

عوارض پیشگیری از بارداری

سلامت جنسی و بارداری



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سلامت جنسی و باروری عوارض پیشگیری از بارداری

مؤلفان: دکتر شهیده جهانیان سادات محله
دانشیار بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
دکتر سیده سعیده موسوی- استادیار بهداشت باروری،
دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس
محبوبه امیدی- دکتری خانواده و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد

ویراستار: مریم علوی

ویراستار محتوایی: دکتر صابر جباری فاروجی، دکتر بیتول نامجو
دکتر زهرا طاوولی، سبحان ابراهیم پور، فرحناز باباپور

سال: ۱۴۰۴

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره جوانی جمعیت



معاونت بهداشت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



مرکز جوانی جمعیت
سلامت خانواده و مدارس
اداره سلامت مادران



۱	سخن آغازین
۳	فلسفه زوجیت
۹	فصل اول: آشنایی با دستگاه تناسلی زنان و مردان
۲۷	فصل دوم: رضایت از رابطه جنسی و تفاوت زن و مرد در این موضوع
۳۷	فصل سوم: تفاوت‌های روانشناختی زن و مرد در رابطه جنسی
۶۵	فصل چهارم: عوامل مؤثر در رابطه جنسی (زمان، مکان، بارداری)
۱۰۳	فصل پنجم: تغذیه و رابطه جنسی
۱۱۷	فصل ششم: طب ایرانی در روابط زناشویی
۱۳۳	فصل هفتم: شب زفاف
۱۴۷	فصل هشتم: عوامل ممنوع در رابطه جنسی
۱۶۵	فصل نهم: مزایای حاملگی و فرزندآوری از منظر سلامت
۱۷۳	فصل دهم: عوارض جلوگیری از بارداری
۱۹۳	فصل یازدهم: نحوه مدیریت بارداری در دوره عقد
۱۹۹	فصل دوازدهم: عوارض جسمی، روحی و روانی تأخیر در فرزندآوری
۲۱۱	فصل سیزدهم: علل زمینه ساز ناباروری
۲۱۹	فصل چهاردهم: غربالگری جنین و آثار آن
۲۲۵	فهرست منابع

سخن آغازین

انسان در تحولات رشدی خویش، با آغاز دوره جوانی هماهنگ با نظام زوجیت در جهان هستی خود را نیازمند نیمه مکمل خود می‌یابد از این رو به ازدواج رومی‌آورد. ازدواج و تشکیل خانواده برای همسران کارکردهای ارزشمندی همچون تکامل شخصیت، ایجاد آرامش روانی، پاسخ صحیح به نیازهای جنسی و در نتیجه بهره‌مندی از نشاط، کامل شدن ایمان و کسب اعتبار اجتماعی به همراه دارد. کارکرد اجتماعی ازدواج نیز فراوان است از جمله: توسعه امنیت اجتماعی در راستای تنظیم رفتارهای جنسی، پیشرفت اقتصادی به دلیل تقویت انگیزه متأهلان برای اشتغال، بهبود روابط اجتماعی به جهت گسترش جامعه‌پذیری افراد در کانون خانواده و مهم‌تر از همه آنکه خانواده کانونی است که در آن ارزش‌های اخلاقی و فرهنگی جامعه از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد و تمدن آن جامعه رشد و تکامل می‌یابد.

آنچه با عنوان کارکردهای ازدواج مطرح شد زمانی حاصل می‌شود که زن و شوهر نسبت به زندگی مشترک و روابط مطلوب بین خود دانش و بینش صحیح پیدا کرده باشند و در این راستا مهارت‌های لازم را آموخته و به کار بندند. از این رو برای تقویت دانش مورد نیاز زوج‌های جوان، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت در سال

۱۴۰۰ دستگاه‌های مختلف را مکلف کرده تا آموزش‌های متنوعی را ارائه دهند و در ماده ۳۸ آن «وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شده در چهارچوب مصوبات شورای عالی انقلاب فرهنگی آموزش‌های حین ازدواج را به تمامی زوجین اعم از دانشجو و غیر دانشجو ارائه دهد» و «دفاتر ثبت ازدواج هم موظف به دریافت گواهی دوره‌های آموزشی حین ازدواج، موضوع این ماده از زوجین، قبل از تحویل سند رسمی ازدواج هستند.»

از این رو وزارت بهداشت برنامه جامع آموزشی را با عنوان آموزش‌های هنگام ازدواج تهیه کرده است که در ۴ سرفصل با عناوین: ((اخلاق، احکام و حقوق زوجین، حرمت و قبح سقط جنین))، ((سلامت جنسی و باروری، عوارض پیشگیری از بارداری))، ((مهارت‌های زندگی خانوادگی)) و ((فرزندآوری و فواید بارداری)) به تمامی زوجین ارائه می‌گردد.

آنچه پیش رو دارید منبع کمک آموزشی ویژه مربیان آموزش‌های هنگام ازدواج است. امید است که با خدمات آموزشی مربیان ارجمند و با راهنمایی و نظرات محققان فرهیخته، زمینه رشد و تعالی این آموزش‌ها فراهم شود. در پایان از زحمات نویسندگان محترم کتاب، دکتر شهیده جهانیان سادات محله (دانشیار بهداشت باروری دانشگاه تربیت مدرس مسئول کارگروه سلامت دبیرخانه ستاد ملی جمعیت)، دکتر سیده سعیده موسوی (استادیار بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس) و محبوبه امیدی (دکتری خانواد و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد) و مدیریت اجرایی خانم زهرا آیت‌اللهی و همکاری معصومه حق‌پرست جهت به ثمر رسیدن این منبع آموزشی تقدیر و تشکر می‌شود.

دکتر صابر جباری فاروجی

رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فلسفه زوجیت

خداوند حکیم نظام خلقت را بر مبنای زوجیت آفریده است به نحوی که ریزترین ذرات یعنی اتمها و تا بزرگترین آفریده ها بر مدار زوجیت رشد و تکامل خود را سپری می نمایند. جهان هستی بر مدار زوجیت آفریده شده و اداره می شود. در این بین انسان به عنوان اشرف مخلوقات نیز از این حکمت الهی مستثنی نبوده بلکه نسل بشری اگر بخواهد به نهایت رشد و تکامل مادی و معنوی خود دست یابد می بایست زوجیت را تجربه کند. به همین دلیل است که دین مبین اسلام و اغلب مطالعات روانشناختی و اجتماعی بر ازدواج تاکید ویژه ای دارند.

زوجیت یعنی آمیختگی در تمامی لایه های جسمی، روحی و روانی و رفتاری دختر و پسر پس از ازدواج. در مقابل زوجیت، فردیت وجود دارد یعنی دختر و پسر می توانند ازدواج کنند اما بر مدار فردیت زندگی کنند. مثال خوبی برای زوجیت حل شدن قند در آب است. قبل از حل شدن دو ماده متفاوت وجود دارد که از نظر فیزیکی و شیمیایی شبیه هم نیستند اما پس از حل شدن ماده جدیدی به نام شربت تشکیل می شود که نه آب است و نه قند اما هر جزیی از این شربت را جدا کنیم هم آب دارد و هم قند. مثال خوبی برای فردیت کنار هم قرارگیری آب و نفت است. در ادامه با برخی ابعاد زوجیت به صورت گذرا اشاره می شود:

۱. زوجیت به مثابه یک نظام پیچیده

زوجیت، فراتر از یک قرارداد اجتماعی، پدیده ای چندبعدی است که ابعاد فلسفی، روانشناختی و جامعه شناختی را در هم می آمیزد. از منظر فلسفه ی اخلاق (MacIntyre, ۱۹۸۴)، زوجیت به عنوان فضایی برای تحقق فضیلت های انسانی مانند تعهد، همدلی و گذشت تعریف می شود. در عین حال،

روانشناسی تکاملی (Buss, ۲۰۱۶) آن را نتیجه‌ی سازوکارهای بقا و انتقال ژن‌ها می‌داند. این تنوع دیدگاه‌ها نشان می‌دهد که زوجیت همزمان یک انتخاب فردی و یک ضرورت جمعی است.

۲. ابعاد فلسفی زوجیت

- هستی‌شناسی رابطه: هایدگر (۱۹۲۷) رابطه‌ی زوجین را نمونه‌ای از "بودن-با-دیگری" (Mitsein) می‌داند که در آن هویت فردی در تعامل با دیگری تکمیل می‌شود.

- اخلاق مراقبت (Noddings, ۱۹۸۴): زوجیت تجلی اخلاقی است که بر پایه‌ی مسئولیت متقابل و توجه به نیازهای طرف مقابل شکل می‌گیرد.

- نظریه‌ی عشق (Sternberg, ۱۹۸۶): مثلث عشق (صمیمیت، اشتیاق، تعهد) چارچوبی برای تبیین فلسفه‌ی پیوند زوجین ارائه می‌دهد.

۳. زوجیت از دیدگاه علوم اجتماعی

- کارکردگرایی (Parsons, ۱۹۵۱): زوجیت به عنوان واحد پایه‌ی جامعه، نقش تثبیت ساختارهای اجتماعی و اجتماعی‌سازی فرزندان را ایفا می‌کند.

- نظریه مبادله اجتماعی (Homans, ۱۹۵۸): رابطه‌ی زوجین بر اساس تعادل هزینه-پاداش تحلیل می‌شود. اگرچه این نگاه ممکن است کاهشی‌گرایانه به نظر برسد، اما اهمیت عدالت رابطه‌ای را برجسته می‌سازد (Walster et al., ۱۹۷۸).

۴. روانشناسی زوجیت

- دلبستگی بزرگسالان (Bowlby, ۱۹۶۹): سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی، مضطرب) کیفیت روابط زوجین را پیش‌بینی می‌کنند.

- نظریه سیستم‌های خانواده (Bowen, ۱۹۷۸): زوجیت جزئی از یک سیستم بزرگتر است که در آن تفکیک نفس (Differentiation of Self) شرط سلامت رابطه است.

۵. چالش‌های معاصر

- فردگرایی مدرن (Giddens, ۱۹۹۲): تنش بین استقلال فردی و وابستگی متقابل یکی از چالش‌های زوجیت در عصر حاضر است.

- تأثیر فناوری (Turkle, ۲۰۱۵): کاهش ارتباطات عمیق چهره‌به‌چهره، نیاز به بازتعریف صمیمیت را ایجاد کرده است.

۶. نتیجه‌گیری: زوجیت به مثابه سفر معنوی

زوجیت، اگرچه ریشه در نیازهای زیستی دارد، اما در سطحی بالاتر به فرصتی برای رشد متقابل تبدیل می‌شود. همان‌طور که ویکتور فرانکل (۱۹۴۶) اشاره می‌کند، معنا در روابط عمیق از طریق فراتر رفتن از خود محقق می‌شود.

فصل اول

آشنایی با دستگاه
تناسلی زنان و مردان

اندام‌های تناسلی چند ماه قبل از تولد در دوران جنینی تشکیل می‌شود و تا زمان بلوغ، اندام‌های جنسی پیام‌هایی را از غده هیپوفیز (غده‌ای کوچک در پایه مغز)، دریافت می‌کنند. گفتنی است این غده نقش اساسی در کنترل کارکرد غدد جنسی بیضه و تخمدان دارد. این پیام‌ها به صورت ماده شیمیایی، یعنی هورمون جنسی از طریق جریان خون بر دیگر بخش‌های بدن تأثیر می‌گذارند. البته غده هیپوفیز هم به وسیله قشر مغز و غده هیپوتالاموس فرماندهی می‌شود؛ بنابراین تفکرات و احساسات ما تا حدی به طور غیرمستقیم بر ترشح هورمون‌های جنسی تأثیر می‌گذارند.

اساسی‌ترین تفاوت میان زن و مرد، تمایز دستگاه تناسلی آنها از یکدیگر است که خود خاستگاه تفاوت‌های بسیار دیگری است و از جنس آدمی، دو نوع متمایز با ویژگی‌های جسمی و روانی مختلف پدید می‌آورد. رفتار جنسی زن و مرد و نوع تمایلاتشان، تفاوت‌های اساسی دارد و منشأ تفاوت در احکام جنسی میان زن و مرد در شرع اسلام را باید در همین تفاوت‌های طبیعی جست. اینک برای روشن شدن اختلاف‌های تکوینی و طبیعی میان زن و مرد، به برخی از این تفاوت‌ها اشاره می‌کنیم و نظریات گوناگونی که در جهان علم جدید در خصوص تفاوت‌های زن و مرد مطرح است ارائه می‌کنیم:

تفاوت‌های جنسی زن و مرد

۱. سلول جنسی (اسپرم و تخمک) در دو جنس از نظر شکل، اندازه، تعداد، تحرک و عمر از هم متمایزند. زن در طول دوران باروری حدود ۴۰۰ تخمک تولید می‌کند، حال آن که در هر بار انزال مرد به طور میانگین ۴۰۰ میلیون اسپرم وجود دارد. سلول جنسی زن تنها کروموزوم جنسی X دارد، ولی اسپرم‌ها دارای دو نوع X و Y هستند و جنسیت جنین بسته به این که کدام یک از

اسپریم‌های مرد با تخمک لقاح کند، معین می‌شود و زن در پسر یا دختر شدن نطفه نقش چندانی ندارد.

۲. بلوغ جنسی به طور معمول در جنس زن زودتر از مرد رخ می‌دهد، و صفات ثانویه جنسی در دختران حدود ۲ سال زودتر از پسران پدید می‌آید.

۳. توان باروری مرد بسیار بیشتر از زن است و تا سنین بالا می‌تواند ادامه یابد، اگر چه این توان باروری به معنی باروری بدون مشکل نیست. زیرا بین سن بالای مرد و اختلالات شکلی اسپرم و ناباروری ارتباط معنی دار وجود دارد، از سوی دیگر باروری زن در حدود ۵۰ سالگی پایان می‌یابد. اگر چه اصل اولیه، توصیه موکد به همه دختران و پسران، ازدواج به هنگام و بارداری زودهنگام است، ولیکن هم اکنون بارداری‌های بعد از سن ۴۰ سالگی هم در زنان دنیا رو به افزایش است و نگرانی‌های پیشین را به همراه ندارد.

