

کاهش میل جنسی زنان از دیدگاه طب ایرانی

زهرا درویش-مفرد-کاشانی^{الف*}، الهام اختری^ب، هاله تاج‌الدینی^ج، طاهره ملک‌آرا^د، الهام عمارتکار^ه

^{الف} مرکز تحقیقات کارآزمایی بالینی طب سنتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

^ب مؤسسه مطالعات طب مکمل و اسلامی، دانشکده طب سنتی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^ج مرکز تحقیقات علوم اعصاب، پژوهشکده نوروفارماکولوژی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

^د مرکز تحقیقات، دانشکده طب سنتی و مکمل، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^ه گروه طب سنتی، دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: عملکرد جنسی یکی از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی است که اختلال آن می‌تواند آسیب جدی به ارتباطات بین فردی، سلامت عاطفی و اعتماد به نفس افراد وارد کند. شیوع قابل توجه اختلالات عملکرد جنسی و عوارض آن لزوم بهره‌مندی از دیدگاه‌های سایر مکاتب طبی را روشن می‌کند. طب ایرانی، به‌عنوان یک طب کل‌نگر دارای تجربیات و دیدگاه‌های مشخص در تشخیص و درمان ضعف جنسی است. مطالعه حاضر به علل کاهش میل جنسی (باه) زنان و درمان آن از نگاه طب ایرانی می‌پردازد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مروری، متون معتبر طب سنتی با محوریت قانون، پیرامون ضعف جنسی، مورد بررسی قرار گرفت و دیدگاه‌های طب سنتی و طب رایج در این حوزه مقایسه شد.

یافته‌ها: طب ایرانی، سلامت اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد و غدد جنسی) را لازمه سلامت جنسی می‌داند در حوزه درمان نیز، تقویت این اعضا می‌تواند موجب کارکرد بهتر جنسی شود. سبب‌شناسی اختلال عملکرد جنسی زنان پیچیده و چندعاملی است و حاصل اثر متقابل عوامل فیزیولوژیک (بیولوژیک)، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی است و فاکتورهای روان‌شناختی به‌عنوان علت اولیه و مهم‌تر از سایر عوامل مطرح است. مکتب غنی طب ایرانی، مشکلات روانی را برخاسته از ضعف قوای نفسانی و حیوانی می‌داند. به‌نظر می‌رسد این نکته ممکن است در راستای نظر طب ایرانی در مورد اولویت دادن اعضای رئیسه در تشخیص و درمان ضعف باه باشد.

نتیجه‌گیری: این تحقیق بر آن است که با ارائه دیدگاه‌های تشخیصی و درمانی طب ایرانی در حوزه ضعف باه، زوایای تازه‌ای در برخورد با این اختلال بگشاید، تا بتوان از راهکارهای درمانی طب ایرانی در افزایش میل جنسی زنان استفاده کرد و مسیر برای تحقیقات بالینی در این حوزه هموار و فراهم شود.

تاریخ دریافت: شهریور ۹۸

تاریخ پذیرش: بهمن ۹۸

کلیدواژه‌ها: میل جنسی، زنان، طب سنتی ایران، اختلال عملکرد جنسی

مقدمه

شیوع قابل توجه اختلال عملکرد جنسی زنان نشان می‌دهد این اختلال، یک مشکل بهداشتی گسترده در سطح جهانی است که ۲۵ تا ۶۳ درصد از زنان را درگیر می‌کند (۲). شیوع این اختلال در آمریکا ۴۳ درصد است (۹). اختلال عملکرد جنسی در زنان ایرانی، طبق بررسی انجام‌شده در سال ۱۳۸۴، ۳۱/۵ درصد گزارش شده است، یعنی حدود یک سوم زنان ایران درگیر این اختلال هستند که گویای این حقیقت است که

به‌نظر می‌رسد عملکرد جنسی سالم جزئی جدایی‌ناپذیر از احساس رضایت از زندگی افراد را تشکیل می‌دهد (۱). عملکرد جنسی یکی از مؤلفه‌های مهم کیفیت زندگی است (۶-۲) که اختلال آن می‌تواند آسیب جدی به ارتباطات بین فردی (۲-۵، ۷، ۸)، سلامت عاطفی (۲، ۴، ۷، ۸) و اعتماد به نفس (۲، ۴) افراد وارد کند.

را تقویت کند و از این طریق ضعف باه را درمان کند (۱۳-۱۶، ۲۰-۲۲).

در طب ایرانی اقدام اصلی و اولیه در تشخیص و درمان کاهش باه، توجه به اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد و غدد جنسی) و ارزیابی ضعف آنهاست. این اعضا در امر باه، اصلی و تأثیرگذار هستند (۱۲-۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳). اگر با وجود بودن ضعف در این اعضا، تنها به تقویت قوای جنسی بپردازیم، از درمان نتیجه‌ای حاصل نخواهد شد.

طب ایرانی، در درمان بیماری‌ها، توجه ویژه‌ای به امر تغذیه دارد (۱۲-۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۳) و اعتقاد بر این است، تا جایی که امکان معالجه بیماران با غذا فراهم است نباید از دارو استفاده شود. غذای مناسب بر اساس تشخیص علت بیماری هر فرد، مخصوص او تجویز می‌شود و با تغذیه مناسب، قوه باه می‌تواند افزایش یابد. استفاده از غذاهایی با مزاج گرم و تر، لذیذ، خوش‌بو با هضمی سریع، دارای رطوبت فضلیه^۱ و با حرارت لطیف^۲ توصیه شده است (۱۲-۱۴، ۱۶، ۲۳). مطابق نظر حکما، غذاهایی که برای تقویت قوای جنسی توصیه می‌شوند باید سه ویژگی داشته باشند: اول باید کثیرالغذا^۳ باشد؛ دوم تولید نفخ و ریج^۴ در بدن کند چون از دیدگاه طب سنتی، علت ایجاد نعوظ و برانگیختگی جنسی وجود نفخ عضوی^۵ است که پس از هضم غذاهای نفاخ و دارای رطوبت فضلیه در بدن ایجاد می‌شود؛ سومین ویژگی غذای مقوی جنسی، داشتن حرارت معتدل است. اگر هر سه ویژگی در یک ماده جمع باشد به‌تنهایی برای تقویت کافی است. نخود، لوبیا و هویج از این دسته هستند و اگر چنین نباشد از ترکیب دو یا سه ماده، غذای مفید و مقوی جنسی درست می‌کنیم مانند ترکیب پیاز با گوشت بره، که در این ترکیب پیاز گرم و نفاخ است و برای افزایش غذائیت غذای حاصل از ترکیب با پیاز، آن را با گوشت بره آماده می‌کنیم (۱۴).

هدف از این مطالعه، آشنایی با دیدگاه‌های تشخیصی و درمانی طب ایرانی در حوزه ضعف باه است تا شاید بتواند با فراهم آوردن مسیر تحقیقات بالینی در این حوزه، به ارائه راهکارهای کاربردی در تشخیص و درمان بیماران منجر شود.

