





فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گروه سلامت اجتماعی

## لزوم توجه به حفظ و ارتقاء سلامت جنسی

دکتر سید علی آذین

عضو هیئت علمی پژوهشگاه فناوری های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

زمستان ۱۳۹۳

## فهرست مطالب:

چکیده (صفحه ۱)

تعریف جنسینگی (Sexuality) و سلامت جنسی (صفحه ۲)

حقوق جنسی و باروری (صفحه ۳)

نگاهی به شرایط موجود در جهان و ایران (صفحه ۴)

آسیب شناسی سلامت جنسی (صفحه ۷)

راهبردها (صفحه ۸)

جمع بندی (صفحه ۱۰)

## لزوم توجه به حفظ و ارتقاء سلامت جنسی

دکتر سید علی آذین

متخصص پزشکی اجتماعی، فلوشیپ طب جنسی و دارای گواهینامه تخصصی سایکوسکسولوژی، عضو هیئت علمی پژوهشگاه فناوری های نوین علوم زیستی جهاد دانشگاهی - ابن سینا

### چکیده

پس از اجلاس آلماتا (۱۹۷۸) و تبیین جدیدی که از مفهوم "سلامت" (Health) به عمل آمد، سلامت جنسی و باروری نیز در همین چهارچوب تعریف شد. ظهور و گسترش ویروس ایدز در دهه هشتاد میلادی از جمله عواملی بود که باعث شد در موضوع سلامت جنسی و باروری و مداخلات لازم تجدیدنظر جدی به عمل آید. در میانه دهه ۹۰ میلادی دو کنفرانس بین المللی ICPD در قاهره و چهارمین کنفرانس جهانی زنان در پکن، دیدگاه های جدیدی را در خصوص توانمندسازی زنان و حقوق جنسی مطرح نمودند و به این ترتیب موضوع "سلامت جنسی و باروری" (SRH) با "حقوق جنسی و باروری" (SRHR) به یکدیگر پیوند خورد. در تحقق حقوق جنسی افراد جامعه و حفظ سلامت جنسی آنها، حاکمیت هم به لحاظ حقوق مثبت و هم حقوق منفی وظائفی را به عهده دارد. این در حالی است که برآورد می شود یک پنجم بیماری ها و ناتوانی ها با موضوع سلامت جنسی و باروری در ارتباط هستند. علیرغم همه دستاوردها و اقدامات انجام پذیرفته، در بسیاری از مناطق جهان هنوز تلاش کافی برای درک، بکارگیری و حمایت طلبی در خصوص سلامت جنسی با تاکید بر حقوق جنسی افراد از سوی متولیان سلامت انجام نشده است. در این سند تلاش شده تا ضمن تبیین ابعاد سلامت جنسی و اهمیت آن، نگاهی به نحوه برخورد با موضوع در جهان و کشور خود داشته باشیم و در نهایت به ذکر راهبردهایی پرداخته شده که عملیاتی شدن آنها مستلزم احساس مسئولیت، همکاری و هماهنگی بخش های مختلف حکومتی و نهادهای مدنی است.

کلمات کلیدی: سلامت جنسی و باروری، حقوق جنسی و باروری، حمایت طلبی، نظام سلامت، ایدز، بیماری های منتقل شونده از راه تماس جنسی

جنسینگی (**Sexuality\***) یکی از جنبه های کلیدی در طول زندگی بشر شامل جنسیت، هویت، نقش و جهتگیری جنسی، تحریکات و تمایلات جنسی (**eroticism**)، صمیمیت (**intimacy**) و باروری است که به شکل افکار و تخیلات، تمایلات، اعتقادات، نگرش ها و ارزش ها، رفتار و اقدامات و بالاخره نقش ها و روابط، تجربه یا بیان می شود. به علاوه جنسینگی بخش عمده ای از شخصیت یک فرد و عنصر تعیین کننده ای (نه منحصرأ) از احساس بهزیبوی (**Well-being**) او است. (۱)

اگرچه مسائل مرتبط با جنسیت شامل همه این ابعاد است ولی همه آن ها الزاماً تجربه و یا ابراز نمی شوند. از طرفی **Sexuality** تحت تاثیر تعامل بین عوامل زیست شناختی، روان شناختی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، قانونی، تاریخی، مذهبی و معنوی قرار دارد. به این ترتیب در مواجهه با هر آنچه که با این مفهوم مرتبط می شود لازم است تا به این پیچیدگی توجه شود و جنبه های مختلف موضوع، که بین رشته ای تلقی کردن آن را اجتناب ناپذیر می کند مد نظر قرار گیرد.