۴. در مراحل مختلف آمیزش جنسی: مرحله تحریک، میل به جنس مخالف، مرحله تهییج و استمرار شهوت، مرحله اوج لذت جنسی و نیز ارضای جنسی و فروکش نمودن شهوت، میان زن و مرد تفاوت‌هایی وجود دارد. میل جنسی مرد شدیدتر از زن است و جنبه شهوانی بیشتری دارد. زن برای آمیزش به عوامل روانی، احساسی، ذهنی و فیزیکی نیازمند است. توان آمیزش در مرد با انزال پایان می‌یابد ولی در زن می‌تواند تا دو یا چند بار تکرار شود.

۵. در دستگاه تولید مثل زن تغییرات هورمونی و نوسان آنها و تأثیر هورمون‌ها بر مغزو دیگر اندامها به ویژه در اعضای تناسلی، پدیده‌هایی چون قاعدگی، حاملگی، زایمان، شیردهی و یائسگی را پدید می‌آورد، و بر جسم و روان، رفتار و فعالیت زن تأثیر می‌گذارد.

اندام‌های جنسی مرد

اندام‌های جنسی مرد به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند.

بخش داخلی دستگاه تناسلی مردان

مجرای اسپرم‌بر: لوله بلندی است که از محدوده بیضه و داخل لگن تا پشت مثانه امتداد می‌یابد. مجرای اسپرم‌بر، اسپرم بالغ را به کیسه‌های تولید کننده منی منتقل می‌کند تا برای انزال آماده شوند.

کیسه‌های تولید کننده منی: یک جفت کیسه گرد که بخش قابل توجهی از مایع سازنده منی را ترشح می‌کنند و به مجرای اسپرم‌بر در نزدیک قاعده مثانه متصل می‌شوند.

غده پروستات: عضوی تقریباً به اندازه گردو کوچک است که دقیقاً زیر مثانه و جلو مقعد قرار گرفته و به عنوان عضو باروری و جنسی عمل می‌کند. این غده مایعی را ترشح و ذخیره می‌کند که جزئی از منی است. پروستات در برخی از افراد به عنوان یکی از اعضای حساس در تماس‌های جنسی است. مجرای ادرار دقیقاً از وسط پروستات رد می‌شود. بنابراین پروستات کاملاً دور مجرای ادرار را فرا گرفته است. عضله‌ای در پایین این غده هست که از خروج ادرار هنگام انزال جلوگیری می‌کند.

بخش خارجی دستگاه تناسلی مردان

اندام‌های جنسی	نحوه عملکرد
آلت تناسلی (پنیس)	- مسیر خروج ادرار و مایع منی - عضو اصلی است که لذت جنسی ایجاد می‌کند (پایانه‌های عصبی زیادی دارد). - اندازه آن در حالت طبیعی در حدود ۱۰-۷ سانتی متر و در حالت تحریک (نعوظ) ۱۸-۱۲ سانتی متر است.
اسکروتوم (کیسه بیضه)	- کیسه عضلانی است که دما را کنترل می‌کند. - در سرما کوتاه و در گرما بلندتر می‌شود. - بیضه‌ها را در بر می‌گیرد. - در تأمین لذت جنسی نقش دارد. - لمس کیسه بیضه در طی عمل جنسی، می‌تواند منشا لذت جنسی باشد.
بیضه	- بیضه‌ها به طور متوسط ۴ تا ۵ سانتی متر طول و ۵/۲ سانتی متر عرض دارند. - اسپرم و هورمون‌های جنسی (آندروژن‌ها و تستوسترون) تولید می‌کند. - هر کدام از حدود ۴۵۰-۱۵۰ متر لوله سخت به هم پیچیده تشکیل شده است.
مایع منی (سپمن)	- باعث حرکت بهتر و طول عمر اسپرم می‌شود. - حجم آن در یک انزال به اندازه حجم یک سرنگ ۲ الی ۵ میلی لیتر می‌باشد. - در زمان ارضا (اوج کاشش)، مایع منی به طور ریتمیک و با فشار به بیرون میریزد. - منی، مایعی سفید مایل به خاکستری است که دارای بوی مخصوصی است (بوی شکوفه خرما). مایع منی در شرایط عادی کاملاً استریل است و ماهیت قلیایی دارد. - تنها ۱۰ درصد مایع منی اسپرم است. بقیه حاوی مواد مغذی مانند پروتئین، کربوهیدرات، آنزیم و ویتامین است.
اسپرم	- سلول بارورکننده مردانه است که از زمان بلوغ تا مرگ در بیضه‌های مرد تولید میشود و برای بالغ شدن به ۲/۵ ماه زمان نیاز دارد. در زمان انزال مرد، ۵-۲ میلی لیتر مایع منی خارج می‌شود که حاوی ۶۰۰-۱۰۰۰ میلیون اسپرم است. برای باروری، تنها یک اسپرم از چند میلیون کافی است. - طول عمر اسپرم در بدن زن در شرایط ایده آل (موکوس سرویکال مغذی در دوره تخمک گذاری) تا ۵ روز و در موارد نادر تا ۷ روز و در محیط خارج از بدن (مثلاً محیط توالت) ۳ ساعت است.

اندام‌های جنسی زن

در زمان به‌وغ در دختران دو هورمون اصلی استروژن و پروژسترون ترشح می‌شوند که منجر به تکامل اندام‌های تناسلی می‌شود. اندام‌های جنسی باروری زن عبارتند از اعضای که در فعالیت‌های جنسی، بارداری و زایمان دخالت دارند. بخشی از این اعضا در داخل لگن قرار دارد که قابل مشاهده نیست و بخش دیگر در بدن قابل دیدن هستند. به عبارت دیگر اندام‌های جنسی زن به دو دسته داخلی و خارجی تقسیم می‌شوند.

دستگاه تناسلی خارجی زن

برجستگی عانه: برآمدگی‌ای از بافت چربی است که استخوان عانه را می‌پوشاند و در ایجاد لذت جنسی نقش کمی دارد. لب‌های بزرگ: بافتی پوستی که از اندام‌های داخلی‌تر در برابر اجسام خارجی محافظت می‌کند و خارجی‌ترین قسمت دستگاه تناسلی خارجی می‌باشند. لب‌های بزرگ نیز جزو بخش‌های حساس دستگاه تناسلی خانم‌ها به شمار می‌آیند. البته حساسیت آن‌ها در مقایسه با برخی از بخش‌های دیگر دستگاه تناسلی خانم‌ها کمتر است.

لب‌های کوچک: این بافت از دهانه مهبل و مجرای ادرار محافظت می‌نماید و درون لب‌های بزرگ قرار دارند. اگر لب‌های بزرگ کنار زده شوند، لب‌های کوچک دیده می‌شوند. لب‌های کوچک نیز از بخش‌های حساس دستگاه تناسلی بوده و در تحریک جنسی نقش موثری ایفا می‌کنند. نقش تحریک‌کنندگی لب‌های کوچک به مراتب از نقش تحریک‌کنندگی لب‌های بزرگ بیشتر و مؤثرتر است. با کنار زدن لب‌های کوچک دو سوراخ با اندازه‌های متفاوت،

مجرای خروجی ادرار (سوراخ کوچکتر، بالا) و مجرای تناسلی و زایمان (سوراخ بزرگ تر، پایین) دیده خواهند شد.

تاژک، فنج یا کلیتوریس: یک اندام حساس، نرم و انعطاف پذیر در بالای دهانه واژن و محل رسیدن لب‌های کوچک به همدیگر است. این عضو تأثیر مستقیم بر باروری نداشته ولی قسمت مهمی از دستگاه تناسلی خانم‌ها برای تحریک و اوج کامش است. در واقع کلیتوریس مهم‌ترین بخش اندام تناسلی خانم‌ها برای رسیدن به اوج کامش است. کلیتوریس در خانم‌ها معادل آلت تناسلی مردان بوده و منشا تحریکاتی است که می‌تواند منجر به اوج کامش شود. تحریک این عضو در زمان تماس جنسی باعث ترشح در برخی از اندام‌های تناسلی داخلی می‌شود. شایان ذکر است که بیشترین تعداد اعصاب تحریک کننده جنسی خانم‌ها در این عضو قرار دارند.

دهانه مجرای خروج ادرار: سوراخ کوچکتری که پس از کنار زدن لب‌های کوچک در بالا دیده خواهد شد. این دهانه مجرای خروج ادرار است.

دهانه مهبل/واژن: جایی است که خون قاعدگی از آن خارج می‌شود. آلت تناسلی مرد هنگام تماس جنسی وارد آن می‌شود و جنین هنگام تولد از آن بیرون می‌آید. این سوراخ بزرگتر است و پس از کنار زدن لب‌های کوچک دیده خواهد شد. این دهانه قابلیت باز شدن تا ۱۰ سانتی متر در هنگام زایمان و تولد نوزاد را دارد.

پرده بکارت

هایمن یا پرده بکارت، غشا نازک مخاطی است که در قسمت انتهایی مدخل واژن قرار دارد. یک مورد در هزار مورد می‌تواند بطور مادرزادی فاقد پرده بکارت باشد. با توجه به محدود بودن عروق تنها در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد در صورت پاره شدن پرده بکارت خونریزی رخ می‌دهد. قطر سوراخ پرده بکارت، از حد سرسوزن تا ابعادی که ورود نوک یک یا دو انگشت را امکان پذیر می‌سازد متغیر است.

انواع پرده بکارت بر اساس شکل منفذ هایمن

۱. پرده بدون منفذ: imperforate hymen

پرده بکارت بدون سوراخ شایع ترین ضایعه انسدادی در دستگاه تناسلی زنان و یک دهم تا یک صدم درصد بروز می‌کند. هر چند برخی مواقع در زمان تولد بدلیل تجمع موکوس واژن تشخیص داده می‌شود ولی غالباً بعد از شروع علائم بلوغ با تجمع خون در واژن و رحم تشخیص داده می‌شود.



۲. پرده بکارت با منفذ بسیار کوچک:

microperforate hymen/ pinhole hymen

در این نوع هایمن منفذ پرده بکارت بسیار کوچک است. با شیوع یک مورد در هزار مورد که باعث یک انسداد ناقص در دستگاه تناسلی زن می‌گردد (به دلیل تخلیه ضعیف خون قاعدگی). با توجه به شدت ناهنجاری، هایمن میکرو پرفوریت می‌تواند باعث دیسمنوره‌های شدید، عفونت‌های ادراری مکرر، ترشحات واژینال بدبو اختلال در شروع روابط جنسی گردد. لذا با توجه به عوارض طولانی مدت روانی، جنسی و سلامت باروری نیاز به استفاده از تکنیک‌های جراحی جهت متسع کردن منفذ هایمن وجود دارد. در این موارد نیز توصیه می‌شود قبل از هرگونه اقدام به جراحی، معاینه و صدور گواهی سلامت در یک مرکز معتبر از نظر پزشکی قانونی صورت گیرد. در این موارد فرد با مراجعه به پزشکی قانونی با اخذ گواهی دال بر پرده بدون سوراخ و لزوم جراحی و شکافتن پرده بکارت اقدام به تعبیه سوراخ یا شکاف بر روی پرده و رفع نقص خود می‌نمایند.



۳. پرده بکارت حلقوی: Anular

در این نوع هایمن پرده بکارت دور تا دور مدخل واژن مشاهده می‌شود و سوراخ وسط آن می‌تواند به شکل مثلث، دایره، بیضی و باشد. اینگونه پرده‌های بکارت هرچند ممکن است بدلیل قابل اتساع بودن هنگام نزدیکی واژینال دچار پارگی و خونریزی نشوند ولی این مسئله عمومیت ندارد. احتمال عدم خونریزی پرده‌های حلقوی مانند سایر انواع معمول پرده با توجه به قابلیت اتساع، قطر متفذ و طول لبه هایمن می‌تواند در ۴۰ تا ۵۰ درصد موارد وجود داشته باشد. وجود این نوع پرده بکارت است که در شب زفاف مردان را به علت ندیدن خون و یا عدم احساس مانع، بر بکارت زنان مشکوک می‌سازد. اظهار نظر درباره سابقه دخول در این مورد بسیار مشکل است و با توجه به تفاوت های فردی در مواردی غیر ممکن می‌باشد. آنچه مسلم است با دقت در لبه آزاد پرده بکارت و استفاده از بزرگنمایی می‌توان علائم خونمردگی یا خراشیدگی خفیفی را مشاهده نمود.



۴. پرده بکارت نوع هلالی:

Lunnar Hymen/Cersentric Hymen

در این مورد پرده بکارت به صورت حلقوی در نیمه خلفی و به ندرت در نیمه قدامی دهانه واژن قرار دارد و گاهی نیز ممکن است پرده هلالی در نیمه راست یا چپ دهانه مهبل قرار گیرد. در این شکل از پرده بکارت در صورت قابل اتساع بودن نیز مانند پرده‌های حلقوی، امکان دارد دخول واژینال بدون خونریزی یا آثار واضح دیگر مانند پارگی، سائیدگی یا خونمردگی صورت گیرد.



۵. پرده بکارت نوع غربالی یا مشبک:

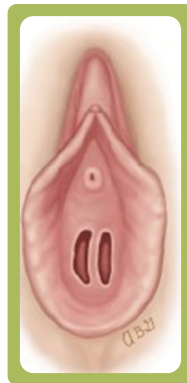
Fenestrat Hymen & Cribriform Hymen

در این پرده بکارت سوراخ‌های ریز و متعدد وجود دارد به طوری که منظره غربال می‌دهد، این نوع هایمن ممکن است با اشکال در دخول واژینال همراه باشد و در صورت مقاربت معمولاً پارگی‌های واضح و خونریزی شدید دارد.



