمت بدن برای مردان است. از آنجا که شناسایی عوامل مؤثر بر حفظ عملکرد جنسی بسیار مهم است، لذا مطالعه ای درکشور ترکیه با هدف تعیین رابطه بین خودانگاره دستگاه تناسلی مردان و انزال زودرس با شناسایی عوامل مؤثر انجام شده است. در این مطالعه ۱۸۸ مرد ۱۸ تا ۶۰ ساله داوطلب شدند که ۹۱/۵ درصد آنها متأهل بودند. میانگین سنی اولین ارتباط جنسی شرکت کنندگان حدود ۲۴ سال بود و ۳۸/۳ درصد گزارش کردند که انزال زودرس را تجربه کرده اند. در این مطالعه رابطه بین انزال زودرس و خودانگاره تناسلی مشخص شد. تفاوت معنی داری بین افراد ناراضی از اندازه/عملکرد دستگاه تناسلی خود و انزال زودرس بدست آمد. به طور کلی، تصویرضعیف از دستگاه تناسلی خود در جمعیت عمومی شایع‌تر از حد انتظار بود، و نشان داد که آلت تناسلی کوتاه نشان دهنده تصویرذهنی ضعیف‌تر از خود، در مردان است. این مطالعه نشان داد که مردانی که از اندازه و عملکرد دستگاه تناسلی خود ناراضی هستند، بدنبال درک ضعیف از تصویرناحیه تناسلی و عدم پذیرش بدن خود، انزال زودرس و نارضایتی جنسی را تجربه می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد که تصورات منفی از تصویر بدن و اضطراب جنسی می‌تواند خطر ابتلا



## گرد آوری : سیده مینا عباسی

### اختلالات کف لگن و تأثیر آن بر عملکرد جنسی

با این بیماری از صمیمیت فیزیکی و آمیزش جنسی کاملاً اجتناب می کنند. همچنین ترس از کثیف شدن در حین مقاربت و خجالت از عوامل کاهش عملکرد جنسی در زنان مبتلا به افتادگی مقعدی بود. داشتن شریک زندگی یکی از مهم ترین عوامل پیش بینی کننده فعالیت جنسی و رضایت جنسی زنان است. در میان زنان غیرفعال جنسی این مطالعه، حوزه مرتبط با شریک زندگی بالاترین امتیاز را داشت که نشان دهنده بیشترین تأثیر بر عملکرد جنسی است. کاهش فعالیت و عملکرد جنسی زنان نیز ممکن است به دلیل سن، سلامت و عملکرد جنسی همسر باشد. دریافتیم که بیشتر زنان غیرفعال جنسی، مسن و یائسه بودند. آنها همچنین مدت کوتاه تری از اولین علائم اختلال کف لگن به ویژه مربوط به افتادگی اندام لگنی داشتند. زنان یائسه با علائم اختلال کف لگن کمتر از ۱ سال، در مقایسه با زنان یائسه با علائم اختلال کف لگن بیشتر از ۱ سال، ۴ برابر بیشتر غیرفعال جنسی بودند. سن یک پیش بینی کننده مهم برای کاهش فعالیت و عملکرد جنسی است، و ارتباط قوی بین وضعیت یائسگی و عملکرد جنسی پایین وجود دارد. مشخص شد که با افزایش سن، عملکرد جنسی، لذت جنسی، میل جنسی، رضایت جنسی، و اهمیت فعالیت جنسی کاهش یافته و علائم خشکی واژن و نگرانی از بی اختیاری افزایش می یابد. از آنجایی که سلامت جنسی بخش مهمی از کیفیت زندگی است، باید به زنان این فرصت داده شود تا در مورد مشکلات جنسی خود به عنوان بخشی اساسی از مراقبت های بهداشتی صحبت کنند.