با وجود آن که سابقه سکسولوژی به ظهور بشر بر کره خاکی برمی گردد و در آثار بزرگان فلسفه یونان و روم یا دانشمندان دوران اسلامی مثل ابن سینا و تمدن های آسیایی از جمله در هندوستان، اشارات قابل توجهی با دید علمی به این موضوع شده است، ولی در سال ۱۹۰۸ در ماتولوژیستی به نام **Ervin Bloch** حوزه جدید علمی را با عنوان سکسولوژی تعریف کرد. همزمانی این موضوع با تحولی که فروید و شاگردانش در علم روانشناسی بوجود آوردند و تاکید بر روانکاوی و ارتباط تنگاتنگ نظریات او با رشد و تکامل و رفتار جنسی انسان باعث شد تا ده ها سال، روانکاوی (**Psychoanalysis**) بر این محدوده از علم سایه ای سنگین افکند. به این ترتیب حتی در حالی که اغلب پیشگامان این حوزه به بین رشته ای بودن آن اعتقاد داشتند ولی عملاً حدود یک قرن کار بالینی و پژوهشی نیاز بود تا اکثریتی از دانشمندان، مدل **biopsychosocial** را به عنوان بهترین و موثرترین راه برخورد با بیماران در مقایسه با مداخلات پزشکی یا روان شناختی به تنهایی بپذیرند. (۲)

پس از اجلاس آلماتا (۱۹۷۸) و تبیین جدیدی که از مفهوم "سلامت" (**Health**) به عمل آمد، سلامت جنسی و باروری نیز در همین چهارچوب تعریف شد. اما نامناسب بودن شاخص های باروری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه و کنترل نسبی عفونت های رایج منتقل شونده از راه تماس جنسی (به واسطه کشف آنتی بیوتیک ها) در آن سال ها باعث شد تا مداخلات و تلاش ها عمدتاً بر "سلامت باروری" متمرکز شوند.

سازمان سلامت جهانی (**WHO**) سلامت جنسی و باروری را اینگونه تعریف می کند:

رفاه و آسایش فیزیکی، هیجانی، روانی و اجتماعی در امور مرتبط با جنسیت و نه تنها فقدان بیماری، اختلال عملکرد یا ناتوانی.

سلامت جنسی نیازمند برخورد مثبت و توأم با احترام به جنسیت و روابط جنسی و در عین حال امکان برخورداری از تجارب لذت بخش و ایمن جنسی، به دور از اجبار، تبعیض و خشونت است. (۱)

ظهور و گسترش ویروس ایدز در دهه هشتاد میلادی از جمله عواملی بود که باعث شد در موضوع سلامت جنسی و باروری و مداخلات لازم تجدیدنظر جدی به عمل آید. در میانه دهه ۹۰ میلادی دو کنفرانس بین المللی \*ICPD در قاهره و چهارمین کنفرانس جهانی زنان در پکن\* دیدگاه های جدیدی را در خصوص توانمندسازی زنان و حقوق جنسی مطرح نمودند. در اجلاس ICPD (۱۹۹۴)، ۱۷۹ کشور متعهد شدند که خدمات سلامت جنسی و باروری \*SRH) را تا سال ۲۰۱۵ برای همه

فراهم آورند. نمایندگان این کشورها پذیرفتند که نپرداختن به این تعهدات نتایج فاجعه باری را برای جامعه جهانی به دنبال دارد؛ از جمله بارداری های ناخواسته بیشتر، سقط های بیشتر، مرگ و میر مادر و کودک و گسترش ایدز و سایر بیماری های منتقل شونده از راه تماس جنسی. (۳)

پس از این وقایع، سازمان های مختلفی به فعالیت در این حوزه پرداختند و با اجماع بر سر آن که برای رسیدن به سلامت جنسی و حفظ آن، حقوق جنسی افراد باید مورد احترام، حمایت و تامین قرار گیرد، موضوع "سلامت جنسی و باروری" (SRH) با "حقوق جنسی و باروری" (SRHR)\* به یکدیگر پیوند خورد و به تدریج سازمان های مختلفی به ارائه فهرست در خصوص SRHR پرداختند (۴،۵،۶،۷). اما عناصر اصلی این فهرست ها را می توان به شکل زیر خلاصه نمود:

حقوق جنسی و باروری عبارتند از حق کلیه افراد برای برخورداری بدون تحمیل و تبعیض از:

بالاترین استانداردهای قابل دستیابی سلامت در زمینه مسائل جنسی و از جمله دسترسی به خدمات مراقبتی سلامت جنسی و باروری

جستجو، دریافت و بهره مند شدن از اطلاعات مرتبط با مسائل جنسی

آموزش و تعلیم و تربیت جنسی

انتخاب شریک زندگی

انتخاب اینکه آیا از لحاظ جنسی فعال باشد یا خیر

ازدواج و روابط جنسی رضایتمندانه

حق انتخاب در مورد بچه دار شدن (از جمله زمان، تعداد و فاصله بین فرزندان)

داشتن یک زندگی جنسی رضایت بخش و ایمن

در تحقق حقوق جنسی افراد جامعه، حاکمیت هم به لحاظ حقوق مثبت و هم حقوق منفی وظائفی را به عهده دارد. البته صاحب نظران معتقد هستند که تامین سلامت و حقوق جنسی افراد بدون توجه به تحقق حقوق اجتماعی، اقتصادی و سیاسی آنها چندان امکان پذیر نیست. در این میان بر نقش سازمان های مردم نهاد به شدت تاکید می شود.