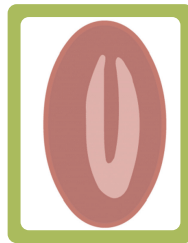
۶. پرده بکارت نوع پل دار: Septate Hymen

سوراخ پرده بکارت در این نوع بوسیله نواری از جنس خود پرده به دو بخش تقسیم می‌شود. این نوع پرده در حدود یک و نیم تا پنج درصد دختران دیده می‌شود و معمولاً تا این نوار پاره نشود دخول ممکن نیست ولی گاهی یکی از این سوراخ‌ها به قدری وسیع است که، دخول از آن انجام می‌گیرد بدون آن که به نوار مزبور آسیبی وارد شود، در این مورد نیز پزشکان باتجربه می‌توانند وقوع دخول واژینال را مشخص نمایند. به همین دلیل نمی‌توان دست نخورده بودن پل هایمن را دلیل عدم دخول دانست، در این مورد نیز معاینه با انگشت و بررسی پرده رینگ می‌تواند کمک کننده باشد. در این نوع پرده لازم است با استفاده از یک سواپ پرده پل دار را از واژن سیتوم دار تشخیص افتراقی داد.



۷. پرده بکارت نوع زبانه دار: Subseptate Hymen

زبانه در حقیقت پل ناکامل است که از یک طرف پرده بکارت شروع می‌شود ولی پس از طی قسمتی رشد آن متوقف مانده و به طرف مقابل می‌رسد. از اشکال نادر این نوع از پرده‌های بکارت پرده دو زبانه‌ای است که از دو سوی پرده بکارت به طرف هم آمده ولی به هم نمی‌رسند، این نوع ممکن است با پرده‌های پل دار پاره شده اشتباه شود، پزشکان قانونی با مشاهده جوشگاه در لبه آزاد پل پاره شده و دست خوردگی مخاط مهبل و عدم وجود این آثار در پرده‌های دو زبانه به بکارت یا عدم بکارت آنان پی می‌برند.



۸. پرده بکارت دندانه دار: Dentate Hymen

این نوع هایمن از نظر شکل شبیه پروه بکارت حلقوی می باشد ولی در لبه خود دارای دندانه های متعدد و فرورفتگی هایی کم عمق له شکل U یا V می باشد که فرورفتگی های بین دندانه ها ممکن است با سائیدگی پرده بکارت اشتباه شود.



۹. پرده بکارت کنگره دار: Fembrated Hymen

این نوع هایمن دارای شکاف های طبیعی کم و بیش متقارن و عمیق است. این شکاف ها معمولا به جدار واژن نرسیده و مانند هایمن دندانه دار. لبه های این شکاف ها به هم نمی رسند یعنی کمبود نسجی بین آنها وجود دارد همانند پرده های حلقوی و مثلثی هستند ولی دارای فرورفتگی هایی می باشند بسیار عمیق که گاهی تا کناره مهبل ادامه می یابد و امکان دارد با پارگی عمیق و کامل پرده بکارت اشتباه گرفته شود.



۱۰. پرده بکارت نعل اسبی: Horseshoe Hymen
در این حالت پرده بکارت به صورت هلالی است که دو انتهای آن به مقدار زیادی به سمت بالا کشیده شده است و نمایی شبیه نعل اسب دارد.

۱۱. پرده بکارت دولتی یا لب دار: Labiformis Hymen
این نوع هایمن به شکل دو لب می باشد که در دو طرف به جدار واژن متصل است و دو انتهای آنها در بالا و پایین به هم متصل شده است. اتصال پایینی در بعضی اشکال خیلی باریک و ظریف بوده و ممکن است در این موارد تشخیص پارگی و یا سالم بودن هایمن ممکن است مشکل باشد.

۱۲. پرده بکارت آستین شکل: Sleeve-like Hymen/ Redundant
پرده بکارت آستین شکل دارای غشا ضخیم در دور تا دور مدخل مهبل بوده و به نظر می رسد، روی خود مانند لبه آستین لوله شده و چین خورده است. در برخی موارد ممکن است بیرون زدگی داشته باشد بدلیل ضخامت ، این نوع پرده ممکن است باعث بروز دیسمنوره و دیس پارونیا گردد.

دستگاه تناسلی داخلی زن

اندام‌های جنسی	نحوه عملکرد
رحم	■ دیواره‌های عضلانی با لایه داخلی به نام آندومتر و دارای دهانه به نام سرویکس؛ به آن زهدان یا بچه دان هم گفته می‌شود. ■ محل جایگزینی و محافظت از جنین ■ محل تغذیه و دفع موارد زائد جنین از طریق جفت
دهانه رحم (سرویکس)	■ قسمت پایینی رحم ■ ترشحاتی تولید می‌کند تا حرکت و ورود اسپرم به داخل رحم را تسهیل نماید. ■ پلاک‌های مخاطی درست می‌کند تا در هنگام بارداری از ورود میکروب پیشگیری شود.
مهبل (واژن)	■ لوله‌ای روی هم خوابیده است. ■ مسیر خروج خون قاعدگی ■ ایجاد ترشحات برای نرمی مسیر و تسهیل حرکت اسپرم به جلو ■ کانال عبور و خروج جنین ■ حس لذت جنسی ایجاد می‌کند (در یک سوم تحتانی، پایانه‌های عصبی زیادی وجود دارد). ■ در حالت عادی طول آن در حدود ۷ و در حالت تحریک جنسی به ۱۲/۵ تا ۱۵ سانتی متر می‌رسد. خاصیت ارتجاعی دارد. ■ واژن به دلیل دیواره‌های ماهیچه‌ای، قادر است منبسط و منقبض شود و با اندازه‌های مختلف آلت تناسلی مرد منطبق گردد. ■ به جز نزدیک منفذ، واژن، پایانه حسی و عصبی نسبتاً کمی دارد، در نتیجه ۱/۳ تحتانی واژن به لمس و ۲/۳ فوقانی واژن به فشار حساس است.
نقطه جی	■ نقطه‌ای در قسمت میانی دیواره قدامی واژن بین سمفیز پوبیس و دهانه رحم وجود دارد که گاهی اوقات با فشرده شدن باعث تهییج جنسی می‌شود که نقطه جی نام دارد و نسبت به فشار عمیق حساس است. این نقطه تنها یک منطقه بیولوژیکی است و قابل لمس هم نیست. از نظر علمی هنوز اثبات نشده که آیا وجود این نقطه در همه زنان برای تحریک و یا لذت جنسی الزامی است؟! نقطه جی در تماس با آلت تناسلی مرد، باعث تحریک جنسی زن و یا اوج لذت وی می‌شود. (اندازه آلت تناسلی مرد با رضایت جنسی زنان ارتباط چندانی ندارد).

فصل دوم

رضایت از رابطه جنسی و
تفاوت زن و مرد در این موضوع

تعریف رضایت جنسی: به رضایت داشتن از برقراری رابطه موفق فیزیکی و نیز داشتن رضایت روانی از برقراری رابطه جنسی بین همسران گفته می‌شود که منجر به رسیدن به آرامش جسمی روحی است.^۱

مهمترین آثار رضایت جنسی

الف) آثار فردی

ارضای بهینه نیازهای جنسی و رضایتمندی حاصل از آن از عوامل موثر در سلامت جسم و روان است که از آثار فردی آن را می‌توان چنین برشمرد:

آثار جسمانی

سلامتی لازمه زندگی و عنصر کارآمد در بهره‌مندی از دیگر مواهب الهی است و بنا به تحقیقات علمی سلامتی بر تمام زندگی مخصوصاً زندگی جنسی انسان اثرگذار و این اثرگذاری دو طرفه است؛ یعنی هم سلامتی بر رضایت جنسی و هم رضایت جنسی بر سلامتی اثرگذار است؛ از این رو می‌توان گفت که رابطه جنسی و ارضای نیاز جنسی در حد اعتدال در جایگاه یکی از نیازهای فیزیولوژیک موجب سلامت انسان می‌شود. همچنین با ارضا نشدن غریزه جنسی فشارهای زیاد جسمی و روانی ناشی از آن در سلامت فرد اختلال ایجاد کرده، از توانمندی‌ها و خلاقیت‌های او می‌کاهد.^۲

به هر حال با توجه به تحقیقات صورت گرفته، بین سلامت عمومی همسران و رضایت جنسی آنان رابطه معناداری است و طبق پژوهش‌ها مشکلات روحی یا جسمی همسر موجب اختلالات جنسی می‌شود. تعادل وزن و

۱. عهبری، محمد؛ ناصحی، عباسعلی؛ رئیس، فیروزه؛ یحیوی، سید طه؛ گزیده سکسولوژی بالینی.

۲. ماهیان، آذر؛ نوحی، سیما، راهنمای کاربردی درمان اختلالات عملکرد جنسی.

تناسب اندام، تقویت ساختار ایمنی بدن، استواری عضلات و استخوان‌ها، سلامت پروستات، افزایش طول عمر و کاهش خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی از مهمترین آثار رضایت جنسی در سلامت است و تحقیقات نشان می‌دهد، بروز حملات قلبی در مردانی که رضایت جنسی را در زندگی زناشویی خویش تجربه کرده‌اند، کاهش محسوس یافته است. در زنان این موضوع سبب کاهش بروز سردردهای میگرنی، علائم سندروم قبل از قاعدگی و آرتрит‌های مزمن می‌شود.^۱

آثار روانی

بدون شک توجه به بعد روانی رابطه جنسی نقش بسیار مهمی در کسب رضایت جنسی دارد و رضایت جنسی هم تأثیرات بسیار مثبتی بر روح و روان بر جای می‌گذارد که در ادامه به مهمترین این آثار اشاره می‌شود.

۱- **سلامت روان:** مفهوم رضایتمندی از زندگی با سلامت روان مرتبط است و رضایتمندی نشان دهنده میزان ارضاء تمایلات و نیازهای اساسی انسان می‌باشد و نیز سلامت روانی همسران به احساس رضایتمندی از زندگی زناشویی‌شان وابسته است. در واقع رفتار جنسی سالم و رضایتمندی از زندگی با سلامت روان رابطه دارند. در صورت ارضا نشدن مناسب نیازهای فرد، شخص در حفظ ثبات جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی به اشکال دچار می‌شود و این مشکل ممکن است تأثیر منفی بر سلامتی وی گذاشته، پیامدهای جسمی و روانی به دنبال داشته باشد. مسلم است که ارضای نامناسب نیازهای جنسی نیز اثر نامطلوبی بر سلامت روانی خواهد داشت و چه بسا زوج‌هایی که نارسایی‌های جنسی دارند و از تأثیر آن نارساییها در ایجاد ارتباط ضعیف، اعتماد به نفس پایین و افسردگی در خود و همسرشان غافلاند. ازدواج به دلیل ایجاد تفاهم و همدلی بسیاری از نیازهای روحی

۱. رحمانی، اعظم و دیگران، ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در همسران.

انسان را تامین کرده موجب آرامش روحی و روانی او می‌شود.^۱

۲- شادمانی و دفع افسردگی: از مهمترین آثار روانی رضایت جنسی کاهش احتمال ابتلا به افسردگی و افزایش اعتماد به نفس به ویژه در مردان است. همچنین نشاط و شادابی، پیشگیری از بروز پرخاشگری و عصبانیت در زن و شوهر از دیگر آثار روانی رضایت جنسی است. در واقع از پیامدهای جدی نارضایتی جنسی در همسران افسردگی است که در بیشتر تحقیقات به آن اشاره شده است.

۳- نگرش مثبت به رابطه زناشویی: از آثار روانی دیگر رضایت جنسی ایجاد نگرش مثبت به رابطه زناشویی در میان همسران است. رضایت جنسی زنان با مهارت‌های زندگی مانند نگرش مثبت به رابطه جنسی مرتبط است و (همین رابطه مثبت را بین همسران در مهارت‌هایی چون داشتن اعتماد به نفس، عزت نفس، احساس شادکامی، نگرش مثبت و همدلی نشان می‌دهد).^۲

۴- برقراری عشق دوسویه: هرچند عشق پیوندی فراتر از شهوت و چیزی بالاتر از میل به روابط جنسی است اما رابطه جنسی همسران آنها را به برقراری عشق دو سویه قادر می‌سازد.

۵- تعدیل کننده ویژگی‌های شخصیتی: اثر مثبت دیگر رضایت جنسی بر روح و روان آدمی این است که ویژگی‌های شخصیتی فرد به تغییرات سازنده دچار شده و در نهایت، سبب تعدیل این ویژگی‌ها خواهد شد و تحقیقات نشان دهنده ارتباط رضایت جنسی با نقش تعدیل کنندگی ویژگی‌های شخصیتی است.^۳

۶- تقویت انگیزه جنسی: تحقیقات صورت گرفته گواه آن است که رضایت جنسی بر میل جنسی هر یک از همسران اثر مثبت گذاشته، سبب تقویت این میل می‌شود.

۷- تقویت اعتماد به نفس و عزت نفس: فرایندهای شناختی زیادی وجود

۱. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

۲. سید محمد صادق مهدوی و مریم نسیمی، بررسی جامعه شناختی رضایت زنان از مناسبات زناشویی.

۳. اکبرپور، سمیه، بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضایتمندی.