مشکلات جنسی به‌عنوان یک مشکل سلامتی قابل توجه در زنان ایرانی مطرح است (۲).

طب ایرانی (طب سنتی ایران)، مبتنی بر طب اخلاطی به حفظ سلامت جنسی و درمان اختلالات آن به‌عنوان یکی از اصول حفظ سلامتی توجه کرده است (۱۰) و در خصوص شکل‌گیری این میل، علل مشکلات آن و چگونگی درمان آن راه‌کارهای مشخصی ارائه داده است.

بر اساس دیدگاه حکمای این طب، همان‌طور که بدن قوی و سالم برای سلامت عملکرد جنسی ضروری است، عملکرد جنسی سالم نیز لازمه حفظ تندرستی است (۱۰). در منابع طب ایرانی، نیروی جنسی با عنوان باه شناخته می‌شود (۱۱-۱۷). وجود سرفصل مشخص با عنوان نقصان باه در کتاب‌های مرجع طب ایرانی، علاوه بر چندین کتاب تخصصی مرتبط با بحث باه و همچنین وجود رسالات متعدد باهیه، می‌تواند نشان دهد، طب ایرانی دارای دیدگاه‌های مشخص و تجربیات بسیاری در تشخیص و درمان نقصان باه است که سابقه هزاران ساله استفاده از درمان‌های طب ایرانی می‌تواند نشانه کم‌عارضه بودن آن‌ها باشد. از طرفی فرآورده‌های درمانی طبیعی، که توسط حکماء ارائه می‌شود هم به‌لحاظ هزینه، مقرون به صرفه است و هم به‌لحاظ نزدیک بودن درمان‌ها به طبیعت بدن می‌تواند تأثیر این روش‌های درمانی را افزایش دهد (۱۸). از سویی گرایش جامعه به استفاده از طب ایرانی افزایش یافته است، بنابراین بررسی دیدگاه‌های طب سنتی در این زمینه، مبنای این مطالعه قرار گرفت.

به‌عنوان یک اصل کلی در طب ایرانی همه‌جا برای درمان بیماری‌ها، استفاده از تدابیر اصلاح سبک زندگی مقدم بر سایر درمان‌ها است (۱۹). در کتب حفظ‌الصحه، تدابیر جماع به‌صورت مشترک در زن و مرد مطرح شده است (۱۰). اعتقاد بر این است، تا جایی که معالجه بیماران با استفاده از تدابیر ممکن است، از دارو استفاده نشود. بنابراین برای درمان کاهش میل جنسی، توصیه به تدابیر غذایی، اصلاح الگوی ورزش، اصلاح خواب، دفع مواد زائد و اصلاح مشکلات روانی شده است که رعایت هر یک از تدابیر می‌تواند بدن و اعضای رئیسه

مواد و روش‌ها:

این مطالعه مروری (Narrative Review) به روش کتابخانه‌ای است، که بر اساس منابع در دسترس و معتبر طب ایرانی به روش توصیفی انجام شده است. در واقع آنچه مدنظر نویسندگان بوده نظرات حکما در خصوص کاهش میل جنسی در بانوان و مکانیسم مطرح شده از نگاه آنان بوده است. ابتدا کلیدواژه‌های مورد نظر انتخاب شد. در طب ایرانی از کلمات باه، ضعف باه، سبب باه، مقوی باه، مهیج باه، مبهی، معین باه، جماع در توضیح چگونگی شکل‌گیری نیروی جنسی و تشخیص مشکل و درمان آن استفاده شده است. به این ترتیب این کلیدواژه‌ها در ۲۲ منبع طب سنتی از جمله «قانون» بوعلی سینا، «الحاوی» و «المنصوری» رازی، «دانشنامه در علم پزشکی» میسری، «هدایه‌المتعلمین» اخوینی، «الأنبیه عن حقائق الأذویه» هروی، «ذخیره خوارزمشاهی» و «الأعراض الطبییه و المباحث العلامیه» جرجانی، «شرح الاسباب و العلامات» کرمانی، «خلاصه التجارب» بهاءالدوله رازی، «دقائق العلاج» کرمانی، «طب اکبری» و «مفرح القلوب» حکیم ارزانی، «تنسوخ‌نامه» ایلخانی طوسی، «خلاصه الحکمه» و «معالجات» حکیم عقیلی خراسانی، «طب یوسفی» هروی، «تحفه خانی» محمدبن عبدالله، «اکسیر اعظم» حکیم محمد اعظم‌خان، «مغربات» بوعلی سینا یا «تحفه العاشقین» انوار، «الذت وصال» سکندرپوری و «التصریف» زهراوی جستجو شد. این بررسی با بهره‌گیری از نرم‌افزار جامع نور صورت گرفت. علاوه بر این در کنار کلیدواژه‌های ذکر شده، کلیدواژه‌های طب سنتی، طب سنتی ایرانی، طب ایرانی در منابع در دسترس، مقالات فارسی و انگلیسی جستجو شد. همچنین اتیولوژی و راهکارهای درمانی اختلال عملکرد جنسی زنان با کلیدواژه‌های Female sexual dysfunction، Desire، Arousal از منابع ژنیکولوژی (دنفورث و نواک) و منابع روان‌پزشکی (درس‌نامه جامع روان‌پزشکی ایران، روان‌پزشکی آکسفورد، روان‌پزشکی بالینی کاپلان و سادوک) طب رایج و پایگاه‌های اطلاعاتی SID، Magiran، Irandoc، Google Scholar، ScienceDirect و PubMed گردآوری شدند. پس از بازخوانی مکرر متون و

مقالات، جمع‌آوری مطالب به صورت فیش‌برداری از منابع بر اساس کلیدواژه‌ها صورت گرفت. خط به خط متن فیش‌ها بازنگری شد. در مرحله بعد نظرسنجی و بحث‌های متمرکز گروهی (Focus group discussion) با همکاران و متخصصان طب ایرانی، زنان و روان‌پزشکی انجام شد. به منظور بهره‌مندی از نظرات هر دو مکتب طبی، بازبینی داده‌ها با روش اجماع صاحب‌نظران (Scientific consensus) صورت گرفت، دیدگاه‌های مشابه و گاه متفاوت هر دو مکتب طبی بر اساس اهداف مطالعه مقایسه و مورد بحث و بررسی قرار گرفت و جمع‌بندی نهایی ارائه شد.

یافته‌ها:

در این بخش به دیدگاه‌های طب ایرانی و طب رایج در ضعف قوای جنسی و اختلال عملکرد جنسی به تفکیک پرداخته می‌شود.