اختلالات کف لگن در زنان شایع است. به طوری که بی اختیاری ادراری، بی اختیاری مقعدی و افتادگی آناتومیک اندام لگنی (رحم و مثانه) در ۵۰٪ از زنان وجود دارد. که ۲۰٪ علائم را گزارش می کنند. این سه اختلال اغلب با هم و با عوامل خطر منحصر به فرد و مشترک وجود دارند. تجربه اختلال کف لگن با کاهش رفاه روانی، اجتماعی، فیزیکی و جنسی همراه است. عملکرد جنسی زنان پیچیده است و از اجزای فیزیولوژیکی، تشریحی، روانی و اجتماعی - بین فردی تشکیل شده است. عملکرد جنسی به عنوان «عدم مشکل در مراحل میل جنسی، برانگیختگی، و ارگاسم، و همچنین رضایت ذهنی از فراوانی و نتیجه رفتار جنسی فردی و شراکتی» تعریف شده است. از آن جا که اختلالات کف لگن با اختلال در عملکرد جنسی در زنان همراه می باشد، این مطالعه به ارزیابی زنان مبتلا به اختلالات کف لگن و توصیف عوامل مرتبط با عدم فعالیت جنسی و عوامل مرتبط با عملکرد جنسی در زنان فعال و غیر فعال جنسی پرداخته است. شرکت کنندگان این مطالعه، زنان بالای ۱۸ سال غیرباردار نروژی بودند که علائم افتادگیهای ادراری کف لگن و... را تجربه کردند و به کلینیک سرپایی اورولوژی کولوژیک و جراحی در ۲ بیمارستان دانشگاهی شمال نروژ، ارجاع داده شدند. در این مطالعه، ۷۱ درصد از زنان شرکت کننده خود را به عنوان فعال جنسی (به تنهایی یا با شریک زندگی) تعریف کردند. مشخص شد که بسیاری از زنان مبتلا به اختلال کف لگن علامتی، به دلیل نگرانی در مورد تصویر واژن، نگرانی در مورد رضایت شریک جنسی و شرم و خجالت مرتبط

Sexual Medicine, 12, 2024, qfae024

<https://doi.org/10.1093/sexmed/qfae024>

لینک مقاله :



مجله سلامت جنسی  
در آبان ماه ۱۴۰۲ زیر نظر  
انجمن سلامت جنسی ایران  
به عنوان اولین مجله الکترونیکی  
جنسی در کشور آغاز به فعالیت  
نمود؛ این مجله به صورت فصل نامه  
رایگان بر روی سایت انجمن سلامت  
جنسی ایران قابل دسترس علاقمندان  
به این حوزه قرار می گیرد و اولین  
شماره آن در حال حاضر، در تابستان ۱۴۰۳  
منتشر گردید، این مجله یکی از پیشگامان نشر  
آنلاین علم جنسی در ایران می باشد که با هدف  
رشد علم و آگاهی در زمینه سلامت جنسی به روز ترین  
مقالات و منابع آموزشی در خصوص رشد مسائل علم جنسی  
در کشور را به خوانندگان خود ارائه می دهد، همچنین پیشرفت  
های جدید در مورد مسایل جنسی و موضوعات مرتبط را با تمرکز  
دو گانه بر علم پزشکی و روان شناسی پوشش می دهد، از سوی  
دیگر این مجله جهت پیشبرد علم و خدمت به جامعه، از طریق انتقال  
ارزش علم و آگاهی به مردم و برخی از ارگان ها در تدوین خط مشی علمی  
و ترویج پیشرفت آموزشی تبیین گردیده است که می تواند  
یاری رسانی جهت کمک به درمانگران این حوزه در راستای توسعه علم خود  
به شمار آید. امیدواریم با انتشار این فصل نامه ها بهترین تأثیر و درک علمی  
در زمینه سلامت جنسی را به میزان قابل توجهی در میان خوانندگان مجله  
ارتقا بخشیم. باعث افتخار است که با پیشنهادات و انتقادات ارزشمند  
خود ما را در ارائه هرچه بهتر و بیشتر فعالیت در این حوزه یاری فرمایید