شرایط فعلی کشورهای متعهد و چشم انداز و برنامه های آینده در کنفرانس سال جاری تحت عنوان ICPD ماورای سال ۲۰۱۴ مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

علیرغم همه دستاوردها و اقدامات انجام پذیرفته، در بسیاری از مناطق جهان هنوز تلاش کافی برای درک، بکارگیری و حمایت طلبی در خصوص سلامت جنسی با تاکید بر حقوق جنسی افراد از سوی متولیان سلامت انجام نشده است. حتی می توان مدعی شد که به این موضوع در حوزه جنسیت و امور زنان بیشتر پرداخته شده است تا حوزه سلامت.

در مجموع، مشکلات موجود در راه تامین سلامت جنسی و باروری و عوارض مرتبط با آن، از جمله "مهمترین" علل مرگ و میر، ناتوانی و افت کیفیت زندگی در کشورهای در حال توسعه و حتی نهمین عامل مرگ و میر و ابتلا در کشورهای

پیشرفته شناخته شده است. اگر عوارض روانی اجتماعی این حیطة از مشکلات را که در مقایسه با سایر موارد تهدید کننده سلامت به مراتب بیشتر است را نیز لحاظ کنیم بر اهمیت آن به شدت افزوده می شود. برآورد می شود که یک پنجم بیماری ها و ناتوانی ها با موضوع سلامت جنسی و باروری در ارتباط هستند و حتی وقتی موضوع را مثلاً تنها به دشکاری های جنسی (Sexual Dysfunctions) محدود می کنیم کماکان آمار بالای بروز و شیوع در مطالعات مختلف جمعیتی، با آمار اغلب بیماری های رایج در جهان اصلاً قابل مقایسه نیست. (۸)

### نگاهی به شرایط موجود در جهان و ایران

در حالی که تا چند قرن پیش زندگی انسان ها بسیار به تدریج دستخوش تغییراتی ملایم می شد، طی دو قرن اخیر، بشر شاهد تغییرات شگرفی در نوع و فضایی که در آن زندگی می کند شده است. سرعت این روند نیز به شکل تصاعدی در حال افزایش است. با نگاهی به تاریخ این دو قرن، تحولات چشمگیر در علم و فناوری و به تبع آن سبک زندگی، مسکن، حمل و نقل، سلامت، محیط زیست و ... کاملاً خودنمایی می کنند. طبیعی است که این تغییرات بر مناسبات انسانی به شکل فردی و اجتماعی تاثیرات عمیق خواهند داشت. از طرفی Sexuality یا موضوعات مربوط با جنسیت همیشه بخشی جدایی ناپذیر از زندگی انسان ها بوده و طی دو قرن اخیر، هم بر تحولات سریع پیش آمده تاثیر گذاشته و هم به شدت از آن ها تاثیر پذیرفته است. در کشورهای در حال توسعه همچون ایران، عمده این تحولات تنها در همین قرن گذشته اتفاق افتاده و شتاب گرفته اند.

آن چه در بیست تا سی سال گذشته در جهان اتفاق افتاده خود حکایت دیگری است. فناوری اطلاعات با در اختیار قرار دادن امکاناتی همچون شبکه های ماهواره ای و فضای مجازی، مفهومی به نام جهانی شدن یا قرار گرفتن در دهکده جهانی را پیش روی ما گذاشت. این واقعیت، همانطور که فرصت های بی بدیلی را برای جوامع مختلف به ارمغان می آورد، در بطن خود آسیب شناسی خاص خود را نیز به همراه دارد. به این ترتیب خردمندان عالم متوجه شدند که همگام با رشد و توسعه مادی، لازم است تا آسیب شناسی هر تحولی مدنظر قرارگیرد و برای کنترل آن تدابیری اندیشیده شود. مثلاً "سرعت" بیشتر در حوزه حمل و نقل، مستلزم توجه به ایمنی در طراحی و ساخت وسایل نقلیه است. در کنار آن مقررات و بالآخره فرهنگ رانندگی باید شکل می گرفت و در استفاده کننده از فناوری نهادینه می شد. در خصوص تحولات مربوط به جنسیت و همچنین رفتار جنسی، چنین روندی در جامعه ما طی نشده است. مردم (از نسل پدربزرگ ها تا نوه ها) در زمینه رفتار جنسی، مسیر خود را طی می کنند و متأسفانه برخی مسئولین در حوزه های فرهنگ، آموزش، سلامت، نظم و قانون و ... به شکلی گاه کاملاً غیرموثر عمل نموده و بعضاً چشمان خود را نیز بر واقعیت های جامعه امروز ما بسته نگاه می دارند.