دیدگاه طب رایج در اختلال عملکرد جنسی

مراحل مختلف چرخه فعالیت جنسی در زنان شامل میل، تحریک، ارگاسم و احساس راحتی و خوشایندی است. ذهن فرد در مرحله تمایل جنسی و برانگیختگی ذهنی نقش مهم‌تری در مقایسه با تغییرات فیزیولوژیک دستگاه تناسلی دارد (۲۴).

اختلال عملکرد جنسی زنان (Female Sexual Dysfunction=FSD) بر اساس معیارهای DSM-V شامل اختلال علاقه و تحریک جنسی Interest/Arousal، اختلال ارگاسم Orgasm، اختلال نفوذ و درد لگنی تناسلی Genito-Pelvic Pain/Penetration می‌باشد. اختلال جنسی باید تکرارشونده یا مقاوم باشد و موجب دیسترس شخص یا ایجاد اشکال در ارتباط بین‌شخصی وی شود و حداقل شش ماه طول کشیده باشد (۲۵).

سبب‌شناسی اختلال عملکرد جنسی زنان پیچیده و چندعاملی است و از اثر متقابل عوامل فیزیولوژیک (بیولوژیک)، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی حاصل می‌شود که مداخله چندوجهی برای درمان را توجیه می‌کند (۸، ۲۵، ۲۶).

در اختلال عملکرد جنسی زنان فاکتورهای روان‌شناختی به‌عنوان علت اصلی و مؤثرتر از سایر عوامل مطرح هستند

(۲۶). از بین عوامل خطر ساز مرتبط با FSD سلامت روانی، رابطه عاطفی با شریک جنسی و عملکرد جنسی شریک جنسی بیشترین اهمیت را دارند (۲۴). اضطراب و افسردگی و داروهای مورد استفاده در درمان آن‌ها، فاکتورهای شخصیتی، سوءاستفاده جنسی و تروما در کودکی و بلوغ از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در اختلال عملکرد جنسی زنان هستند که می‌توانند سایر فاکتورها را پوشش دهند (۲۵).

افزایش سن، تغییرات اندوکراین، بیماری‌های مزمن از جمله عوامل بیولوژیک محسوب می‌شوند ولی این نکته قابل توجه است که بیماری‌های جسمی که گاه مزمن هم می‌شوند مانند دیابت، پرفشاری خون، انواع سرطان‌ها به‌خصوص سرطان پستان و سرویکس، آندومتریوز، بیماری تخمدان پلی‌کیستیک علاوه بر تأثیر به‌عنوان فاکتور بیولوژیک، به‌علت تأثیرات روانی که بر فرد ایجاد می‌کنند به‌عنوان عوامل روان‌شناختی نیز بر اختلال عملکرد جنسی زنان اثر می‌گذارند. این موضوع، گاه در مورد فاکتورهای جامعه‌شناختی نیز صدق می‌کند. فرهنگ، اجتماع، ارزش‌های مذهبی، آداب و رسوم، محدودیت‌های فرهنگی-مذهبی، مشکلات مالی، فشارهای شغلی و خانوادگی از جمله عوامل جامعه‌شناختی محسوب می‌شوند که دارای تأثیرات روان‌شناختی بر این اختلال‌ها هستند (۲۵).

درمان با برطرف کردن عامل به‌وجود آورنده هر اختلال (میل، تحریک، درد و ارگاسم) صورت می‌گیرد. گزینه‌های مختلفی برای درمان FSD وجود دارد، بسیاری از درمان‌هایی که در عمل استفاده می‌شوند توسط شواهد کافی پشتیبانی نمی‌شوند. برای درمان، ارزیابی دقیق فرد از لحاظ عوامل جنسی-روانی، عوامل جسمی و ساختار چرخه واکنش جنسی لازم است. در زنان، اقدام اصلی و اولیه، درمان روانی جنسی است (۲۴). مطالعاتی تأثیر درمان‌های روان‌شناختی را در بهبود اختلال عملکرد جنسی زنان نشان داده‌اند (۲۷).

در حوزه کاهش میل جنسی، علاوه بر درمان دارویی، روان‌درمانی و رفتاردرمانی جنسی (Behavioral and Sex Therapy) از مداخلات شناخته‌شده در این حوزه است (۲۷). از داروها می‌توان به هورمون‌درمانی (اعم از آندروژن و استروژن) و درمان‌های غیرهورمونی (مانند بوپروپیون) اشاره

کرد (۲۴). گرچه مطالعات کنترل‌شده بر درمان‌های هورمونی (به‌ویژه استروژن و تستوسترون) زنان پائسه دارای FSD، عملاً وجود ندارد ولی استفاده از این درمان‌ها برای زنان پائسه مؤثر بوده است (۱، ۲۸). گزینه‌های دارویی مؤثر ولی محدود در درمان FSD وجود دارد؛ به‌تازگی سازمان غذا و دارو آمریکا (FDA) برای اولین بار تنها یک دارو به‌نام Flibanserin را برای درمان اختلال کاهش میل جنسی (HSDD) زنان، پیش از یائسگی تأیید کرده است (۲۹).

دیدگاه طب ایرانی در ضعف قوای جنسی

در منابع طب ایرانی، تعریف‌ها و توصیف‌هایی مانند نیروی تمایل جنسی (۳۰)، شهوت و قوت جنسی، توانایی همبستری و نزدیکی (۳۱، ۳۲)، قدرت بر نکاح (۳۰، ۳۲، ۳۳)، نیروی جماع و شهوانی (۳۴)، نکاح و جماع (۳۵) به‌باه اختصاص داده شده است.

نقصان باه در طب ایرانی، عدم شهوت و میل به جماع (۳۶)، کاهش نیروی جنسی (۳۷)، ناتوانی در برقراری رابطه جنسی (۳۸)، نداشتن تمایل به برقراری رابطه جنسی (۲۲)، ضعف در جماع (نزدیکی کردن) (۲۰) تعریف شده است.

علت‌های نقصان باه (ضعف نیروی جنسی) را می‌توان به دو بخش کلی ضعف شهوت (میل جنسی) و سستی آلت تقسیم‌بندی کرد (۱۱-۱۳، ۱۵-۱۷، ۲۲) که در زنان، به علت‌های ضعف شهوت بیشتر پرداخته می‌شود.

علت‌های ضعف میل جنسی، شامل ضعف در کل بدن، ضعف در اعضای رئیسه (قلب، مغز و کبد) و ضعف در اعضا شریف (کلیه‌ها و معده) است، از دیگر علت‌ها، ضعف ناشی از حالات روانی مانند اضطراب و افسردگی است که بر فرد عارض می‌شود، همچنین کاهش منی، سکون یا کم‌حرکتی منی که در مصرف‌کنندگان مواد مخدر دیده می‌شود و بالاخره ترک طولانی‌مدت جماع از سایر علت‌های ضعف میل جنسی هستند.