دارند که باعث افزایش عزت نفس و احساس ارزشمندی افراد می‌شود. دوست داشتن و تمجید شدن از عواملی هستند که عزت نفس را بالا می‌برند، این دو ویژگی در همسرانی که رضایت جنسی دارند و رابطه جنسی خوبی برقرار می‌کنند، به وفور یافت می‌شود، یعنی آنان با اظهار علاقه و عشق نسبت به همدیگر و با رعایت شرایط آمیزش آن را رضایتبخش می‌کنند و در نتیجه، یک دیدگاه مطلوب، نسبت به خود و دیگران پیدا می‌کنند و از تعارض و خودبینی خارج می‌شوند و به طرف واقعیت‌ها میل پیدا می‌کنند.^۱ پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رضایت جنسی زنان با داشتن اعتماد به نفس، عزت نفس، احساس شادکامی، نگرش مثبت و همدلی همراه است.^۲

ب) آثار اجتماعی و خانوادگی

انگیزه و میل جنسی همانند سایر انگیزه‌های بنیادین آدمی بخش جدایی ناپذیر ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی اوست و چگونگی ارضای این انگیزه نقش بسیار مهمی در سلامت فرد و اجتماع و دستیابی به آرامش و آسایش دارد. از پیامدهای آمیزش سالم و داشتن رضایت جنسی در بعد اجتماعی نیز می‌توان به پیشگیری از بروز اختلالات و انحرافات جنسی و کاهش آمار طلاق اشاره کرد. رضایت جنسی علاوه بر آثار فردی، آثار اجتماعی نیز دارد، اما با توجه به ارتباط بیشتر این آثار با خانواده در ادامه، این آثار به طور خاص بررسی خواهد شد.^۳

برخی آثار خانوادگی رضایت جنسی همسران عبارتند از:

۱- رسیدن به تفاهم فکری: از آثار مهم رضایت جنسی همسران دستیابی به تفاهم فکری و درک آن‌ها از یکدیگر و در نتیجه استحکام و تداوم زندگی

۱. پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان شناسی زن و مرد.

۲. مهدوی، سید محمد صادق؛ نسیمی، مریم، بررسی جامعه شناختی رضایت زنان از مناسبات زناشویی.

۳. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

مشترک است. تحقیقات نشان می‌دهد که روابط جنسی، شکل دهنده بخشی از ادراکات همسران از همدیگر و تداوم بخش ازدواج است. به بیان دیگر، رفتار جنسی از جنبه‌های اساسی در زندگی زناشویی و اجتماعی است. به ویژه برقراری رابطه جنسی صحیح از مهمترین عوامل تفاهم همسران است که نبود آن زمینه ساز بسیاری از مشکلات و ناسازگاری‌های خانوادگی خواهد شد و پیامدهای ناشی از آن به بروز خشم و پرخاشگری یا بی‌وفایی و خیانت برخی همسران می‌انجامد. نتایج برخی پژوهش‌های انجام شده در این باره وضعیت ناگواری را درباره برخی متاهلان نشان می‌دهد. بنابراین، بی‌توجهی به گزینه جنسی در بیشتر مواقع موجب اختلال در روابط زناشویی شده، بر سایر اعضای خانواده نیز اثر منفی می‌گذارد؛ تحقیقات نشان می‌دهد که رضایت پدر و مادر از زندگی زناشویی و روابط با یکدیگر نه تنها از استرس خانوادگی می‌کاهد بلکه حتی بر روابط فرزندان در محیط خارج از خانه نیز اثر می‌گذارد.^۱

۲- **انعطاف‌پذیری عاطفی:** در برخی تحقیقات به ارتباط رضایت جنسی با نگرش مثبت و صحیح به رابطه جنسی؛ انعطاف‌پذیری عاطفی در مقابل همسر و نقش تعدیل‌کنندگی ویژگی‌های شخصیتی بر رابطه «رضایت‌مندی زناشویی» و «رضایت جنسی» اشاره شده است.^۲ ایجاد صمیمیت در روابط عاشقانه از عوامل عاطفی اثرگذار در رضایت جنسی همسران روابط صمیمانه و عاشقانه آنهاست؛ اما رضایت جنسی همسران نیز صمیمیت و عشق را در میان آنها دوام می‌بخشد و در واقع، رابطه صمیمیت و رضایت جنسی دوسویه است.^۳

۳- **ثبات، استواری و تداوم زندگی مشترک:** رضایت‌مندی از رابطه جنسی از

۱. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

۲. اکبرپور، سمیه، بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضایت‌مندی.

۳. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

عوامل مهم رضایت از رابطه زناشویی و عمل جنسی رضایت بخش، عاملی برای تحکیم خانواده است و اهمیت خانواده نیاز دارد که زن و شوهر در پایداری این بنا نهایت سعی خود را به کار گیرند و با همان انگیزه که به تشکیل آن پرداختند، بر دوام آن نیز اصرار ورزند تا وحدت و پویایی این نهاد مقدس تا پایان حفظ شود.^۱

همسرانی که از رابطه جنسی موفق و سلامتی عاطفی، جسمانی و روانشناختی، برخوردار باشند، روابطشان با همدیگر و با فرزندان رضایت بخش است و این خانواده از استحکام و پویایی برخوردار خواهد بود. افزون بر اینکه فرزندان این خانواده سالم‌تر، پویاتر، موفق‌تر و از نظر روحی و جسمانی شاداب‌تر خواهند بود. تحقیقات ثابت کرده که اختلاف و تعارض زناشویی پدر و مادر موجب بزهکاری فرزندان شده است و نیز اختلاف والدین بر تحصیلات، روابط اجتماعی، همسراری، صمیمیت، اظهار محبت، تعارضات زناشویی و... در فرزندان تأثیر زیادی داشته است.^۲

۴- رضایتمندی از زندگی: تحقیقات نشان می‌دهند، افراد دارای رضایتمندی جنسی بالا در زندگی زناشویی نیز رضایتمندی بیشتری دارند. همچنین، کیفیت زندگی افراد دارای رضایت جنسی بالاتر، از دیگران بهتر است؛ پس در این کار نیز رابطه دوسویه است.^۳

۵- حفظ و تداوم رابطه جنسی: روابط جنسی مطلوب همسران زمینه ساز ارتباط‌های بعدی است و در واقع تجربه خوب جنسی، سبب حفظ و افزایش روابط جنسی می‌شود.

۶- همدلی: برآورد نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که از آثار رضایت جنسی ایجاد همدلی در میان همسران است. همدلی، «احساس تعلق، رابطه

۱. همان.

۲. پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان شناسی زن و مرد.

۳. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

عاطفی و ابراز آن از طریق کلام و رفتار) است که به صورت «رضایت از چگونگی روابط عاطفی با همسر» و «میزان درک یکدیگر در هنگام بروز غم و مشکلات» اندازه‌گیری می‌شود. برخی تحقیقات نشان می‌دهند که زنان بهتر می‌توانند احساسات دیگران را درک کنند و در مجموع، دو برابر مردان احساس همدلی می‌کنند. به کمک همدلی که نتیجه رضایت جنسی از همسر است آنها می‌توانند نیازهای خود و نیز انتقادهای جنسی خویش را در کمال آرامش مطرح سازند.^۱

روابط جنسی افزون بر تامین نیازهای جنسی و زیستی زوجین، نیازهای عاطفی آنان نیز را نیز تامین می‌کند؛ زیرا وقتی رابطه جنسی واقعی و عمیق برقرار می‌شود؛ در ضمن آن، رابطه عاطفی صمیمی نیز وجود دارد، وقتی همسران با همدیگر هم آغوش می‌شوند و تمایل به برقراری ارتباط جنسی پیدا می‌کنند، در کنار یکدیگر قرار گرفته و با اظهار علاقه و محبت یکدیگر را نوازش می‌کنند و نسبت به همدیگر اظهار عشق و علاقه‌مندی می‌کنند. این اظهار محبت و علاقه نقش زیادی در آرامش روانی آنان دارد به گونه‌ای که عده‌ای از خانم‌ها ارتباط جنسی را بیشتر به دلیل نیازهای عاطفی می‌خواهند. تحقیقات بیانگر آن است که افراد متاهل به طور کلی از لحاظ جسمانی و روانی نسبت به افراد مجرد کارکرد بهتری دارند و این به علت حمایت عاطفی و روانی است که در ازدواج و رابطه زناشویی پدید آمده است؛ همچنین، تحقیقات نشان می‌دهد افرادی که رابطه زناشویی موفق و صحیحی دارند با نشاط‌تر و شاداب‌تر بوده و رضایتمندی آنان از زندگی بیشتر است و کمتر گرفتار افسردگی و اضطراب می‌شوند.^۲

۱. همان.

۲. موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع.

۷- تقویت کننده روابط حمایت کنندگی: حمایت همسران در همه امور زندگی احساس تعلق را در آنان افزایش می‌دهد و رضایت جنسی نیز احساس حمایت را در آنان تقویت می‌کند.^۱

۸- وابستگی همسران: از آثار عجیب ولی واقعی رضایت جنسی همسران، وابستگی همه جانبه آنان به یکدیگر است؛ چنانکه نتایج بررسی‌های محققان ثبات زندگی و وابستگی همسران را توجیه خوب رضایت جنسی همسران می‌داند.^۲

۹- افزاینده تعداد آمیزش جنسی: تحقیقات نشان می‌دهد که فعالیت‌های جنسی از عوامل مهم پیشگویی کننده رضایت جنسی در همسران است؛ همچنین نشان می‌دهند که رضایت جنسی با تعداد مقاربت جنسی ارتباط مستقیم دارد.

۱۰- افزایش سطح کیفیت زندگی: اهمیت رضایت جنسی به اندازه‌ای است که به گفته محققان با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارد؛ حتی طبق تحقیقات بر کیفیت زندگی زناشویی، اثرگذار است و این تأثیر در رضایت جنسی و رضایت زناشویی دوطرفه است.^۳

۱. همان.

۲. همان.

۳. علی اکبری دهکردی، مهناز، رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی.

فصل سوم

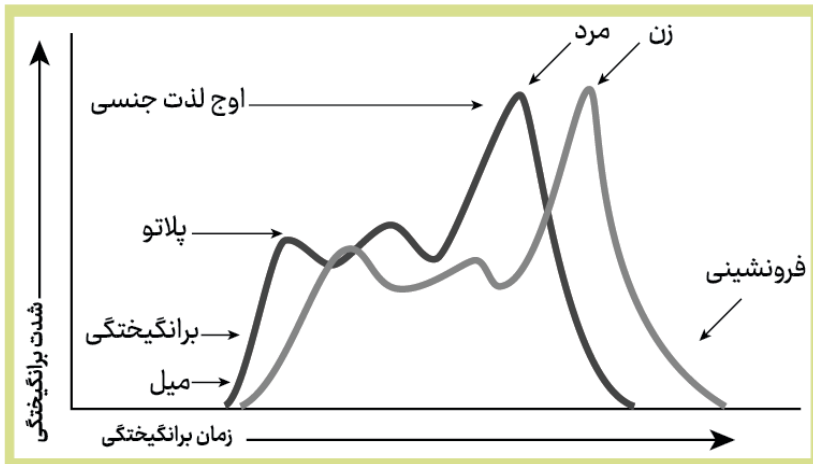
تفاوت‌های روانشناختی
زن و مرد در رابطه جنسی

چرخه پاسخ جنسی در زن و مرد

یک توالی از تغییرات جسمانی، روانی و عاطفی که با برانگیخته شدن فرد از نظر جنسی و مشارکت در فعالیت‌های تحریک کننده جنسی نظیر آمیزش ایجاد می‌شود، چرخه پاسخ جنسی نام دارد. چرخه جنسی شامل ۵ مرحله می‌باشد: میل جنسی، برانگیختگی جنسی، کفه (پلاتو)، اوج لذت جنسی (ارگاسم)، آرامش (فرونشینی).^۱

عملکرد جنسی شامل تعامل پیچیده‌ای بین عوامل زیستی، فرهنگی اجتماعی و فیزیولوژیک است.

چرخه پاسخ جنسی علاوه بر فرایند فیزیولوژیکی شامل فرایند روانی هم می‌باشد که در کتاب‌ها و مقالات به آن اشاره شده است.



میل جنسی: تمایل به برقراری رابطه جنسی با جنس مخالف است که به صورت ذهنی روی می‌دهد.

۱. عهري، محمد؛ ناصحي، عباسعلي؛ رئيسي، فيروزه؛ يحيوي، سيد طه؛ گزيده سكسولوژي باليني.

تهییج یا برانگیختگی: حس ذهنی لذت جنسی و تغییرات فیزیولوژیک همراه آن را شامل می‌شود. آب دهان خشک می‌شود، ضربان قلب افزایش می‌یابد و تنفس تند می‌شود. در زن ناحیه تناسلی پر خون شده و گرم و ملتهب می‌گردد و نوک سینه‌ها منقبض و برجسته می‌شود و در مرد نعوظ اتفاق می‌افتد.

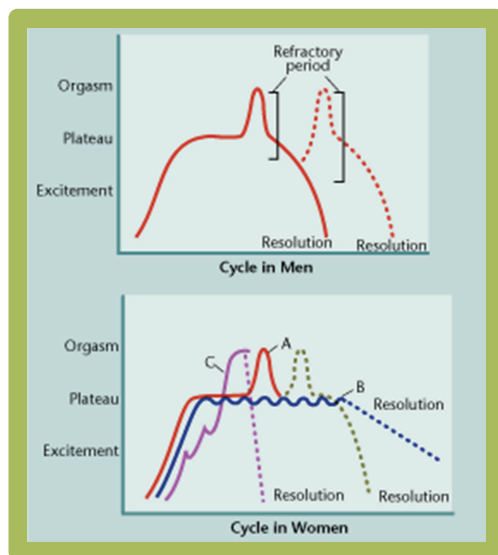
کفه (پلاتو): مرحله کفه یا پلاتو در چرخه پاسخ جنسی، مرحله‌ای است که بین برانگیختگی و ارگاسم قرار دارد و در آن تنش جنسی به اوج خود نزدیک می‌شود. در این مرحله، تغییرات فیزیولوژیکی که در مرحله برانگیختگی شروع شده‌اند، تشدید می‌شوند. به عنوان مثال، در زنان، $1/3$ خارجی واژن پر خون و متورم می‌شود و در مردان، اسفنکتر مجرای ادرار منقبض شده و عضلات پایه آلت تناسلی شروع به انقباض ریتمیک می‌کنند.