برای درک بهتر شرایط، اجازه دهید که نگاهی بر پاره ای از واقعیات جامعه امروز داشته باشیم:

- کودکان و نوجوانان ما در کوتاهترین زمان ممکن به داده های درست و غلط در خصوص مسائل جنسی دسترسی پیدا می کنند و روز به روز قدرت کنترل و نظارت والدین و مربیان بر رفتار آنها در حال محدود شدن است.
- شرایط پیچیده زندگی کنونی (به لحاظ سکونت، رفت و آمدها، فضای مجازی و ...) کودکان و نوجوانان را به لحاظ خشونت های وابسته به جنسیت در معرض تهدیدهای بیشتری قرار داده است. در حالی که اغلب کشورهای توسعه یافته با اتخاذ سیاست هایی روند افزایش یابنده این موضوع را معکوس ساخته اند (۹) ولی در کشورهای در حال توسعه حتی آگاهی و هشیاری عمومی نیز در این مورد بسیار محدود است. با وجود آن که در مورد کودک آزاری اخیراً پژوهش های بیشتری

انجام پذیرفته است، ولی در مورد خشونت جنسی علیه کودکان در کشور پژوهش های بسیار محدودی اجرا شده و البته اغلب نتایج منتشر نشده اند.

- نوجوانان بسیار مستقل تر از قبل تصمیم می گیرند و رفتار می کنند و بخش مهمی از والدین و مربیان ما نفوذ کمتری بر آنها دارند و گاه حتی از پاسخ دادن به ساده ترین سوالات و قانع کردن آنها عاجز هستند.

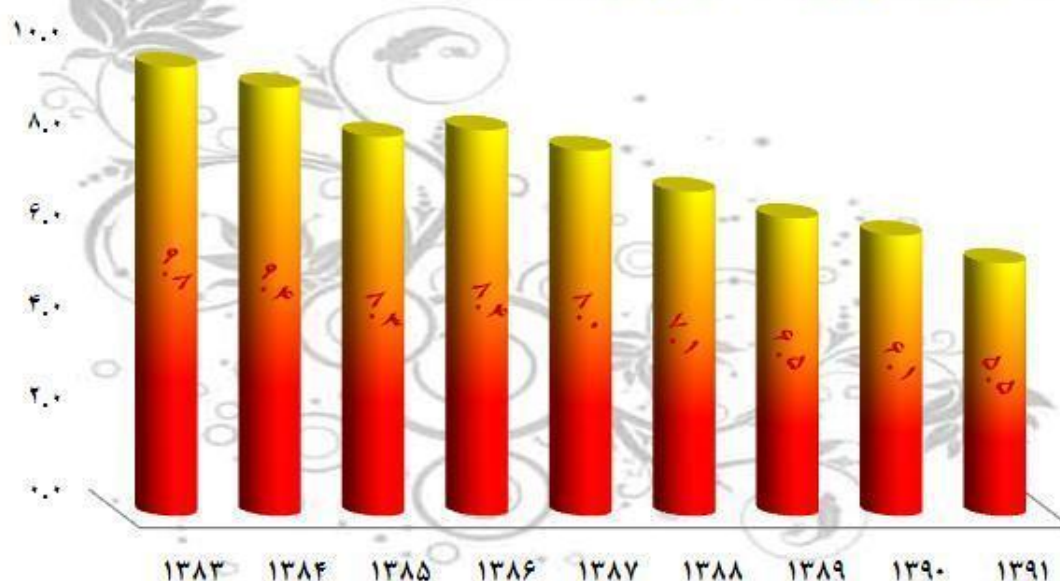
- فاصله سن بلوغ که با خود طوفان های جدی هویتی، روان شناختی، زیست شناختی و رفتاری را به دنبال دارد با ازدواج به ده تا پانزده سال رسیده است. به تدریج سهم بیشتری از جوانان از سن مجرد قطعی عبور می کنند و این که تصور کنیم همه این جوانان اوقات خود را تنها با مطالعه کتاب و ورزش و فعالیت های اجتماعی می گذرانند و به لحاظ جنسی فعال نیستند، با واقعیت فاصله ای جدی دارد. در مطالعات انجام شده در مورد افراد مجرد، اغلب رفتار جنسی آنها کاملاً نادیده گرفته شده است و محققان ترجیح داده اند به این موضوع نپردازند. (۱۰)

- توقعات جنسی در زنان و مردان به شدت تغییر کرده است و البته این موضوع به خودی خود منفی تلقی نمی شود. اما وقتی حد و حدود این توقعات و همچنین نحوه تعامل زوجین در این خصوص بر ناآگاهی و عدم مهارت بنا شده باشد و حتی بسیاری از زوجین قبل از ازدواج به موضوع هماهنگی جنسی نیز مثل سایر جنبه های شخصیتی، فرهنگی و اجتماعی عنایت کافی نمی کنند، آن وقت آمار ناسازگاری ها که به انواع طلاق جنسی، عاطفی و قانونی و یا حتی بی تعهدی به پیمان ازدواج منجر می شود روز به روز افزایش می یابد. از طرفی ارزش های مرتبط با نقش های خانوادگی و کارکردهای خانواده دستخوش تغییر شده اند؛ به این معنا که بین دیدگاه دو نسل، در ارتباط با کارکرد های اساسی خانواده، شکاف عمیقی