برخی از علت‌های سستی آلت، با ضعف میل جنسی مشترک است. از جمله این علل، ضعف در کل بدن و ترک طولانی‌مدت جماع است. یکی از علت‌های غیرمشترک سستی آلت که باید بررسی شود کمی نفخ (ریح) در بدن است که

ضعف قلب (۱۱-۱۷، ۲۰، ۲۲) می‌تواند ناشی از خستگی، بیماری مزمن و یا گرسنگی شدید باشد. ضعف قلب، موجب کاهش میل جنسی و کندی نعوظ آلت می‌شود (۱۵، ۱۶) و شرم و حیای ناشی از ضعف قلب نیز، مانع نزدیکی کردن فرد می‌شود (۱۱). علامت آن، نرمی و ضعف در نبض و دیر نعوظ شدن آلت تناسلی است (۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۲۲)، میل به جماع و لذت حاصل از آن کم می‌شود (۱۲، ۱۵، ۲۲) و گاه بعد از جماع، ضعف شدیدی شبیه به غش کردن به وجود می‌آید (۱۱، ۱۲، ۱۵). فرد ضعیف گاه به علت شرم و ترس از این کار باز می‌ماند (۱۵، ۱۷). به صورت کلی غذاها و داروهای خوشبو که رطوبت مناسب در بدن ایجاد می‌کنند (۱۶)، در درمان ضعف قلب و مغز مفیدند، کباب‌ها که با ادویه‌جات خوشبو شده‌اند از این دسته هستند (۱۷). از نگاه حکما، دوری از غم و اندوه و افکار پریشان همراه با نشاط در تقویت اعضا و بهبود میل جنسی بهتر از داروهای مرکب است (۱۵). در تقویت قلب علاوه بر استفاده از لبوب، شربت‌ها مانند شربت بادرنجبویه، گل‌گاوزبان، سیب با گلاب و بیدمشک و ادویه‌های مقوی و مفرح (شادی‌بخش و نشاط‌آور) مانند دارچین و زعفران (۱۷)، منع مصرف غذاهای سودازا نیز توصیه شده است از جمله غذاهای سودازا می‌توان به گوشت گاو، عدس، بادمجان، ترشیجات و غذاهای کنسرو شده اشاره کرد (۱۳، ۴۲).

در ضعف مغز (دماغ) (۱۱-۱۷، ۲۰، ۲۲) به علت ضعف اعصاب، حس و حرکت اعضای تناسلی ضعیف می‌شود (۱۴، ۱۶)، بنابراین متوجه تحریک منی نمی‌شوند (۱۵). علامت این اختلال، کاهش میل به جماع است و فرد از جماع لذت نمی‌برد (۱۱، ۱۴). سستی و کندی در حس و حرکت از علائم دیگر آن است (۱۱، ۱۲، ۱۵). اگر ضعف دماغ ناشی از تجمع مواد زائد باشد تنقیه توصیه می‌شود و اگر ناشی از اختلال مزاج باشد باید به تبدیل مزاج پرداخت (۱۷). در کل، برای تقویت مغز (دماغ)، غذاهای گرم معتدل که با ادویه‌جات معطر ترکیب شده باشند مناسب است مانند گوشت‌های بره، گوسفند و پرندگان فربه که با زعفران، گلاب و دارچین خوشبو شده باشند از این دسته‌اند (۱۵). همچنین استفاده از عطرهای مناسب هر مزاج،

می‌تواند مانع نعوظ شود. از دیدگاه حکمای طب سنتی، هر غذایی که وارد بدن ما می‌شود چهار مرحله هضم را طی می‌کند که شامل هضم‌های معدی، کبدی، عروقی و عضوی است. ماحصل هضم معدی به جز مواد هضم‌شده، گاز نیز می‌باشد که به آن نفخ می‌گوییم. در هضم عروقی و عضوی نیز گازهایی ایجاد می‌شود که عامل نعوظ در آلت تناسلی است. استمناء (Masturbation) از دلایل دیگر ضعف در آلت تناسلی است (۱۲).

اقدام اولیه و اصلی در درمان ضعف نیروی جنسی، تقویت بدن و اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد و غدد جنسی) است که اعضای مهم و اصلی بدن به‌شمار می‌روند (۱۲-۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳). اگر علی‌رغم وجود ضعف این اعضا، تنها به تجویز داروی تقویتی قوای جنسی بسنده شود، نتیجه‌ای از درمان نمی‌گیریم.

تغذیه مناسب یکی از درمان‌های کلی ضعف قوای جنسی است. غذایی که می‌خوریم می‌تواند در بدن (کیفیات) گرمی، سردی، رطوبت و خشکی ایجاد کند که از بین غذاها، آن‌هایی که گرما و رطوبت مناسب در بدن ایجاد می‌کنند برای تقویت قوای جنسی مناسب‌اند. انگور، زرده تخم‌مرغ عسلی، گوشت گوسفندی و انجیر از جمله این غذاهاست (۱۲-۱۴، ۱۶، ۲۳)، گرم‌کردن پشت و کلیه‌ها (۱۶)، ماساژ ملایم ساق و کف پا موقع خواب (۱۲، ۱۵، ۳۹)، مالیدن روغن‌های خوشبو بر بدن موقع خواب (۱۲، ۱۵، ۳۹) و زدودن موهای ناحیه تناسلی (۴۰)، (۴۱) از دیگر تقویت‌کننده‌های خوب در درمان کلی ضعف قوای جنسی محسوب می‌شوند.

در ادامه به بررسی علت‌های کاهش میل جنسی در طب ایرانی می‌پردازیم.

اگر ضعف باه (۱۱-۱۳، ۱۵، ۱۷، ۲۲، ۴۲، ۴۳) به علت ضعف بدن ایجاد شده باشد، علائم آن شامل، لاغری، ضعف بدن، زردی رنگ و کم خوردن غذاست (۱۱، ۱۳، ۱۵). برای درمان، باید غذایی که در بدن گرما و رطوبت مناسب ایجاد می‌کند میل شود، خواب مناسب، ترک جماع، آرامش، نشاط و سرحالی و استعمال عطر توصیه می‌شود (۱۵، ۱۶، ۴۳).

توصیه شده است (۱۷). همچنین باید از برهم‌خوری و پرخوری پرهیز شود، غذای سبک توصیه می‌شود تا خوب هضم شود و معده را تقویت کند، آب کمتری نوشیده شود و علاوه بر آن نباید غذاهایی خورده شود که خشکی‌افزا باشند (۱۶).

سردی، لاغری و امراض کلیه (گرده) منجر به کاهش میل جنسی می‌شود (۱۶). کلیه یکی از عوامل شکل‌گیری میل جنسی است زیرا بخشی از تکامل تولید منی در کلیه‌ها و مجرای بین آن‌ها و غدد جنسی (انثین= بیضه‌ها و تخمدان‌ها) صورت می‌گیرد و کسی که حرارت مناسب در کلیه دارد تولید منی و قوت جماع در او زیاد است (۱۱، ۱۵). احساس سنگینی در ناحیه کمر و افزایش تشنگی بعد انزال، از دیگر علائم ضعف کلیه است (۲۲). اگر علت کاهش میل جنسی، ضعف کلیه باشد، درمان آن در اولویت است. در اغلب موارد نیاز به گرم کردن موضع کلیه و کمر است زیرا گرمی کلیه و گرمی کمر در ایجاد نعوظ، برانگیختگی و تحریک اندام تناسلی (مهبل، دهانه رحم و لب‌های بزرگ و کوچک) بسیار تأثیرگذار است (۱۶).