اوج لذت جنسی (ارگاسم): رسیدن به اوج لذت جنسی است که با رها شدن از تنش جنسی همراه با انقباض ریتمیک عضلات پرینه‌ای و اعضا تناسلی لگنی صورت می‌گیرد. در این مرحله در آقایان انزال منی صورت می‌گیرد.

آرامش (فرونشینی): حس راحتی عمومی، سلامت و شل شدن عضلات را شامل می‌شود. در مردان بعد از این مرحله تا مدتی امکان نعوظ و ارگاسم مجدد از بین می‌رود ولی در زنان امکان تجربه چند ارگاسم پی در پی وجود دارد. علیرغم شباهت‌های کلی در چرخه پاسخ جنسی زنان و مردان، ۳ تفاوت مهم بین رفتارهای جنسی دو جنس وجود دارد:

۱. مردان عموماً دارای تنها یک الگوی واکنش جنسی هستند و با تجربه اوج لذت جنسی خاتمه می‌یابد. در حالیکه زنان از خود واکنش‌های جنسی مختلفی نشان می‌دهند. به عبارت دقیق‌تر تاکنون سه چرخه واکنش جنسی در زنان

شناسایی شده است که در شکل ذیل قابل مشاهده است و زنان بر خلاف مردان این امکان را دارند تا چند بار اوج لذت جنسی را تجربه نمایند.



۲. مردها خیلی سریع و به راحتی تحریک و برنگیخته می‌شوند اما تفاوت زن با مرد در این است که برای تحریک نیاز به زمینه‌ها و آمادگی‌های متعددی دارد. ۳. در مرحله فرونشینی مرد احساس خستگی دارد در حالی زن احساس نشاط فروان را تجربه می‌کند.

نیاز و میل جنسی یکی از نیازهای نیرومند و فراگیر است؛ چنانکه در حیوانات نیز وجود دارد. ارضای این نیاز، افزون بر اینکه کام جویی و لذت در پی دارد، سبب بقای انسان‌ها و دیگر موجودات می‌شود. فعالیت سائق جنسی

(کشاننده) در انسان موجب بروز رفتارهایی می‌شود که به آن رفتارهای جنسی می‌گویند، اما این بدان معنا نیست که رفتار جنسی تنها تحت تأثیر عوامل غریزی است؛ زیرا جنبه‌های اجتماعی و فراگرفتنی رفتار جنسی نقش بسیار مهمی در کم و کیف آن دارد.

در منابع دینی و روانشناختی تفاوت‌هایی در میل جنسی زن و مرد و فرآیند آن بیان شده است که در اینجا بررسی می‌شود:

الف) تفاوت در موضوعات جنسی

الیور و هاید، ۱۷۶ مطالعه را در یک فراتحلیل بررسی کردند که نتیجه آن به طور خلاصه نشان داد که:

- مردان بازخوردهای آسان‌گیرانه‌تر و مثبت‌تری در روابط جنسی نسبت به زنان دارند.
- مردان بیشتر از زنان به آسیب‌های جنسی مبتلا هستند (۸۳ درصد بیشتر از میانگین زنان).
- زنان احساس گناه و ترس بیشتری در رابطه جنسی نسبت به مردان تجربه می‌کنند.
- رابطه جنسی در مردان فراوانی بیشتری دارد.
- در مطالعات دیگر، یک متغیر دیگر را در رابطه جنسی در زن و مرد مطالعه کردند. آنها متوجه شدند که:
- زنان در رابطه جنسی تمایل به انعطاف‌پذیری، تغییرپذیری و پاسخدهی بیشتری به هنجارها و موقعیت‌های اجتماعی دارند.
- رابطه جنسی برای زنان بیشتر اکتسابی و براساس یادگیری و برای مردان بیشتر غریزی است.

- براساس این یافته‌ها زنان در رابطه جنسی بیشتر رابطه‌گرا هستند و تلاش می‌کنند یک همراه باشند.
 - مردان بیشتر لذت‌گرا (به دید سرگرمی و تفریح به رابطه جنسی نگاه می‌کنند) و جهت‌گیری بدون محور نسبت به رابطه جنسی دارند.
- مطالعات زیادی نشان می‌دهد که مردان بیشتر از زنان مشغول خیال پردازی‌های جنسی هستند و تمایل بیشتری به تنوع و فراوانی فعالیت‌های جنسی دارند، کمتر مایلند از رابطه جنسی چشم‌پوشند یا آن را به تأخیر بیندازند، برای رابطه جنسی خطر و هزینه می‌کنند. برای نمونه مردان بیشتر از زنان خطر سرزنش اجتماعی و درگیر شدن با قانون را می‌پذیرند.^۱

ب) تفاوت در انگیزه جنسی

شاید یکی از نیرومندترین تفاوت‌هایی که میان زنان و مردان وجود دارد، مربوط به معنایی است که آنها به رابطه جنسی پیوند می‌دهند؛ در حالی که زنان تمایل دارند رابطه جنسی را به احساس عاطفی و نزدیکی ربط دهند، مردان رابطه جنسی را به عنوان یک پیشرفت، ماجراجویی، ابزار کنترل و قدرت یا فقط لذت جسمی ادراک می‌کنند. زنان تمایل دارند برای رابطه جنسی ارزش قائل شوند؛ زیرا این رابطه به زنان حس مشارکت عاطفی و همبستگی می‌دهد. در مقابل، مردان تمایل دارند که رابطه جنسی را از دیگر جنبه‌های رابطه جدا کنند؛ برای نمونه، آنها بیشتر تمایل دارند بر روی برانگیختگی جنسی تمرکز کنند. با وجود این، به یاد داشته باشید که این تمایلات کلی منعکس کننده تفاوت‌های آماری هستند. زنان نیز مانند مردان، ممکن است گاهی اوقات رابطه جنسی را به عنوان یک پیشرفت، ماجراجویی، ابزار کنترل و قدرت یا فقط لذت جنسی ببینند و مردان نیز مانند

۱. همان.

زنان ممکن است رابطه جنسی را به مشارکت عاطفی و صمیمیت ربط دهند؛ در واقع بیشتر مردان عشق و رابطه جنسی را با هم ترجیح می‌دهند و برای آنها، همانند زنان، ارزش عشق بسیار بالاتر از ارزش رابطه جنسی است. با افزایش سن و رسیدن به سن پیری در مردان عشق و صمیمیت محرک‌های اصلی رابطه جنسی می‌شوند.^۱

ج) تفاوت در فرایند رفتار جنسی

بر اساس تحقیقات به ویژه پژوهش مسترزو جانسون مشخص شد که مردان در انگیزتگی جنسی مانند زنان از مراحل زیست شناختی مشابهی می‌گذرند: تهیج و برانگیختگی جنسی، وضعیت ثابت، اوج لذت جنسی (اوج کامش)، فرونشستن لذت جنسی. فرایند اساسی در طی برانگیختگی جنسی در زن و مرد پر خون شدگی رگ‌ها یا افزایش جریان خون در اندام‌های تناسلی است. در مردان پس از بلوغ، اوج لذت جنسی با انزال همراه می‌شود. یک تفاوت میان زنان و مردان این است که مردان پس از اوج لذت جنسی یک دوره بی‌پاسخی دارند. این دوره مدت زمانی است که در طی آن فرد نمی‌تواند برای رسیدن به اوج لذت جنسی مجدداً تحریک شود. در زنان یک چنین دوره بی‌پاسخی وجود ندارد و می‌توانند چندین بار به اوج لذت جنسی برسند؛ در مردان معمولاً یک اوج لذت جنسی در هر نزدیکی وجود دارد، طول دوره بی‌پاسخی در مردان متفاوت است و به عوامل فراوانی، چون سن بستگی دارد. در مردان جوان، این دوره ممکن است به کوتاهی چند دقیقه باشد؛ در حالی که در سن ۶۵ سالگی این مدت ممکن است ۲۴ ساعت طول بکشد. تحریک جنسی زنان به زمان بیشتری نیاز دارد و همچنین مدت زمان اوج کامش آنان طولانی‌تر از مردان است. مرحله اوج لذت جنسی در زنان مختلف

۱. پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان شناسی زن و مرد.

از حیث شدت و مدت متفاوت است. مرحله لذت جنسی در زنان با بلند شدن کلیتوریس همراه است و این آمادگی به ناحیه لگن سرایت می‌کند. مرحله لذت جنسی در زنان ممکن است شامل احساس «ریختن»، «سرازیر شدن» و یا حتی «بیرون آمدن مایع» باشد. این مرحله با گرمای شدید که از ناحیه لگن به بقیه بدن سرایت می‌کند، دنبال می‌شود. مرحله فروکش کردن لذت جنسی در زنان طولانی بوده و تا نیم ساعت طول می‌کشد تا کلیتوریس به حالت قبلی باز برگردد و مهبل نیز به حالت طبیعی برگردد.

در تعالیم اسلامی و آموزه‌های دینی به تفاوت زن و مرد در فرایند تحریک اشاره شده است و به دلیل نیاز زنان به زمان بیشتر و شرایط بهتر برای تحریک، به ملاعبه و پیش‌نوازی و تحریک جنسی زنان تاکید بسیاری شده است. برای نمونه به چند روایت توجه کنید:

- امام صادق علیه‌السلام می‌فرماید: «اگر همسران شما از آمیزش جنسی ناراضی بلند شوند [ارضا نشوند]، ممکن است به دیگران تمایل نشان دهند [که آنان همسران خود را تحریک می‌کنند]؛ بنابراین، هرگاه خواستید با همسر خود آمیزش کنید، به پیش‌نوازی بپردازید، به درستی که این کار ارتباط جنسی را گوارا و مطلوب می‌کند.»
- حضرت علی علیه‌السلام می‌فرماید: «هنگامی که خواستید با زن خود آمیزش کنید، شتاب نکنید؛ به درستی که آنها نیازهایی دارند [احتیاج به تحریک دارند].»
- امام صادق علیه‌السلام می‌فرماید: «با همسرانتان مانند پرنده‌گان با عجله آمیزش نکنید بلکه با حوصله ملاعبه و با درنگ با آنان بیامیزید.»
- حضرت علی علیه‌السلام می‌فرماید: «هر کس خواست با همسرش بیامیزد، نباید عجله کند؛ زیرا زنان پیش از آمیزش نیازها و کارهایی دارند [پیش از آمیزش باید با آنان عشق بازی و ملاعبه کرد].»
- پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله در این باره می‌فرماید: «سه

چیز از جفاست یکی اینکه با فردی همراه شوی و اسم و رسم او را نپرسی؛ دیگر اینکه به طعمای دعوت شوی و نپذیری؛ سوم اینکه بدون آماده‌سازی همسر [بدون ملاحظه] با همسرت آمیزش کنی».

■ امام رضا علیه السلام می‌فرماید: «(با همسرت نزدیکی مکن مگر آنکه با او بازی کنی و پستان‌های او را بمالی. چرا که اگر چنین کنی، آب تو و آب او در هم آید و از آن بارداری حاصل آید و همانند آنچه تو از او می‌خواهی، او از تو بخواهد و این در چشمانش هویدا شود.)»

(د) تفاوت در رفتار جنسی (کمیت و کیفیت)

تمایز دستگاه تناسلی زن و مرد خاستگاه تفاوت‌های بسیاری است، مانند دوران قاعدگی، بارداری و زایمان، یائسگی، تفاوت‌های هورمون‌های جنسی (تستوسترون در مرد و استروژن در زن) و ... این امر منشا برخی تفاوت‌های زیستی و روانی دیگر هم می‌شود؛ بلوغ جنسی به طور معمول در جنس زن زودتر از مرد رخ می‌دهد و صفات ثانویه جنسی در دختران حدود ۲ سال زودتر از پسران پدید می‌آید. توان باروری مرد بیشتر از زن است و تا ۸۰ سالگی می‌تواند ادامه یابد، در حالی که باروری زن با یائسگی، که معمولاً در حدود ۵۰ سالگی اتفاق می‌افتد، پایان می‌یابد. تحریک جنسی در مردان در مقایسه با زنان سریعتر، آسان‌تر و با تعداد و دفعات بیشتر انجام می‌شود، مردان سریعتر از زنان تحریک می‌شوند. درباره محدود بودن فعالیت جنسی زنان (تا یائسگی) که برخی ادعا کرده‌اند می‌توان گفت که تحقیقات مسترز و جانسون آن را رد می‌کند و بر این باور است که محدوده زمانی برای تمایلات جنسی مرد و زن وجود ندارد و اگر شرایط بهداشتی، جسمانی و تغذیه‌ای مراعات شود، تا سنین بالا می‌توانند رابطه جنسی داشته باشند، البته بعد از یائسگی فعالیت‌های هورمونی زنان تغییر می‌کند و بارداری متوقف

می‌شود، ولی تمایلات جنسی ادامه دارد. برخی ادعا کرده‌اند که تحقیقات ثابت کرده که زندگی جنسی زن حد سنی ندارد و در دوران پیری، زندگی جنسی مردان بیشتر از زندگی جنسی زنان دچار تغییر می‌شود؛ زیرا ترس از حاملگی در زنان از بین می‌رود و حتی مواقعی عشق جنسی زنان افزایش نیز پیدا می‌کند.