بوجود آمده است. همچنین تلقی نسل جوان از طلاق، متفاوت از نسل گذشته است، به طوری که از نظر درصد قابل توجهی از بانوان بویژه در نسل جوان، طلاق به اندازه گذشته امری مذموم و ناپسند به شمار نمی آید. (۱۱) نگاهی به آمار ارائه شده از سوی سازمان ثبت احوال نشان می دهد که نسبت ازدواج به طلاق در یک دهه گذشته مرتباً کاهش داشته است. (نمودار ۱) (۱۲) طبیعی است علاوه بر جایگاه رفیع خانواده در نظام ارزشی اسلام که تلاش در جهت تحکیم هر چه بیشتر آن را ایجاب می کند، با در نظر گرفتن سیاست های جمعیتی جدید اتخاذ شده نیز چنین تصویری اصلاً قابل قبول به نظر نمی رسد.



روند نسبت ازدواج و طلاق های ثبت شده طی سال های ۱۳۸۳-۱۳۹۱



نمودار (۱) نسبت ازدواج به طلاق: تعداد ازدواج ثبت شده در برابر هر یک طلاق به ثبت رسیده

- در حالی که ملاحظات سلامت جنسی از دوران کودکی تا سالمندی نیازهای آموزشی خاص خود را دارد، آموزش های رسمی و غیررسمی در این حوزه با چالش ها و حتی تلقی ها و سوء تفاهم های جدی روبرو است و کارایی برنامه های محدود موجود نیز (مثل کلاس های اجباری پیش از ازدواج) کاملاً قابل نقد است. در خصوص تعلیم و تربیت جنسی، امروزه والدین از دانش و مهارت کافی برخوردار نیستند و متأسفانه نظام آموزشی نیز در مدارس و دانشگاه ها از کنار موضوع می گذرد.
- نیاز به تقاضا تبدیل شده اقشار مختلف در حیطه سلامت جنسی، بازاری بزرگ برای افرادی فراهم آورده که بیش از سلامت مردم به فکر پر کردن جیب های خود هستند. از آنجایی که نظام سلامت ما تا کنون این نیازها را چندان به رسمیت نشناخته است و خود برای تامین آن ها بدیل و برنامه ای ندارد، امکان کنترل و نظارتی نیز برای خود پیش بینی نکرده است.
- و بالاخره آن که در کنار بسیاری از برنامه های بهداشتی که برخی شاخص های باروری را در کشور به شکل چشمگیری ارتقاء داده و باعث مباحثات نظام سلامت کشور بوده اند، در حیطه سلامت جنسی انواع مداخلات بدون کارشناسی و پشتوانه علمی و پژوهشی، مبتنی بر سلیقه های مدیریتی یا نگرش های خاص و کاملاً شخصی طی دهه های گذشته، ضمن بی اثر بودن و اتلاف منابع، بخش مهمی از افراد را به نوعی در تقابل با این مداخلات تشویق کرده است. اگر امروز در دورافتاده ترین روستای کشور، یک مادر فعالانه به دنبال تکمیل واکسیناسیون فرزند دلبند خود است به این علت است که توانسته به خرد، تدبیر و دانش متولیان سلامت در کشور اعتماد کند و با آنها همگام شود. مداخلات دستگاه های مختلف در حوزه سلامت جنسی هنوز نتوانسته به چنین مطلوبیتی در افکار عمومی نائل شود. این را نیز نباید فراموش کرد که مسائل مربوط به جنسیت که با متغیرهای متعدد فرهنگی و اجتماعی در ارتباط است، به مراتب پیچیده تر از ایجاد ایمنی در افراد با تزریق واکسن است. در این خصوص حتی خبرگان نیز گاه تفاوت های جدی در دیدگاه های خود دارند و به همین دلیل است که مداخلات مبتنی بر شواهد باید ملاک عملکرد مسئولین باشد و نه صرفاً نظر افراد.

## آسیب شناسی سلامت جنسی

گسترده‌گی حیطة سلامت جنسى باعث مى شود تا عوامل تهديد كننده آن نيز تنها در بيمارى ها خلاصه نشوند. بطور اجمالى تهديد كننده هاى سلامت جنسى و بارورى را مى توان در اين سه گروه طبقه بندى نمود:

الف) نگرانى ها و دغدغه ها، به عنوان مثال :

تصوير فرد از خود و تصوير بدنى خود (موج فزاينده تقاضا براى انواع جراحى هاى زيبايى تنها بخشى از ابعاد اين موضوع است).

نگرش و نحوه برخورد با تكانه هاى جنسى و بويژه برخورد با جنس مخالف

رابطه تكانه ها و تمايلات جنسى با موضوع عشق و صميميت

موضوع اختلافات بين دو جنس (فيزيكي، روانى، اجتماعى، سنى و ...) و روابط بين آن ها

مهارت هاى تصميم گيرى و مسئوليت پذيرى در رفتارهاى جنسى

نقش فناورى هاى جديد (همچون فضاى مجازى و شبكه هاى اجتماعى مرتبط، دسترسى روزافزون به شبكه هاى ماهواره اى) در شكل گيرى نگرش ها و باورها و در نهايت عملکرد جنسى افراد

ب) مشكلات تهديد كننده سلامت جنسى از جمله:

جنبه هاى غير پزشكى نارضايتى هاى جنسى (مثلا مشكل در صميميت زوجين، احترام متقابل، توجه به نيازهاى شريك جنسى، يكنواختى و خستگى، اختلاف نظر در نحوه بكارگيرى روش هاى پيشگيرى يا زمان و مكان رابطه و ...)