در ضعف ناشی از امور نفسانی (استرس‌ها و هیجان‌ها) (۱۲، ۱۵-۱۷، ۲۲، ۴۲، ۴۳)، علی‌رغم سلامت اندام تناسلی و فراوانی منی، میل به جماع وجود ندارد (۱۵)، حالاتی مانند خشم، غم و اندوه (۴۲، ۴۳) و یا ترس، خجالت و احساس ناتوانی بر انجام جماع از این دست است (۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶). روشن است که اثر امور نفسانیه در بدن از سایر موارد بیش‌تر و سریع‌تر است (۱۵، ۱۷). برای درمان، باید با استفاده از روش‌های مناسب به اصلاح افکار فرد پرداخت. در این شرایط تقویت قلب و مغز ضروری است زیرا اگر قلب و مغز قوی باشند، ذهنیت‌های غلط مانند ترس و احساس ناتوانی از رابطه جنسی، زود اثر نمی‌کند (۱۵، ۱۷).

در ترک طولانی‌مدت جماع (۱۱، ۱۳، ۱۵-۱۷، ۴۲، ۴۳) تولید منی در بدن کم می‌شود (۱۷) مانند کاهش تولید شیر هنگام از شیر گرفتن. بنابراین در ضعف باه، سابقه ترک جماع بایستی پرسیده شود (۱۷، ۴۲، ۴۳). البته این قسم ضعف باه گاه به دلیل خویشتن داری و گاه در مردان مجرد دیده می‌شود

توصیه می‌شود. در مزاج گرم دماغ، عطرهاى خنک مثل گلاب و بنفشه و در مزاج سرد دماغ عطرهاى گرم مانند مشک، عنبر و عود مفید است (۱۳، ۴۲). اگر ضعف دماغ از سرما باشد، هوای سرد و ترکیبات سرد ضرر دارد و استفاده از گرمی‌جات مفید است و اگر ضعف دماغ ناشی از گرما باشد، برعکس باید عمل کرد (۱۲، ۱۳، ۱۵). اگر ضعف دماغ ناشی از رطوبت باشد، در حمام، قدرت جماع ندارد و از غذاهایی که در بدن ایجاد خشکی می‌کند نفع می‌برد؛ و اگر از خشکی باشد برعکس (۱۲، ۱۵، ۱۷).

در ضعف کبد (جگر) (۱۱-۱۷، ۲۰، ۲۲)، به علت کمی تولید خون، ماده منی هم کم می‌شود، در نتیجه نیروی جنسی ضعیف می‌شود، که علائم آن شامل کم‌اشتهایی، کاهش میل به جماع (۲۲)، اختلال در هضم و کم‌خونی است (۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶). علائم ناشی از ضعف جگر متفاوت از علائم ناشی از ضعف معده است. اگر با علائم فوق، احساس سنگینی پس از غذا، تهوع، سسکسه، آروغ و اشتها به چیزهای نامعمول مثل شوری، تندى، گل و ذغال باشد، ضعف در معده است. اگر به‌همراه علائم فوق، ورم صورت و پلک، سنگینی و درد ناحیه کبد بعد از خوردن غذا، زردی یا سفیدی رنگ پوست و درد در پهلو راست وجود داشت ضعف در کبد است (۱۲). برای درمان لازم است مزاج کبد را اصلاح و آن را تقویت کرد (۱۵). استحمام با آب ولرم، پرهیز از فعالیت‌های شدید، نوشیدن شربت‌های سکنجبین و گلاب در حالت ناشتا توصیه شده است (۱۷).

در ضعف معده (۱۱-۱۷، ۲۲)، به‌علت ضعف هضم، ماده مناسب برای تولید خون مناسب در اختیار کبد قرار نمی‌گیرد، در نتیجه تولید خون و منی کمتر می‌شود (۱۶، ۱۷) و همان‌گونه که ذکر شد علائم آن شامل کاهش اشتها و کاهش میل به نزدیکی و ضعف هضم است (۱۷، ۲۲). طبیعی است با هضم ضعیف، کم‌خونی نیز ایجاد می‌شود (۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶). در علاج ضعف معده، ابتدا تقویت و اصلاح مزاج عضو صورت می‌گیرد (۱۵). خوردن جوارشات (هضم‌کننده‌ها) خوش‌بو، گوشت‌های بریان‌شده، استحمام با آب شیرین، عدم توقف طولانی در حمام، عدم مصرف زیاد ادویه گرم و خشک

دیدگاه‌های این دو مکتب طبی را روشن می‌کند. در طب ایرانی اقدام اصلی و اولیه در تشخیص و درمان نقصان باه، توجه به اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد و گنادها) و ارزیابی ضعف آنهاست. زیرا این اعضا، اعضای اصلی و تأثیرگذار در امر باه هستند (۱۲-۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۴۴، ۴۵)، که اگر با وجود ضعف در این اعضا، تنها به تقویت قوای جنسی بپردازیم، نتیجه‌ای از درمان نمی‌گیریم.

در اختلال عملکرد جنسی زنان فاکتورهای روان‌شناختی به‌عنوان علت اصلی و مؤثرتر از سایر عوامل مطرح هستند (۲۶) و سلامت روانی در بین عوامل خطرناک، از بیشترین اهمیت برخوردار است (۲۴). از طرفی گزینه‌های مختلفی برای درمان اختلالات جنسی وجود دارد که در زنان، اقدام اصلی و اولیه، درمان روانی جنسی است (۲۴).

به‌نظر می‌رسد اهمیت دادن به عوامل روان‌شناختی در تشخیص و درمان اختلال عملکرد جنسی زنان ممکن است در راستای نظر طب سنتی در مورد اولویت دادن اعضای رئیسه در تشخیص و درمان ضعف باه باشد (۱۲-۱۷، ۲۰، ۲۱، ۲۳). از طرفی طب ایرانی، ضعف ناشی از مشکلات روانی (اعراض نفسانی) را برخواسته از ضعف قلب و مغز می‌داند، که در همین راستاست (۱۵، ۱۷).

مطابق بررسی‌های انجام‌شده در این مطالعه، اکثر علل نقصان باه در طب ایرانی، همخوانی با علل اختلال عملکرد جنسی طب کلاسیک دارد، اما نکته قابل‌توجه این است که برخی عوامل از دیدگاه طب ایرانی به‌عنوان علت نقصان باه مطرح است که هنوز در طب کلاسیک به آن پرداخته نشده و نیازمند تحقیقات بیشتر است (۴۶، ۴۷).