ه) تفاوت در عوامل، مواضع و مدت تحریک

مردان عموماً به محرک‌های بینایی حساسیت بیشتری دارند و این حساسیت در رفتارهای آنان مشخص است؛ برای نمونه، مردان سریع‌تر از زنان تحریک می‌شوند و بیشتر از طریق بینایی تحریک پذیری روی می‌دهد؛ بنابراین تصاویر جنسی و صحنه‌های جذاب و زنان زیبا آنان را بیشتر تحریک می‌کند؛ تحریک جنسی زنان بیشتر از طریق حس شنوایی و لامسه است؛ بنابراین، سخنان محبت آمیز و لمس بدن، آنان را بیشتر تحریک می‌کند؛ ولی همانگونه که شهوت زنان و اوج کامش آنان عمیق‌تر است، صبرشان نیز بیشتر است. تحریک جنسی مردان در مقایسه با زنان، سریع‌تر و آسان‌تر انجام می‌شود. معمولاً اسپرم مرد فعال، پویا و بی‌قرار است؛ اما تخمک زن ساکن، منتظر و ایستاست؛ به عبارت دیگر، تخمک زن به انتظار اسپرم می‌نشیند. در هر حال، تمایل جنسی در مرد فعال است و او به آسانی واکنش نشان می‌دهد و به سادگی برانگیخته می‌شود و در صدد ارضای نیاز برمی‌آید. عموماً در زنان امیال جنسی حالتی منفعل دارد و به آسانی برانگیخته نمی‌شود.^۱

در مجموع، زنان مرحله معاشقه و پیش‌نوازی جنسی را ترجیح می‌دهند و پس از فرونی یافتن تحریکات جنسی آمادگی مقاربت را اعلام می‌کنند. مردان در فاصله زمانی کوتاه (۲ تا ۶ دقیقه) به تخلیه نهایی می‌رسند. این در حالی

۱. پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان‌شناسی زن و مرد.

است که اوج کامش زن (اوج لذت جنسی) زمان بیشتری می‌طلبد و دست کم به ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد؛ بنابراین، مرد باید با پیشنوازی و ملاحظه زن را آماده ارتباط کند تا هر دو به اوج کامش کامل برسند. معمولاً زن و شوهری که در روابط جنسی با هم سازگارند از این رابطه خرسند و راضی‌اند، از مشکلات و ناهماهنگی‌های دیگر زندگی چشم می‌پوشند و با یکدیگر رابطه خوبی دارند.

مواضع تحریکی زن و مرد متفاوت است. نقاط تحریک‌زای جنسی زنان در بخش‌های وسیع از بدنشان پراکنده است. آگاهی از مواضع تحریک‌زای زن و مرد در پایداری و جذابیت روابط جنسی آنان بسیار مؤثر است. تحریک مرد از سوی زن کمتر به آگاهی نیاز دارد؛ زیرا مرد با خیال پردازی و یا در نظر آوردن نقاط شهوت‌انگیز و یا عوامل روانی تحریک می‌شود، البته تحریک و لمس مواضع خاص در تحریک جنسی تأثیر بسیاری دارد. نکته مهم آن است که زنان باید بکوشند تا در هنگام آمیزش با اظهار لذت به پایداری و نشاط جنسی مرد کمک کنند. نتیجه اینکه زنان رابطه عاطفی را بر رابطه جنسی ترجیح می‌دهند و البته دوست دارند که رابطه عاطفی به رابطه جنسی بینجامد، ولی مردان رابطه فیزیکی و جنسی را در اولویت قرار می‌دهند. همچنین سرعت تحریک و مواضع تحریک و عوامل تحریک در مرد و زن متفاوت است.^۱

(و) تفاوت در نیاز جنسی

میل جنسی در زن به صورت دوره‌ای است؛ یعنی در دوره‌ای، بیشتر و در دوره دیگر کمتر است؛ ولی در مرد این محدودیت وجود ندارد و بی‌قراری جنسی در مردان موجب می‌شود که به راحتی تحریک و به راحتی ارضا شوند، اما

حیا و صبر قوی در زنان، شهوت نیرومند آنها را کنترل می‌کند؛ به همین دلیل، زنان به راحتی تحریک و به سرعت ارضا نمی‌شوند. همچنین، مردان در برابر محرک‌های روانی جنسی مانند عریانی، رفتار عشوه‌گرانه، کتاب‌ها و فیلم‌های شهوت‌انگیز برانگیخته می‌شوند، اما زنان با این مسائل به سرعت تحریک نمی‌شوند.^۱

همچنین زنان دوست دارند که در آغوش گرفته و بوسیده شوند؛ مرد محبت می‌کند تا به روابط جنسی دست یابد، اما زن روابط جنسی را می‌پذیرد تا به محبت دست یابد و برای بسیاری از مردان نشان دادن عشق از طریق آمیزش بسیار راحت‌تر از بیان لفظی آن است. برتری کمی میل جنسی مرد و برتری کیفی میل جنسی زن از نکات مهم در متون اسلامی است و توجه به این مسئله مهم نقش بسیاری در استواری خانواده و پیشگیری از اختلاف زناشویی دارد، از این رو در تفکر اسلامی، ارضای جنسی و رضایتمندی حاصل از آن، برای هر دو شریک رابطه جنسی اهمیت فراوانی دارد و به همین دلیل در آموزه‌های دینی برای تأمین این مسئله مهم توصیه‌های مشترک و ویژه دیده می‌شود که باید به آنها توجه داشت.

بر جنبه‌های دیگری از تفاوت جنسی زن و مرد نیز تأکید شده است؛ مانند آنکه، زن و مرد از نظر تحریک‌پذیری جنسی متفاوتند و مردان بیشتر از زنان از طریق بینایی به تهییج جنسی می‌رسند. همچنین، مردان سریع‌تر از زنان تحریک می‌شوند، زنان نیاز دارند که افزون بر درک توانایی همسر خود برای روابط جنسی، کلمات محبت‌آمیز، اطمینان بخش، اظهار عشق و جملات عاطفی از او بشنوند و نیاز دارند تا آنها این کلمات را به زبان جاری کنند و برای آنها علاقه قلبی کافی نیست. بنابراین، می‌توان گفت، به طور طبیعی میل مرد به تکرار عمل جنسی بیشتر از زن است؛ اما میزان لذت جنسی زن هنگام عمل جنسی از لذت جنسی مرد بالاتر است؛ همچنین، زنان بیشتر از

۱. پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان‌شناسی زن و مرد.

بعد ارتباط عاطفی و تحریک لمسی به هیجان جنسی دچار می‌شوند، ولی مردان حتی پیش از ارتباط و تنها با نگاه به بدن زن هم تحریک می‌شوند. با توجه به اینکه شهوت دیداری در مردان قوی‌تر از زنان است، به نظر می‌رسد محرک‌های جنسی مردان بیشتر از محرک‌های جنسی زنان باشد، از این رو، طبیعی است که مردان بیشتر از زنان تحریک شوند و در نتیجه بیشتر از زنان هم به ارضای جنسی نیاز داشته باشند. بنابراین تفاوت‌های جنسی زنان و مردان زمینه‌ساز جذابیت جنسی بین آنهاست که تمایلات جنسی آنها را افزایش می‌دهد، و همین جذابیت‌های جنسی همسران به سبب همین تفاوت‌ها به رضایت جنسی آنان کمک خواهد کرد.^۱

ز) تفاوت مسائل جنسی مربوط به زنان و مردان

شاید یکی از مهمترین تغییرات نظری و مفهومی رویکردهای درمان مشکلات جنسی در سال‌های اخیر آگاهی رو به رشد از این موضوع باشد که مسائل جنسی مربوط به زنان و مردان کاملاً متفاوت است. میل جنسی در زنان و مردان توسط محرک‌های متفاوتی پدید می‌آید، با انگیزه‌های مختلفی حفظ می‌شود، و اغلب با انگیزه‌های مختلف سنجیده می‌شود. به خوبی مشخص شده است که زنان نسبت به مردان به تنوع جنسی کمتر تمایل دارند و نگرانی و مشکلات جنسی بیشتری را بیان می‌کنند. همچنین دلایلشان برای آغاز مشاوره جنسی متفاوت است. انگیزه مردان برای درمان و مشاوره جنسی بیشتر به عملکرد جنسی آنها برمی‌گردد، مسائلی نظیر ناتوانی در ایجاد و حفظ نعوظ یا تأخیر در انزال. در مقابل، زنان به دلیل نگرانی در مورد احساسات جنسی مانند فقدان میل یا لذت جنسی وارد فرایند درمان می‌شوند. در حالی که داروهای مشخصی برای درمان مشکلات

۱. همان.

عملکرد جنسی مردان وجود دارد، چنین داروهایی برای مشکلات جنسی زنان وجود ندارد. به نظر می‌رسد که تمایل جنسی برای مردان آسان‌تر و مطمئن‌تر از زنان به دست می‌آید. برای مردان وسوسه یا تمایل جنسی معمولاً ملموس‌تر است و اغلب ارتباط مستقیمی بین ایجاد حالت نعوظ و اعلام برانگیختگی ذهنی وجود دارد. اما این موضوع در مورد زنان مصداق ندارد، چرا که بین برانگیختگی ذهنی از نظر جنسی و گرفتگی عروق تناسلی، رابطه وجود ندارد (زنان ممکن است از نظر جسمی علائم برانگیختگی را داشته باشند اما از نظر ذهنی و روانی برانگیخته نشوند و لذت نبرند).

نقاط حساس بدن زنان برای تحریک جنسی

سینه ها به ویژه نوک سینه ها

سینه ها و نوک سینه یکی از حساس ترین نقاط تحریک پذیر و اروژنیک در بدن زنان است که لمس و مالش آن ها حس لذت خوشایندی در زنان ایجاد می کند. متأسفانه اکثر مردان با نحوه ایجاد این لذت در وجود زنان آشنا نیستند؛ زیرا نوک سینه ها را بسیار سریع لمس می کنند و مالش می دهند. بسیاری از افراد با روند تحریک بدن زنان از طریق مالش نوک سینه ها آشنا نیستند، اما جالب است بدانید زمانی که نوک سینه ها تحریک می شوند سیگنال هایی را به بخش تناسلی بدن می فرستند و تحریک ناحیه ای به نام کلیتورال در واژن را رقم می زنند.

کلیتوریس

کلیتوریس یا کلیتورال نام یکی از اعضای اندام تناسلی زنان است که در به ارگاسم رسیدن زنان نقش مؤثری دارد؛ زیرا تقریباً همه نیازهای جنسی زنان از طریق تحریک عضو کلیتوریس پاسخ داده می شود. این بخش بسیار حساس در اندام تناسلی زن ۸,۰۰۰ پایانه عصبی دارد که تحریک این نقطه، در نهایت، حس لذت جنسی در وجود زنان را ایجاد می کند. همچنین جالب است بدانید تحریک نقطه کلیتوریس به ۱۵,۰۰۰ پایانه عصبی ناحیه لگن نیز وارد می شود. این موضوع کمک می کند تا از ارگاسم کلیتورال به عنوان یک حس خاص و دلنشین در رابطه جنسی یاد شود.

- تحریک کلیتورال به تسلط نیاز دارد؛ پس با تمرین های مکرر می توان در

ایجاد این حس لذت در وجود زنان به مهارت رسید؛ زیرا با کسب مهارت در این کار می‌توانید در کوتاه‌ترین زمان ممکن شریک جنسی خود را به اوج لذت و ارگاسم برسانید. استفاده از انگشت بهترین راه برای تحریک ناحیه کلیتوریس یا کلیتورال است. برای تحریک بیشتر می‌توانید این ناحیه را میان انگشتان خود قرار دهید و به آرامی با آن بازی کنید. برای آنکه متوجه شوید کدام روش برای تحریک جنسی همسران کارآمدتر است، باید هر یک از روش‌ها در جهت‌ها و سرعت‌های مختلف امتحان کنید.

نقاط حساس ناحیه واژن (مهبلی)

ناحیه واژینال یکی از حساس‌ترین بخش‌های بدن زنان است. اندام جنسی زنان در این بخش قرار دارد و با تحریک آن می‌توانید تأثیر بسیاری روی اندام جنسی زنان بگذارید. در ادامه با نقاط مهم اندام جنسی زنان آشنا می‌شوید:

- **لبه‌های واژن:** لبه‌های واژن در واقع لبه‌هایی است که در دو طرف سوراخ واژن قرار داد و تحریک زنان در رابطه جنسی را رقم می‌زند.
- **تپه ونوس:** یک برآمدگی از بافت چربی است که درست در بالای واژن و کلیتوریس قرار گرفته است. تحریک این ناحیه می‌تواند لذت جنسی زنان در رابطه را افزایش دهد.
- **نقطه G:** این نقطه که برای بدن زنان بسیاری تحریک‌کننده است در داخل واژن قرار دارد. حدود سه تا پنج سانتی‌متر داخل واژن است. در زمان ورود آلت تناسلی این ناحیه تحریک می‌شود؛ با دست هم می‌توان آن را تحریک کرد. بافت این ناحیه، در مقایسه با دیگر بخش‌های بدن، کمی زبر است. نقطه G مانند دیگر بخش‌های اندام تناسلی زنان شبکه

یا پایانه‌های عصبی دارد. برای تحریک این نقطه هنگام برقراری رابطه جنسی دخول با شریک جنسی خود باید فشار خود را روی دیواره جلویی واژن متمرکز کنید.

- **نقطه A:** این نقطه هم داخل واژن و در ابتدای دهانه رحم قرار دارد. ورود آلت تناسلی به آن می‌تواند این ناحیه را تحریک کند.
- **نقطه V:** این نقطه در قسمت خارجی واژن و در زیر آن قرار دارد. برای رابطه جنسی بهتری می‌توانید از لمس و مکیدن این ناحیه کمک بگیرید.

ناحیه داخل ران

بخش داخلی ران، به دلیل نزدیک بودن به ناحیه تناسلی، یکی دیگر از نواحی اروژنیک و حساس در بدن زنان شناخته می‌شود. زدن ضربه‌های سبک و لمس این ناحیه می‌تواند بدن زنان را تحریک کند. برای این کار پیشنهاد می‌کنیم انگشتان خود را به سمت پایین و بالای ران حرکت دهید و با بوسیدن آرام ناحیه داخلی ران، فعالیت خود را برای مالش واژن آغاز کنید.

گوش‌ها

گوش‌ها یکی از نقاط حساس در بدن هر زنی است که معمولاً شریک جنسی‌شان آن‌ها را نادیده می‌گیرد. این عضو از بدن در داخل و خارج خود اعصاب و گیرنده‌های حسی زیادی دارند. رفتارهایی چون نوازش و لمس کردن لاله گوش‌ها حس لذت‌بخشی در زنان برمی‌انگیزد. همچنین انجام دادن کارهایی چون لیسیدن، بوسیدن، دمیدن و زمزمه کردن در گوش یا نیش زدن لاله گوش حسی خوشایند در زن ایجاد می‌کند. گفت‌وگو با شریک جنسی درباره نقاط تحریک‌پذیری و پیروی کردن از حرف‌های او نیز حس تحریک جنسی در وجود او را برمی‌انگیزد.