بى تعهدى در زندگى جنسى (به عنوان موضوعى كه اين روزها دغدغه بسيارى از زوج ها شده است)

اعتياد و رفتارها و عملکرد جنسى (به ويژه آن كه فرد داراى وابستگى به مواد، علاوه بر داشتن مشكلات شخصى بر رفتار جنسى اطرافيان خود و بويژه خانواده نيز اثرگذار خواهد بود).

معلوليت ها و عملکرد جنسى

يائسگى و سلامت جنسى (با افزايش اميد به زندگى در حال حاضر زنان حدود يك سوم از زندگى خود را در اين سنين سپرى مى كنند).

سالمندى و سلامت جنسى (با عنايت به مسن شدن جمعيت)

خشونت هاى وابسته به جنسيت كه مى تواند از كودكى تا سالمندى و از محيط خانواده تا سطح جامعه فراگير باشد.

آلودگى هاى زيست محيطى كه امروزه جنبه هاى مختلفى از سلامت مثل قدرت بارورى و حتى موفقيت روش هاى كمك بارورى را نيز تهديد مى كنند. (۱۳)

پدیده قاچاق انسان و استثمار جنسی، که موقعیت خاص جغرافیایی کشور، آسیب پذیری ما را در این خصوص بیشتر می کند. (۱۴)

ج) بیماری های تهدید کننده سلامت جنسی از جمله:

بیماری های عفونی و در راس آن ها ایدز که از دهه هشتاد میلادی به بعد یکی از نگرانی های اصلی متولیان سلامت جنسی و باروری را تشکیل می دهد. اگرچه طبق اعلام منابع رسمی تا تاریخ اول مهر ماه سال ۹۲ تعداد ۲۷۰۴۱ نفر افراد مبتلا به HIV/AIDS در کشور شناسایی شده اند، ولی نیک می دانیم که مطابق تخمین های اپیدمیولوژیک، تعداد واقعی این افراد در جامعه حداقل ۵ برابر این میزان است. در خصوص نحوه انتقال بیماری، سهم روابط جنسی از حدود ۱۳ درصد در سال ۱۳۶۵ به ۳۳ درصد در سال ۱۳۹۱ افزایش یافته است. (۱۵)

اختلالات عملکرد جنسی و بیماری های منجر به آنها که حتی مطالعات مقطعی محدود انجام شده در مورد آنها شیوعی از ۲۰ تا ۴۰ درصد را در کشور نشان می دهند. (۱۶)

بارداری های ناخواسته و سقط های پرخطر که می توانند با مرگ و میر و عوارض جدی همراه باشند.

ناباروری و عوارض جنسی، روانی و اجتماعی آن

بیماری های مزمن و سرطان ها

انحرافات جنسی

همانگونه که ملاحظه می شود دامنه این عوامل تهدید کننده بسیار وسیع است و علاوه بر حوزه سلامت، لزوم دخالت سایر علوم را نیز به شکل کاملاً بین رشته ای مطرح می کند. طبیعتاً از بعد حاکمیتی نیز برای حفظ و ارتقاء آن، دخالت و پشتیبانی دستگاه های مختلف فرهنگی، آموزشی، انتظامی و قضایی و ... لازم خواهد بود.

راهنماها:

با عنایت به موارد مطرح شده، برخی از سیاست ها و راهنماهای کلیدی برای حفظ و ارتقاء سلامت جنسی و باروری به ترتیب در ابعاد سیاستگذاری، آموزش و ارائه خدمات عبارتند از:

- تقویت مهارت های زندگی برای همه سنین به نحوی که افراد بتوانند در همه شئون زندگی و از جمله رفتار جنسی و باروری و همچنین در مناسبات زناشویی به شکلی آگاهانه و مسئولانه تصمیم گرفته و رفتار کنند.

- توجه و مداخلات لازم در جهت تحکیم خانواده و تقویت تعهد و مسئولیت پذیری در زندگی زناشویی

- توجه خاص به ملاحظات سلامت جنسی و باروری در نوجوانان و جوانان که به دلایل زیست شناختی، تکاملی و اجتماعی، با احتمال بیشتری به رفتارهای پرخطر می پردازند.