به‌عنوان یک اصل کلی در طب ایرانی، همه‌جا در درمان بیماری‌ها استفاده از تدابیر اصلاح سبک زندگی مقدم بر سایر درمان‌هاست (۱۹). اعتقاد بر این است، تا جایی که امکان معالجه بیماران با استفاده از تدابیر فراهم است نباید از دارو استفاده شود. در درمان ضعف نیروی جنسی، ضمن تأکید بر تدابیر غذایی، به اصلاح الگوی ورزش، اصلاح خواب، دفع مواد زائد و اصلاح مشکلات روانی توصیه شده است که هر

(۱۱، ۱۳، ۱۷، ۴۲، ۴۳). در درمان، آنچه که موجب تحریک میل جنسی است، توصیه می‌شود. همچنین لازم است غذاهای باهیه (محرک شهوت و باه) چون زرده تخم‌مرغ عسلی، گوشت بزغاله، بره، کله‌پاچه و حلیم مصرف شود (۱۵، ۱۷). در کل تدریجی بودن آمادگی برای جماع در این مورد لازم است (۴۳).

کمبود منی از اختلالات منی است. وقتی منی کم باشد (۱۱)، ۱۲، ۱۵، ۱۷، ۲۲، ۴۲، ۴۳)، میل جنسی تحریک نمی‌شود. برای درمان، بر اساس اینکه علت کمی منی از حرارت، برودت، یبوست یا رطوبت باشد، تدابیر غذایی و دارویی مناسب که ضد عامل پدیدآورنده است توصیه می‌شود. در مصرف‌کنندگان مواد مخدر، اختلال حرکت منی، می‌تواند ایجاد شود (۱۱-۱۳، ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۴۲، ۴۳) که موجب کاهش میل جنسی است (۱۱-۱۳، ۱۵، ۲۲). برای درمان، توصیه به مصرف غذا و داروهای گرمابخش و محرک منی شده است (۱۵). نوشیدن شربت‌های بادرنجوبیه همراه با گل‌قند عسلی در حالت ناشتا توصیه می‌شود (۱۷).

کمبود نفخ و ریح در بدن از علت‌های عدم نعوظ است (۱۱، ۱۲، ۱۵-۱۷، ۴۳). نفخ (ریح) از تأثیر حرارت بر رطوبت ایجاد می‌شود. از دیدگاه طب ایرانی، نفخ عضوی موجب نعوظ، برانگیختگی و تحریک آلت تناسلی می‌شود، که در سرما و گرمای شدید و همچنین در نبود رطوبت کافی، تولید آن کم و مانع نعوظ می‌شود. سرما و گرمای شدید هر دو ضد ریح هستند، سرما مانع تولید ریح و گرما تحلیل‌برنده ماده ریح می‌باشد. در یبوست به‌علت نبود رطوبت کافی، ماده نفخ وجود ندارد. در این شرایط آلت نعوظ نمی‌یابد و سست می‌شود (۱۱)، ۱۲، ۱۵، ۱۶). در این شرایط علی‌رغم وجود قوت بدنی کافی، کاهش نعوظ و عدم وجود نفخ مشاهده می‌شود (۴۳). بر اساس این که علت، از سرما، گرما یا یبوست باشد درمان با تدابیر ضد آن طراحی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری:

بررسی دیدگاه‌های طب ایرانی و طب رایج در بخش‌های علل، علائم و معالجات حوزه باه، نقاط مشترک و متفاوت

جنسی بر اساس علت به وجود آمدن اختلال تعریف می‌شود. از طرفی برای تقویت کلی توان جنسی، از ترکیب غذاها و ادویه‌هایی که ویژگی‌های فوق را داشته باشند بدون در نظر گرفتن علت اختلال، استفاده می‌شود که مواردی از آنها را بیان می‌کنیم:

- غذاهایی که گرم و تر و بادزا باشند مانند حبوب نخود، لوبیا و باقلا تناول شود؛

- افزودن پیاز، تره، شبدرد، نعناع، شنبلیله به غذاها توصیه می‌شود؛

- از میوه‌ها، انگور شیرین، خرما، انجیر و خربزه را می‌توان نام برد؛

- استفاده از آب گوشت، کباب بره، زرده تخم مرغ عسلی، شیر گاو و میش به خصوص که زنجبیل در آن بجوشانند از دیگر توصیه‌هاست؛

- از مغزها، پسته، بادام، فندق و گردو، از بزرها، بزر شلغم، گزنه، کلم، نعناع، کتان و شنبلیله و از ادویه‌جات دارچین، زعفران، زنجبیل و هل به تقویت جنسی کمک می‌کنند (۱۵-۱۷).

نقطه قوت مطالعه حاضر این است که امکان بهره‌مندی طب نوین را از روش‌های تشخیصی-درمانی طب ایرانی که در طی قرن‌های مختلف توسط حکمای هر عصر استفاده شده، فراهم کرده است. اما آنچه محدودیت در این مطالعه محسوب می‌شود کم بودن مطالعات بالینی طب ایرانی در حوزه‌های تشخیص و درمان ضعف جنسی است.

یافته‌های مطالعه حاضر ممکن است در تلاش برای هموار کردن بستر تحقیقات بر اساس دیدگاه‌های طب ایرانی و ارائه راهکارهای تشخیصی-درمانی برای کمک به زنان مبتلا به اختلالات عملکرد جنسی مفید باشد.

پی‌نوشت‌ها:

^۱ رطوبت فضلیه: رطوبتی است که در معده و روده نفخ ایجاد می‌کند و با ایجاد نفخ در اعضاء تناسلی، باه (میل جنسی) را افزایش می‌دهد.

^۲ حرارت لطیف: حرارتی که به سرعت در همه اجزای بدن نفوذ می‌کند.

یک با تقویت بدن و اعضای رئیسه، در درمان ضعف باه جایگاه ویژه‌ای دارند (۱۳-۱۶، ۲۰-۲۲). این نگاه حکیمانه به مدد تحقیقات مورد تأیید است، زیرا مطالعات جدید بر اصلاح سبک زندگی از طریق انجام فعالیت بدنی، کاهش وزن، رژیم غذایی سالم و ترک سیگار تأکید دارد و اعتقاد دارد ممکن است این اصلاح‌ها در بهبود اختلال عملکرد جنسی مؤثر باشد (۴۸-۵۰).

طب ایرانی به تفصیل در مورد تدابیر رابطه جنسی سالم بحث کرده است (۵۱، ۵۲) درحالی‌که در منابع طب مدرن به جزئیات شیوه زندگی و تدابیر رابطه جنسی اشاره نشده است و تنها به طرح موارد کلی اکتفا شده است. مواردی که تحت عنوان عوامل خطر ابتلا به اختلال عملکرد جنسی در طب روز مورد توجه است به نوعی نیم‌نگاهی به شیوه زندگی فرد دارد (۴۷).