لب‌ها

در لب‌ها پایانه‌های عصبی زیادی وجود دارد که این قسمت را حساس‌تر می‌کند، بنابراین بوسیدن یا حتی نوازش کردن لب‌ها، بسیار لذت‌بخش است. در هنگام بوسیدن، لب‌هایتان را کمی مرطوب کنید تا حس خوبی را به همسرتان بدهید.

گردن

لمس یا بوسه در ناحیه گردن، می‌تواند بسیار تحریک‌پذیر باشد و این حس خوب را در تمام بدن منتشر کند. گردن همسرتان را لمس کنید و ببوسید. حتی می‌توانید کمی با ناخن‌هایتان به آرامی این قسمت را لمس کنید. کشیده شدن ناخن‌ها بر روی پوست، احساس خوبی خواهد داشت.

نوک انگشتان و کف دست

بسیاری از افراد نمی‌دانند که نوک انگشتان حساس‌ترین قسمت بدن است. به دلیل نزدیکی انگشتان به کف دست، بسیاری از افراد این حساسیت را به کف دست خود نیز دارند. برای ایجاد حس لذت‌بخش لمس انگشتان و کف دست زنان باید دست همسر خود را طوری در دست خود بگیرید که کف دست او روبه‌بالا باشد و به آرامی با انگشتان خود را روی کف دست او حرکت دهید. همچنین می‌توانید با انگشتان خود، کف دست شریک جنسی‌تان را قلقلک دهید و برای انتقال این حس خوشایند، همزمان به چشمان او نیز نگاه کنید. پیشنهاد می‌کنیم برای دوبرابر شدن این لذت، نوک انگشتان همسر خود را بمکید.

پشت زانو

این ناحیه یکی دیگر از مناطق اغلب نادیده گرفته شده است که به شدت به هر نوع لمسی حساس است؛ حتی برای برخی گزگزکننده است. در حین ماساژ توجه ویژه‌ای به ناحیه مدنظر داشته باشید یا قبل از کشیدن دست روی این ناحیه از پا از دهان و زبان خود برای نوازش آن قسمت استفاده کنید.

ناف و پایین شکم

نزدیک بودن به اندام تناسلی این ناحیه را تحریک می‌کند. از زبان، نوک انگشتان یا حتی یک پیر برای ردیابی دایره‌های اطراف ناف استفاده کنید و راه خود را به سمت پایین و اطراف شکم دنبال کنید. این نقطه‌ای عالی برای برخی بازی‌های جنسی است؛

پایین کمر

برای برخی این ناحیه حساس فضای میان کتف است، فضایی میان تیغه‌های شانه که دسترسی به آن به تنهایی غیرممکن است؛ شاید هم به همین دلیل است که این قدر حساس است. برای دیگران ناحیه حساس ممکن است قسمت پایین کمر باشد. قسمت پایین کمر، درست بالای چین باسن، یک نقطه فوق حساس است. به این فکر کنید که وقتی با هم راه می‌روید، کسی دستش را پایین کمر شما گذاشته است؛ وقتی آن را برهنه لمس می‌کنند، حساس‌تر نیز می‌شود.

نواحی پایین پا و انگشتان

نواحی پایین پا در بسیاری از زنان نقاط پرفشاری دارد که لمس و نوازش آن حس لذت خوشایندی در وجود زنان ایجاد می‌کند. همچنین جالب است بدانید نوازش و لمس نقاط پایین پا و انگشتان آن جریان خون در بدن زنان را افزایش خواهد داد. برخی زنان بسیار حساس هستند و لمس و نوازش نواحی پایین پای‌شان حس قلقلک را در بدن‌شان ایجاد می‌کند؛ پس برای ایجاد لذت توسط لمس این نواحی باید ابتدا نقاط حساس این ناحیه را کشف کنید.

ماساژ پا نیز از دیگر روش‌ها برای افزایش لذت جنسی در زنان است؛ پس اگر همسر شما با این کار دچار تحریک می‌شود، ماساژ این بخش را نیز وارد فعالیت جنسی خود کنید. مکیدن آرام انگشتان پا و برقراری تماس چشمی نیز می‌تواند این حس لذت و هیجان را به مراتب افزایش دهد.

نقاط حساس بدن مردان برای تحریک جنسی

آلت تناسلی و ناحیه اطراف آن

در مردان، آلت تناسلی، بیضه‌ها، نواحی اطراف آنها، در مقابل لمس بسیار حساس هستند چون در آن قسمت پایانه‌های عصبی بسیار زیادی وجود دارد.

نقطه F

نقطه F، مخفف فرنلوم است. فرنلوم نقطه‌ای در زیر آلت تناسلی مرد است در آن نوک آلت به محور آلت متصل می‌شود. این نقطه مانند کلیتوریس در زنان، بسیار حساس است و اگر تحریک این نقطه به درستی اتفاق بیفتد، همسران احساس لذت بسیار زیاد و فراموش نشدنی را کسب خواهد کرد.

نقطه P

نقطه P، مخفف پرینیوم است. این ناحیه بین مقعد و پروستات قرار گرفته است و پتانسیل تحریک شدن بسیار شدید را دارد. درواقع پوست بین مقعد و پروستات، نقطه P است. بهترین پوزیشن برای دسترس به این نقطه، زمانی است که خانم در هنگام رابطه جنسی در بالای مرد قرار گرفته است و می‌تواند در حین دخول، به پوست بین مقعد و بیضه‌ها درستی داشته باشد و آن را لمس کند. البته این ناحیه حساس را به آرامی لمس کنید و از انگشتان تان استفاده کنید چون ممکن است در تماس سریع و خشن با

ناخن دست، این ناحیه دچار زخم و خراش شود. بنابراین به آرامی این کار را انجام دهید تا آسیبی وارد نشود.

لب‌ها

در لب‌ها پایانه‌های عصبی زیادی وجود دارد که این قسمت را حساس‌تر می‌کند، بنابراین بوسیدن یا حتی نوازش کردن لب‌ها، بسیار لذت‌بخش است. در هنگام بوسیدن، لب‌هایتان را کمی مرطوب کنید تا حس خوبی را به همسرتان بدهید.

نوازش موها و پوست سر

هم برای مردان لذت‌بخش است و هم برای زنان چون موجی از انرژی و لذت را به بدن منتقل می‌کند و هم آرامش‌دهنده است. به همراه نوازش سر، به آرامی ناخن‌هایتان را روی پوست سرش بکشید و انگشتان‌تان را به لا به لای موهایش ببرید و نوازش کنید.

لاله گوش

لاله گوش یکی از نقاط تحریک‌پذیر مردان است. با بوسیدن و نوازش آن، می‌توانید احساس خوبی را به شوهرتان بدهید.

ناف و قسمت پایینی شکم

دور ناف و قسمت پایینی شکم که نزدیک به آلت تناسلی است، یکی از مناطق حساس و تحریک‌پذیر بدن مردان است. با نوازش آن قسمت، می‌توانید به او احساس بسیار خوبی را بدهید. نوازش این ناحیه، به تحریک بهتر شوهرتان کمک می‌کند.

قسمت داخلی بازو

نوازش و لمس قسمت داخلی بازوهای دست، می‌تواند بسیار خوب باشد.

مچ دست

قسمت داخلی مچ دست که در آن نبض احساس می‌شود، یکی از نقاط تحریک‌پذیر برای مردان است.

کف دست و نوک انگشتان

دست‌ها یکی از نقاط تحریک‌پذیر زنان و مردان هستند، به همین دلیل است که گرفتن دست‌ها بسیار آرامش‌بخش و لذت‌بخش است. همچنین نوازش آرام کف دست‌ها و نوک انگشتان، حس بسیار خوبی را به طرف مقابل القاء می‌کند.

پشت زانو

پشت زانو گاهی باعث قلقلک در فرد می‌شود اما در کل یکی از ناحیه‌هایی است که در هنگام ماساژ دادن و معاشقه، لمس آن می‌تواند لذت‌بخش باشد.

سینه‌ها

لمس سینه‌ها برای مردان هم لذت‌بخش است. با نوازش و ماساژ دادن این قسمت، می‌توانید به او حس خوبی را ببخشید و در تحریک شدن به او کمک کنید.

گردن

لمس یا بوسه در ناحیه گردن، می‌تواند بسیار تحریک‌پذیر باشد و این حس خوب را در تمام بدن منتشر کند. گردن همسران را لمس کنید و ببوسید. حتی می‌توانید کمی با ناخن‌هایتان این قسمت را لمس کنید. کشیده شدن ناخن‌ها بر روی پوست، احساس خوبی خواهد داشت.

داخل ران‌ها

داخل ران‌ها هم یکی از نقاط حساس و تحریک‌پذیر است که لمس آن می‌تواند بسیار خوب باشد.

کف پا و انگشتان پاها

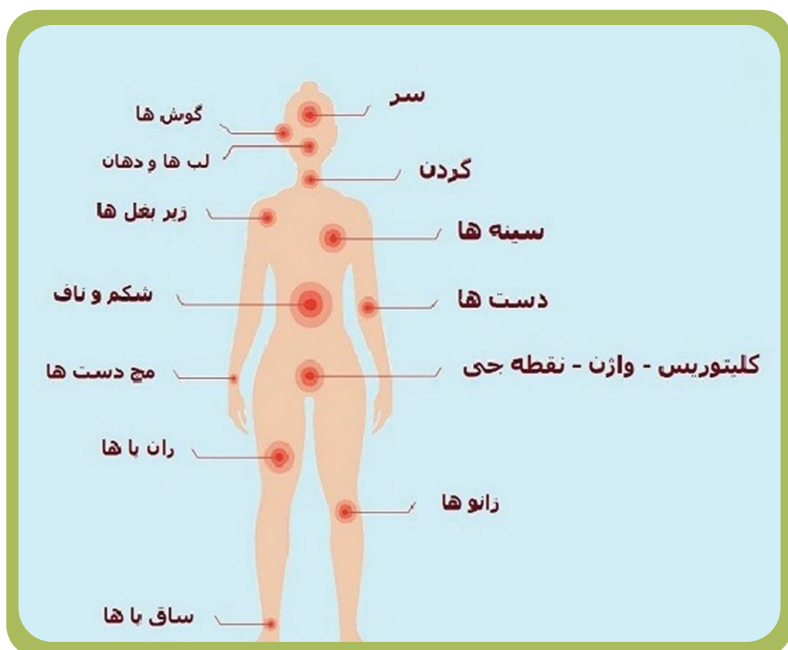
کف و انگشتان پاها در مقابل لمس بسیار حساس هستند. ماساژ دادن این قسمت، جریان و گردش خون را افزایش می‌دهد و باعث بهتر شدن نعوظ و تحریک شوهرتان می‌شود، به همین دلیل تاثیر مثبت را روند رابطه جنسی دارد.

چشم‌ها

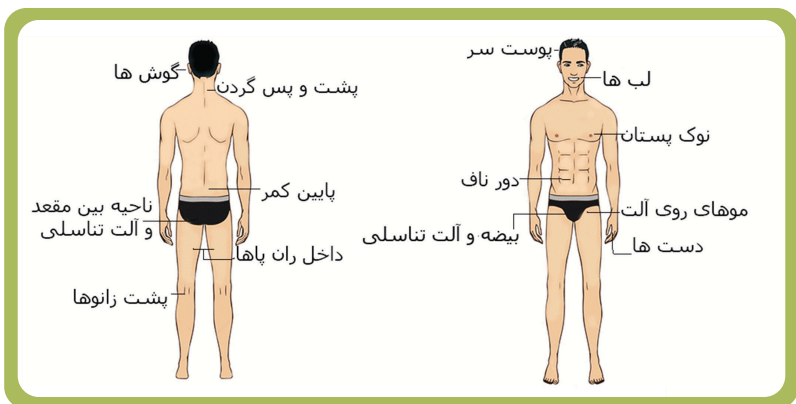
دریچه احساسات است و ناحیه‌ای حساس است که لمس یا بوسه بر روی آن، می‌تواند حس بسیار خوبی را داشته باشد.

کمر

ماساژ دادن، نوازش کردن به همراه لمس کردن با ناخن‌ها بر روی کمر، می‌تواند بسیار تحریک‌پذیر باشد.



نقاط حساس بدن زن



نقاط حساس بدن مرد

فصل چهارم

عوامل مؤثر در رابطه جنسی
(زمان، مکان، بارداری)

مکان مناسب رابطه جنسی

درست است که اتاق خواب، دنجترین و خصوصیت‌رین جای خانه است، اما این یعنی تنها و تنها در همین اتاق باید آمیزش کنیم؟ نه لزوماً. چراکه ممکن است جایی غیر از اتاق خواب، بتواند حسی بهتر به آمیزش جنسی بدهد و آن را پربارتر کند.

به این نکته‌ها باید توجه شود، بعد تصمیم گرفته شود:

۱. هر چند وقت یک بار، محل آمیزش تغییر داده شود. اگر محلهای مختلف خانه، احساس آرامش و امنیت وجود دارد و می‌شود از آمیزش جنسی لذت برد، این کار انجام شود و به رابطه جنسی تنوع داده شود. همانطور که آمیزش در تختخواب می‌تواند لذت عمیق و ماندگار داشته باشد، یک کاناپه و یا حتی در بستر مناسب روی زمین هم می‌تواند تجربه شیرینی به دست بدهد.

۲. اتاق خواب علاوه بر اینکه باید در بهترین جای خانه باشد، هیچ جای خانه هم نباید مشرف به آن باشد.

۳. هیچکس نباید وارد حریم خصوصی شود و بدون اجازه وارد آن شود.