- توجه ویژه به سلامت جنسی و باروری در سالمندان با توجه به روند افزایش سالمندان در دهه های آتی
- توجه به سلامت جنسی و باروری افراد دارای کم توانی جسمی و روانی، بیماری های مزمن و سرطان ها و باز توانی جنسی و حفظ باروری آنها
- توجه به موضوع خشونت های وابسته به جنسیت و بویژه خشونت در چهارچوب خانواده (Domestic Violence) و همچنین کودک آزاری
- پذیرفتن این موضوع که کارگران جنسی در جامعه ما نیز حضور دارند و اغلب این افراد به برخورداری از خدمات سلامت، حمایت، آموزش، کاهش آسیب و توانمندسازی به منظور بازگشت به زندگی سالم نیاز دارند.
- توجه به سقط های غیر ایمن و عوارض ناشی از آن و ارزیابی و تدوین قوانین لازم به منظور برطرف کردن برخی خلاءهای موجود (همانگونه که در سال های اخیر در خصوص سقط درمانی دستاوردهای قانونی با ارزشی داشته ایم).
- توجه به لزوم آموزش در این حیطه سلامت از راهکارهای مهمی محسوب می شود که چه در کشورهای پیشرفته و چه در کشورهای در حال توسعه کارایی و اثربخشی خود را بخوبی نشان داده است. به ویژه جوامعی که "صرفاً" بر سیاست های خویشنداری تمرکز داشته اند و در کنار آن به آموزش و تربیت جنسی بها نداده اند بیشترین آسیب پذیری را تجربه کرده اند. (۱۷)
- فراهم آوردن زمینه آموزش جنسی و باروری برای افراد به شکل متناسب و به موقع و کمک به والدین در جهت تربیت جنسی کودکان و نوجوانان به منظور کاهش احتمال و عوارض رفتارهای جنسی پرخطر پیش از ازدواج و همچنین بهره مندی زوجین از یک زندگی جنسی رضایتمندانه و سالم
- تجدید نظر در نظام آموزشی رشته های مختلف مرتبط با سلامت جسمی و روانی، به نحوی که فارغ التحصیلان بتوانند پاسخگوی نیاز به تقاضا تبدیل شده جامعه در حیطه سلامت جنسی و باروری باشند و جلوی سوء استفاده از آنها توسط بازار پررونق و ناسالم فعلی محصولات مرتبط را بگیرند.
- ادغام خدمات مرتبط با سلامت جنسی و باروری از جمله پیشگیری و درمان بیماری های منتقل شونده از راه تماس جنسی و ایدز، سرطان های سیستم باروری و مشکلات و دشکاری های جنسی، در نظام مراقبت های بهداشتی؛ همانگونه که در برخی جنبه های سلامت باروری مثل سلامت مادر و کودک و بارداری سالم، پیش از این تجارب موفق داشته ایم.
- فراهم آوردن شرایطی که زوجین بتوانند به خدمات درمان ناباروری دسترسی داشته باشند و از آن بهره مند شوند. خوشبختانه در این زمینه، در جمهوری اسلامی ایران با وجود متخصصین و فناوری لازم هیچ محدودیت فنی وجود ندارد. اما عدم حمایت های بیمه ای از زوج های نابارور، فراهم بودن این خدمت برای زوج ها را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد. در حالی که حدود یک چهارم زوج های ایرانی ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترک خود تجربه می کنند (۱۸) و سیاستگذاران به دنبال مشوق هایی برای فرزندآوری هستند، چنین تناقضی قابل قبول نخواهد بود.
- برای درک بهتر شرایط و طراحی مداخلات با پشتوانه علمی، لازم است تا در خصوص پژوهش در این حیطه اهتمام کافی شود. در شرایط فعلی نه تنها داده های کیفی و کمی کافی برای تحلیل دقیق وضع موجود در اختیار نداریم، بلکه

پژوهشگرانی که تلاش می کنند تا حداقل بخشی از این نقیصه را جبران کنند با مشکلات متعدد دست و پاگیر مواجه هستند. حتی در بسیاری از دانشگاه ها از پایان نامه های دکترا در این حوزه استقبال نمی شود. بدیهی است که انتشار آمار و ارقام در خصوص معضلات سلامت جنسی بویژه در موضوعاتی مثل آسیب ها یا رفتارهای جنسی مغایر با ارزش های جامعه اسلامی ملاحظات و حساسیت های خاص خود را دارد. ولی این موضوع نباید باعث شود تا راه برهنگونه پژوهش در این مورد بسته شود و تصور نماییم تا با بی خبری از تحولات سریع رفتار جنسی در جامعه و عواقب آن، دیگر لازم نیست پاسخگوی مسئولیت خود در قبال تامین سلامت مردم باشیم.

نکته مهم دیگر لزوم مشارکت دادن نیروهای اجتماعی از جمله سازمان های مردم نهاد در حفظ و ارتقاء سلامت جنسی و باروری جامعه است. مشارکت نظام سلامت و رفاه اجتماعی با این نهادها در اموری همچون آموزش، حمایت روانی اجتماعی و توانمندسازی افراد در موضوعاتی همچون سوء مصرف مواد و زنان آسیب دیده اجتماعی نمونه های خوبی از این تعامل مثبت هستند.