در بخش دارودرمانی اختلال عملکرد جنسی زنان در طب رایج، کمتر درمان‌های قطعی و مؤثر وجود دارد و اکثر داروهای موجود نیز، دارای عوارض جانبی هستند که با ایجاد محدودیت در مصرف آنها، مانع از استفاده مؤثر داروها می‌شود (۵۳).

از آنجا که طب ایرانی در این بخش دارای درمان‌های متعددی است که سابقه هزاران ساله استفاده از آنها توسط حکما می‌تواند نشان از کم‌عارضه بودن آنها باشد و از سوی دیگر بهره‌گیری از فرآورده‌های گیاهی که زیستگاهشان در داخل کشور است، هم به لحاظ هزینه، مقرون به صرفه است و هم نزدیک بودن درمان‌ها به طبیعت بدن می‌تواند تأثیر این روش‌های درمانی را افزایش بدهد، در همین راستا مطالعات بالینی با داروهای طب ایرانی شکل گرفته است که نتایج مؤثر بودن آنها به مدد این تحقیقات ثابت شده است (۴۷، ۵۴-۵۸).

طب ایرانی، توجه ویژه‌ای به امر تغذیه هم در تدابیر حفظ سلامتی و هم در درمان بیماری‌ها دارد (۱۲-۱۴، ۱۶، ۱۹، ۲۳). حکما از تأثیر مثبت غذاهای گرم و تری که خلط خوب تولید می‌کنند و همچنین دارای رطوبت فضلیه می‌باشند (تا بتوانند با تولید نفخ عروقی، نعوظ مناسب در اندام تناسلی به وجود آورند) سخن گفته‌اند. همان‌طور که ذکر شد درمان اختلال

^۶ علت نعوظ از دیدگاه طب ایرانی: نفخ عضوی سبب نعوظ و برانگیختگی آلت تناسلی است.

^۷ داروی مرکب: از ترکیب چند ماده یا گیاه دارویی، داروی مرکب درست می‌شود.

^۸ لبوب: از ترکیب مغزها لبوب تهیه می‌شود.

^۳ کثیرالغذا: غذایی که در بدن خلط خون بیشتری ایجاد کند.

^۴ نفخ و ریح: گاز یا بادی که در شکم و یا در اندام‌های مختلف باشد.

^۵ نفخ عضوی: علاوه بر نفخی که در روده و معده ایجاد می‌شود، نفخ در اعضای مختلف از جمله اندام تناسلی نیز ایجاد می‌شود که نفخ در این اعضا، عامل ایجاد نعوظ است.

References:

1. Lightner DJ. Female sexual dysfunction. In Mayo clinic proceedings. Elsevier. 2002;77(7):698-702.
2. Safarinejad MR. Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: Prevalence and associated risk factors. International Journal of Impotence Research. 2006;18(4):382-95.
3. Moghasmi S, Ziaei S, Heydari Z. Comparative effects of the conventional hormone replacement therapy and tibolone on sexual performance in postmenopausal women. Arak Medical University Journal. 2011;14(1):104-13.
4. Grewal GS, Gill JS, Sidi H, Gurpreet K, Jambunathan ST, Suffee NJ, Midin M, Jaafar NR, Das S. Prevalence and risk factors of female sexual dysfunction among healthcare personnel in Malaysia. Comprehensive Psychiatry. 2014;55(1):17-22.
5. Kadri N, Alami KM, Tahiri SM. Sexual dysfunction in women: Population-based epidemiological study. Archives of Women's Mental Health. 2002;5(2):59-63.
6. Stephenson KR, Meston CM. Why is impaired sexual function distressing to women? The primacy of pleasure in female sexual dysfunction. The Journal of Sexual Medicine. 2015 Mar 1;12(3):728-37
7. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF, Vachchani MV, Devi AD, Shah KN. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. Middle East Fertility Society Journal. 2013;18:187-90.
8. Palacios S. Hypoactive sexual desire disorder and current pharmacotherapeutic options in women. Medscape Women's Health. 2011;7(1):95-107.
9. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress United States women: Prevalence and correlates. Obstetrics & Gynecology. 2008;112(5):970-8.
10. Darvish-Mofrad-Kashani Z, Zafarghandi N, Raisi F, Aliasl J, Mokaberinejad R, Emaratkar E, Emadi F, Eftekhari T. A review of sexual health opinion from the perspective of Iranian traditional medicine. Medical History Journal. 2016;8(27):73-90.
11. Samarqandi N. *Sharh ol-Asbab va al-Alamat*. 1st ed. Qom: Jalal al-Din; 2008. Vol.2, P:181-98. [In Arabic].
12. Nazim Jahan MA. *Exir-e Azam*. 2nd ed. Tehran: Institute of Medical History, Islamic Medicine and Complementary Studies, Iran University of Medical Sciences; 2008. Vol.3, P:530-37. [In Persian].
13. Jorjani SI. *Zakhireh Kharazmshahi*. Qom: Institute of Ehya-e Tibb-e Tabeeie; 2012. Vol.2. [In Persian].
14. Jorjani SI. *Al- Aghraz al- Tebbiyah va al Maboheess al- Alaiiah*. 1st ed. Tehran: Iran Culture Foundation; 1345 AH. P:502-7. [In Persian].
15. Arzani MA. *Tibb-e Akbari*. Qom: Jalal al-Din Publishing (Institute of Ehya-e Tibb-e Tabeeie); 2009. Vol.2, P:879-98. [In Persian].
16. Avicenna. *Al-Qanun fi al-Tibb* (The Canon of Medicine). Beirut, Lebanon: Dar al Ehya al-Turath al-Arabi; 1426 AH. Vol.3, P:376-89, 405, 411. [In Arabic].
17. Aghili Alavi Shirazi SMH. *Moalejat-e Aghili*. 1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2008. P:744, 748, 897-907. [In Persian].
18. Fahimi F, Hrgovic I, El-Safadi S, Münstedt K. Complementary and alternative medicine in obstetrics: A survey from Iran. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2011;284(2):361-4.
19. Naseri M, Rezaeizadeh H, Choopani R, Anoushirvani M. A review of general Iranian traditional medicine. 2nd ed. Tehran: Nashr-e Shahr; 2009. P:63. [In Persian].
20. Al-Akawayni Al-Bokhari R. *Hidayat al-Muta`allimin fi-al-Tibb*. 2nd ed. Mashhad: Mashhad University; 1992. P:505-12. [In Persian].
21. Kermani MK. *Daghaegh al-Alaj*. Translated by Ebrahimi I. 1st ed. Kerman: Saadat Printing House; 1983. Vol.1, P:443-62. [In Persian].

22. Razi B. *Kholasat al-Tajareb*. 1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003. P:64-5, 510-15. [In Persian].
23. Sekandarpuri M. *Lezzat al-Vesal*. 1st ed. Tehran: Institute of Medical History, Islamic Medicine and Complementary Studies, Iran University of Medical Sciences; 2009. P:10-15, 33-49, 58- 112. [In Persian].
24. Danforth DN. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P:742-58.
25. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: Focus on low desire. *Obstetrics & Gynecology*. 2015; 125(2):477-86.
26. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, Wang PH. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;52(1):3-7.
27. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive sexual desire disorder: A review of epidemiology, biopsychology, diagnosis, and treatment. *Sexual Medicine Reviews*. 2016;4(2):103-20.
28. Huang A, Yaffe K, Vittinghoff E, Kuppermann M, Addis I, Hanes V, Quan J, Grady D. The effect of ultralow-dose transdermal estradiol on sexual function in postmenopausal women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;198(3):265. e1-7.
29. Hayslett RL, Nykamp D. Sexual dysfunction in women. *US Pharmacist*. 2015;40(9):46-9.
30. Hakim Maysari. *Danish Name dar Pezeshki*. 2nd ed. Tehran: Tehran University Press & Publishing Institute; 1995. P:148-9. [In Persian].
31. Al-Razi M. *Al-Mansouri fi al-Tibb*. 1st ed. Kuwait: Al-Manzume al-Arabiye al-Tarbiye va al-Saghafé va al-Olum; 1408 AH. P:598. [In Arabic].
32. Al-Razi M. *Al-Mansouri fi al Tibb*. Translated by Zaker MI. 1st ed. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009. P:543. [In Persian].
33. Nasir al-Din Tusi M. *Tansukh Nameh Ilkhani*. 2nd ed. Tehran: Ettelaat; 1984:317. [In Persian].
34. Jorjani SI. *Al-Aghraz al-Tebbiyah va al-Mabahees al-Alaieah*. Farhang Aghraz. 2nd ed. Tehran: Tehran University Press Institute; 2009. Vol.2, P:40. [In Persian].
35. Heravi M. *Al-Abniah an Haghayegh al-Adviyah*. 1st ed. Tehran: Tehran University; 1967. P:12,50,296. [In Persian].
36. Abdullah M. *Tohfeh Khani*. 1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2004. P:505-16. [In Persian].
37. Avicenna. *Al-Qanun fi-al Tibb* (The Canon of Medicine). Translated by Sharafkandi A. 10th ed. Tehran: Soroush; 2010. Vol.5, P:217, 223-34. [In Persian].
38. Yousefi Heravi Y. *Tibb-e Yousefi*. 1st ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2003. P:93. [In Persian].
39. Arzani MA. *Mofarreh al-Gholoub*. Investigation and correction by Nazem I. Tehran: Al-Maei; 2012. Vol.2, P:401-4. [In Persian].
40. Aghili Alavi Shirazi MH. *Kholasat al-Hikmah*. 1st ed. Qom: Ismailian; 2006;2:894-902.[In Persian].
41. Anwar HM. *Tohfat al-Asheghin*. Tehran: Institute of Medical History, Islamic Medicine and Complementary Studies, Iran University of Medical Sciences; 2008. P:25, 30, 65-70. [In Persian].
42. Al-Razi M. *Al-Havi fi-al Tibb*. 1st ed. Beirut: Dar al-Ehya al-Turath al-Arabi; 1422 AH. Vol.3, P:156,166,360-96. [In Arabic].
43. Al-Zahrawi Kh. *Al-Tasrif*. 1st ed. Kuwait: Muasisih al-Kuwait Le al-Taghaddam al-Elmi, Department of Scientific Culture; 2004. P:829-30.[In Persian].
44. Tansaz M, Adhami S, Mokaberinejad R, Namavar Jahromi B, Atarzadeh F, Jaladat AM. An overview of the causes and symptoms of male infertility from the perspective of traditional Persian medicine. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;18(182):11-7.
45. Akhtari E, Bioos S, Sohrabvand F. Infertility in Iranian traditional medicine from Hakim Mohammad Azam Khan point of view. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015;18(148):18-23.

46. Raisi F, Arian B. Sexual dysfunction: A comprehensive study of psychiatric Iran. Printing: 1st ed. Tehran: Tehran University of Medical Sciences Publication; 2009. P:225-40. [In Persian].
47. Darvish-Mofrad-Kashani Z. Explanation of low sexual desire according to Iranian traditional medicine and the effect of product of *Melissa officinalis* on improvement female sexual desire [Dissertation]. Tehran: Shahed University; 2017.
48. Christensen BS, Grønbaek M, Pedersen BV, Graugaard C, Frisch M. Associations of unhealthy lifestyle factors with sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark. *The Journal of Sexual Medicine*. 2011;8(7):1903-16.
49. Esposito K, Giugliano D. Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction. *International Journal of Impotence Research*. 2005; 17(5):391-8.
50. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. Obesity and sexual dysfunction, male and female. *International Journal of Impotence Research*. 2008; 20(4): 358-65.
51. Akhtari E, Sohrabvand F. A new way to understand healthy sexual life. *Traditional and Integrative Medicine*. 2016 Dec12:160-5.
52. Akhtari E, Sohrabvand F. To increase health of intercourse with Iranian traditional medicine. *History of Medicinal Journal*. 2012;5 (14): 97-111.
53. Hollingsworth M, Berman J. The role of androgens in female sexual dysfunction. *Sexuality, Reproduction and Menopause*. 2006; 4(1):27-32.
54. Darvish-Mofrad-Kashani Z, Zafarghandi N, Emaratkar E, Hashem-Dabaghian F, Emadi F, Raisi F, et al. Effect of *Melissa officinalis* (Lemon balm) on sexual dysfunction in women: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. 2018;17(Suppl):89-100.
55. Akhtari E, Raisi F, Keshavarz M, Hosseini H, Sohrabvand F, Bioos S, Kamalinejad M, Ghobadi A. *Tribulus terrestris* for treatment of sexual dysfunction in women: Randomized double-blind placebo-controlled study. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*. 2014;22(1):1-6.
56. Modabbernia A, Sohrabi H, Nasehi AA, Raisi F, Saroukhani S, Jamshidi A, et al. Effect of saffron on fluoxetine-induced sexual impairment in men: Randomized double-blind placebo-controlled trial. *Psychopharmacology*. 2012;223(4):381-8.
57. Akbarzadeh M, Zeinalzadeh S, Zolghadri J, Mohagheghzadeh A, Faridi P, Sayadi M. Comparison of *elaegnus angustifolia* extract and sildenafil citrate on female orgasmic disorders: A randomized clinical Trial. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2014;15(4):190.
58. Kashani L, Raisi F, Saroukhani S, Sohrabi H, Modabbernia A, Nasehi AA, Jamshidi A, Ashrafi M, et al. Saffron for treatment of fluoxetine-induced sexual dysfunction in women: Randomized double-blind placebo-controlled study. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. 2013;28(1):54-60.