#### جمع بندی:

به نظر می رسد که زمان تجدید نظر در دیدگاه ها، سیاستگذاری ها، مداخلات فرهنگی و اجتماعی و تامین خدمات مورد نیاز در حوزه سلامت جنسی و باروری فرا رسیده باشد. دستاوردهای سال های گذشته که عمدتاً بر سلامت باروری متمرکز بوده اند، نباید مانع شوند تا مسئولیت ها و تکالیف اخلاقی باقیمانده نسبت به حقوق و سلامت مردم و همچنین تعهدات بین المللی (از جمله آنچه در اجلاس ICPD پذیرفته ایم) مورد غفلت واقع شوند. از طرفی باید توجه داشته باشیم که ما تنها کشور اسلامی در دنیا نیستیم که می خواهیم برای اعتقادات دینی، فرهنگ و ارزش های خود احترام قائل شویم. تجارب حرکات موفق کشورهای ممالزی یا حتی پاکستان (با زیرساخت های مادی و انسانی غیرقابل مقایسه با کشورمان) به ویژه در ارتقاء شاخص های سلامت جنسی می تواند ما را متقاعد کند که لازم است به منظور حفظ و ارتقاء سلامت جنسی و باروری با کمک و هم افزایی همه ذینفعان در جامعه طرحی نو دراندازیم.

این سند به سفارش فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران و با همکاری اعضای محترم گروه سلامت اجتماعی فرهنگستان تهیه شده است و بر خود لازم می دانم از مساعدت های مسئولین و اساتید محترم گروه تشکر و قدردانی نمایم.

• در مورد واژه فارسی برای کلمه Sexuality ، فرهنگستان زبان و ادب فارسی با توجه به مفهوم چند بعدی کلمه و این که در فارسی کلمه ای معادل برای آن وجود نداشت، پس از بحث و تبادل نظر فراوان در گروه های سلامت، روان شناسی و مطالعات زنان، نهایتاً واژه "جنسینگی" را برای آن به تصویب رساند.

- ICPD International Conference on Population and Development
- FWCW Fourth World Conference on Women
- SRH Sexual and Reproductive Health
- SRHR Sexual and Reproductive Health Rights

- 1) [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)
  - 2) The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology
  - 3) International Conference on Population and Development - ICPD - Programme of Action/(Available at <https://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/1973>)
  - 4) The International Planned Parenthood Federation Sexual rights: an IPPF declaration Abridged version.2009. Available from: [http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_abridged.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_abridged.pdf).
  - 5) World Health Organization. Gender and Reproductive Rights Glossary. Progress in Reproductive Health;2004. 97p. No.:3.
  - 6) World Association of Sexual Health. Sexual health for the millennium: A declaration and technical documents. Minneapolis, MN: World Association of Sexual Health;2008.
  - 7) Lottes I. Sexual Rights: Meanings, controversies, and sexual health promotion. Journal of sex research 2013; 50 (3-4):367-391
  - 8) Anna Glasier, Metin Gülmezoglu, George P Schmid, Sexual and reproductive health: a matter of life and death. The Lancet, Volume 368, Issue 9547, 4 November 2006: 1595 – 1607
  - 9) Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. Trends in Children's Exposure to Violence, 2003 to 2011. JAMA Pediatr. 2014 Apr 28. doi: 10.1001/jamapediatrics.2013.5296. [Epub ahead of print]
- ۱۰) محمدباقر کجباف، زهره لطیفی، حمیدرضا پوراعتماد، تحلیل کیفی تجزیه‌های ناخواسته در دختران و پسران، فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال چهارم، شماره ۱۴، تابستان ۱۳۸۷: ۱۲۳-۱۳۲
- ۱۱) ام البنین چابکی، مطالعه بین نسلی رابطه نگرش به طلاق و کارکردهای خانواده در زنان شهرتهران، مطالعات زن و خانواده، دوره ۱، شماره ۱، بهار و تابستان ۹۲: ۱۸۵-۱۵۹
- ۱۲) آمار سازمان ثبت احوال، قابل دسترسی در آدرس <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4822>
- ۱۳) محمدرضا صادقی، آلودگی هوا و روشهای کمک باروری، فصلنامه باروری و ناباروری، دوره ۱۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹
- ۱۴) الهه کولایی، عوامل و انگیزه های قاچاق انسان (با تاکید بر آسیای مرکزی)، فصلنامه سیاست، مجله دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دوره ۳۷، شماره ۴، زمستان ۸۶: ۱۷۰-۱۵۳
- ۱۵) سایت اطلاع رسانی اداره ایدز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی <http://aids.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=328&pageid=50511>
- 16) Anahita Basirnia, Elahe Sahimi-Izadian, Mohammad Arbabi, Systematic Review of Prevalence of Sexual Disorders in Iran. *Iran J Psychiatry* 2007; 2:151-156
  - 17) Fonner VA, Armstrong KS, Kennedy CE, School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*.2014 Mar 4;9(3):e89692.
- ۱۸) سراج الدین وحیدی، علی اردلان، کاظم محمد، بررسی شیوع ناباروری اولیه در جمهوری اسلامی ایران در سال های ۱۳۸۴-۱۳۸۳. فصلنامه باروری و ناباروری / پاییز ۸۵ صفحات ۲۵۱-۲۴۳