۴. تختخواب باید در مرکز توجه باشد؛ علاوه بر راحتی، پاکیزه بودن و چشمنوازی هم مهم است.

۵. رنگ اتاق خواب، باید آرامش‌بخش باشد؛ مثل آبی، سفید و صورتی. اگر رنگ‌های گرم‌تر مورد علاقه است، نارنجی یا قرمز عنابی هم انتخاب خوبی است. از پرده هم غفلت نشود. پرده‌های زیبای صورتی، نارنجی یا قرمز، علاوه بر تامین احساس امنیت و آرامش، اتاق را هوس‌انگیزتر میکند.

۶. رطوبت و دمای اتاق خواب، نباید آزاردهنده باشد؛ کاملاً معتدل و گرم و نرم. نور اتاق خواب طوری تنظیم شود که شدید و مستقیم نباشد. اگر می‌شود از آباژورها یا لامپ‌های کم‌نور با نور ملایم قرمز استفاده شود.

نورپردازی فضا مشابه وقت غروب خورشید و استفاده از شمعهای معطر، می‌تواند فضای رمانتیک و عاشقانه ایجاد کند و آمیزش جنسی را آرامبخش و عاشقانه‌تر کند.

۷. جزء غیرقابل چشمپوشی اتاق خواب، آینه بزرگ و قدی فراموش نشود.

۸. اتاق خواب، انباری لباس نیست؛ هرگز لباسها به در و دیوار آن آویزان نشود.

۹. تلویزیون، رایانه و وسیله کار در اتاق خواب نباید گذاشته شود. هیچکس نباید در دفتر کارش بخوابد. هیچکس نباید در اتاق خواب کار کند.

۱۰. حمام و دستشویی در اتاق خواب، همه چیز را بهتر میکند. اگر اتاق خواب حمام و دستشویی ندارد، دستکم نزدیک‌ترین اتاق به حمام و دستشویی، برای آن انتخاب شود.

۱۱. آنچه بیان شد برای همسرانی است که امکانات خوب و مفصلی دارند. زوج‌هایی که مسکن کوچکی دارند متناسب با امکانات خود، فضای خواب خود را جذاب و لذت بخش کنند.

۱۲. اتاق خواب باید به گونه ای باشد که صدای زوجین به بیرون آن منتقل نشود.

زمان مناسب رابطه جنسی

تحریک جنسی در مردان، تقریباً همیشه می‌تواند رخ دهد، هیچ وقت و زمان مشخصی هم ندارد. آمیزش جنسی نباید وقت و زمان مشخص و برنامه‌ریزی شده داشته باشد، بلکه میل و خواست زن و شوهر است که زمان آمیزش را مشخص میکند. چراکه ممکن است موکول کردن رابطه جنسی به زمان خاص، لذتبخشی آن را کاهش دهد. اما فراموش نشود که هماهنگی دوجانبه و احترام به خواست طرف مقابل، به هیچ وجه قابل چشم‌پوشی نیست. تن دادن به رابطه جنسی بدون تمایل درونی، می‌تواند منجر به رویگردانی از آمیزش شود. با این حال بهترین زمان برای آمیزش، آخر شب است. اگر خستگی از کار روزانه وجود دارد، برقراری رابطه جنسی را به صبح زود بیاندازند. تحریک جنسی در زنان، در زمان‌های مختلف متفاوت است.

روزهای مختلف چرخه قاعدگی و رابطه جنسی

روز اول تا هفتم (قاعدگی): خونریزی قاعدگی روی می‌دهد، رابطه جنسی در این دوران ممنوع است. در این روزها، استروژن کمتری وجود دارد. جهت بهره‌مندی از سایر لذایذ جنسی غیر از دخول و رابطه جنسی همسر باید بداند که برای تحریک خانم باید تلاش بیشتری کند. اگر نمیداند، خانم حتما یادآوری کند.

روز هشتم تا چهاردهم: رابطه جنسی در این روزها، بسیار پرلذت و زیبا خواهد بود و اوج کامش بهتر و عمیقتری را تجربه خواهد کرد. همسر هم همراه با خانم از آمیزش جنسی لذت بیشتری خواهد برد.

روز پانزدهم تا بیست و یکم: دوباره دیواره رحم در حال ساخته شدن است، جوش و لک روی پوست کاملاً طبیعی است، در میانه این هفت روز، پروژسترون بالا می‌رود و خانم می‌تواند خوشحالی و خوشبینی را در درون خود حس کند.

روز بیست و دوم تا بیست و هشتم: در روزهای ۲۲ تا ۲۸ چرخه قاعدگی، که به طور معمول به عنوان فاز لوتئال یا فاز ترشحی شناخته می‌شود، احتمال بارداری بسیار کم است. این فاز پس از تخمک‌گذاری آغاز می‌شود و تا شروع پریود بعدی ادامه دارد. در این دوره، بدن برای آمادگی برای بارداری احتمالی، دیواره رحم را ضخیم می‌کند. اگر بارداری رخ ندهد، این دیواره با شروع پریود بعدی از بین می‌رود. هفت روز شیرین برای آمیزش است و خانم از این هفته لذت ببرد.

آمیزش جنسی در دوران قاعدگی

آمیزش از جلو در طول عادت ماهیانه زن، هم بر مرد حرام است و هم بر زن؛ و سبب وجوب کفاره می شود. حتی اگر آلت مرد تنها به اندازه ختنه گاه وارد واژن شود و منی هم خارج نشود. غیر از دخول، لذت جنسی در طول عادت ماهیانه اشکالی ندارد، گرچه لذت بردن از ناف تا زانوی زن، مکروه خوانده شده است.

آیا آمیزش در زمان قاعدگی ضرری دارد؟

از منظر شرعی، آمیزش جنسی در دوران قاعدگی در دین اسلام، حرام و ممنوع تلقی می شود. از دیدگاه علمی، این عمل می تواند به پیامدهای بهداشتی و پزشکی متعددی منجر شود. در دوران قاعدگی، دیواره رحم (آندومتر) که برای لانه‌گزینی جنین آماده شده بود، ریزش کرده و از طریق دهانه رحم وارد واژن می شود تا از بدن خارج گردد. این فرآیند، همراه با باز بودن دهانه رحم، محیطی مستعد برای ورود میکروارگانیسم‌های بیماری‌زا به رحم فراهم می کند، که می تواند خطر عفونت‌های دستگاه تناسلی و بیماری التهابی لگن (PID) را افزایش دهد. عفونت‌های رحمی ممکن است به چسبندگی داخل رحمی (آشرمن) منجر شوند، که یکی از عوامل نازایی در زنان است. علاوه بر این، آمیزش جنسی در دوران قاعدگی ممکن است با افزایش احتمال جریان رتروگراد قاعدگی (بازگشت خون قاعدگی به حفره لگنی) مرتبط باشد، که به عنوان یکی از عوامل خطر ابتلا به اندومتریوز شناخته می شود. اندومتریوز، یک بیماری شایع و مرتبط با نازایی، می تواند باروری زنان را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، این عمل ممکن است خطر انتقال عوامل بیماری‌زای آمیزشی را به دلیل وجود خون و محیط مرطوب افزایش

دهد، که می‌تواند به التهاب دستگاه تناسلی در زنان و مردان منجر شود. از منظر بهداشتی، آمیزش جنسی در این دوره ممکن است به دلیل شرایط فیزیولوژیکی و حضور خون قاعدگی، خطر انتقال عفونت به شریک جنسی را نیز افزایش دهد. در مردان، تماس با خون قاعدگی آلوده به پاتوژن‌ها می‌تواند خطر التهاب یا عفونت دستگاه تناسلی را به همراه داشته باشد.

آیا آمیزش جنسی در سفر ممکن است؟

در خانه، همه چیز فراهم است و زن و شوهر می‌توانند همه مسائل بهداشتی را رعایت کنند، اما در سفر اینطور نیست و ممکن است دسترسی به حمام، دستشویی یا موارد دیگر نداشته باشند. چه باید کرد؟ آیا دست از آمیزش جنسی کشیده شود و به پایان سفر موکول شود؟ نه. آمیزش جنسی کنار گذاشته نشود، به جای آن، این نکته‌ها جدی گرفته شود:

- هرگونه ترشح، زخم و سرخ شدن آلت تناسلی جدی گرفته شود. چراکه ممکن است همین‌ها نشانه بیماری باشد.
- قبل و بعد از آمیزش جنسی، آلت تناسلی و اطراف آن به خوبی شسته شود. قبل و بعد از آمیزش، مثانه خالی شود.
- اگر در آمیزش جنسی از ژلهای مرطوب کننده استفاده می‌شود، حتما ژلهای محلول در آب انتخاب شود.
- در ناحیه تناسلی از موارد خوشبوکننده، اسپری‌ها، مواد شوینده و صابونهای قوی استفاده نشود.
- به جای استفاده از وان در حمام، از دوش استفاده شود.
- لباس زیر غیرنخی و شلوار تنگ پوشیده نشود.
- در هیچ شرایطی آلت تناسلی و اطراف آن با آب رودخانه و یا حتی دریا شسته نشود. زیرا با این کار احتمال عفونت بالا می‌رود.

روابط جنسی در دوران بارداری

بارداری و زایمان، زندگی جنسی زوجین را تا حدود زیادی تغییر می‌دهد. در این دوران، فرصت تجربه جنسی در اثر تصورات و باورهای نادرست از زوجین گرفته می‌شود. احتمال دارد روابط بین زن و شوهر نیز دستخوش تعارض گردد، زیرا تعداد زیادی از زوجها، به صورت ناآگاهانه فعالیت جنسی خود را به تأخیر انداخته و یا تعطیل می‌کنند. از بهترین راهکارها برای کنار آمدن با مشکلات جنسی دوران بارداری، ابتدا درگیر کردن شوهر در مسائل و وقایع دوران حاملگی است. دانش کافی از تأثیر بارداری، زایمان و شیردهی بر رفتارهای جنسی فرد، بسیاری از دغدغه‌های جنسی همسر را برطرف می‌کند. دوم آگاهی از مشکلات احتمالی است که در این دوران پیش می‌آید. این آگاهی باعث می‌شود که زوج از نظر روحیروانی آمادگی رویارویی با مشکلات را به دست آورد.

تا زمانی که حاملگی طبیعی و بدون عارضه است، رابطه جنسی در هر زمان و هر تعدادی که باشد، مشکلی ایجاد نمی‌کند. البته خواست و علاقه خود فرد اهمیت زیادی دارد.

در سه ماهه اول تغییرات هورمونی، خستگی، تهوع، استفراغ و تغییرات ادراری ممکن است بر میل جنسی زن تأثیر منفی داشته باشد.

در سه ماهه دوم مواردی که می‌توانند بر میل و انگیزه جنسی زن تأثیر بگذارند عبارتند از حساسیت پستان‌ها و ناحیه تناسلی که به علت پرخونی این نواحی ایجاد می‌شود و تمایل فرد به رابطه را کاهش می‌دهد. در این شرایط توصیه می‌شود که لمس بدن به نرمی صورت گیرد و یا از نواحی دیگر محرک جنسی استفاده شود. نقاط مختلفی در بدن همه انسان‌ها به لمس و نوازش جنسی پاسخ می‌دهند و تنها ناحیه تناسلی و یا پستان‌ها

نیستند که پتانسیل تحریک جنسی را دارند. در سه ماهه سوم نه تنها میل جنسی کاهش نمی‌یابد، بلکه گاهی اوقات افزایش دارد، اما زن باردار به علت وضعیت بدنی و سنگینی، تمایل کمتری به رابطه نشان می‌دهد. در ادامه حالت و وضعیت مناسب برای اواخر حاملگی تشریح می‌شود. البته زوجین می‌توانند روشی را که خود به آن علاقه دارند ادامه دهند. گاهی در تعدادی از زنان به دلیل افزایش هورمون‌ها، پر خون شدن لگن و لغزندگی واژن تحت تأثیر استروژن، میل جنسی بیشتر و دفعات اوج کامش (ارضای شدن) افزایش می‌یابد. برخی دیگر فعالیت جنسی خود را به علت نگران نبودن از حاملگی و به علت استفاده نکردن از وسایل پیشگیری از بارداری افزایش داده و بیشتر لذت می‌برند.

مشکلات ارتباطی در دوران بارداری

بعضی از زنان در جاتی از افسردگی را در دوران بارداری و پس از زایمان تجربه می‌کنند و با تصور اینکه «همسرشان شرایط او را درک نمی‌کند» و یا «توجه کافی به او ندارد» بحث و جدلهایی را آغاز می‌کنند. در این موقع اگر شوهر از بلوغ کافی برخوردار باشد و با درک صحیح از شرایط بتواند اوضاع را مدیریت کند، اغلب آسیبی به روابط وارد نمی‌شود. تغییرات جسمی که با پیشرفت بارداری در زن ایجاد می‌شود، می‌تواند روابط را با مشکل مواجه سازد. برای مثال زن تصور می‌کند که وضعیت جسمانی او هیچگاه به شرایط قبلی باز نخواهد گشت و شوهر فکر می‌کند که رابطه جنسی در این دوران به جنین صدمه می‌زند.

این گونه تصورات، تمایلات جنسی هر دو نفر را کاهش می‌دهد. علاوه بر نگرشهای جنسی وابسته به تغییرات جسمی، تحقیقات نشان داده اند که حساسیت کلیتوریس در دوارن حاملگی کاهش می‌یابد، زنان میل جنسی پایین و مشکلات اوج کامش را تجربه می‌کنند که حتی تا شش ماه بعد از زایمان هم ادامه خواهد داشت. افزایش سطح هورمون‌هایی مانند استروژن، پروژسترون و پرولاکتین، علاوه بر ایجاد علائمی مانند خستگی، تهوع، حساسیت پستان‌ها و دیگر علائم حاملگی، باعث کاهش میل جنسی و مشکلات تحریکی نیز می‌شوند. هورمون‌هایی مانند ریلکسین بر دیواره، سلول‌های پوششی و قطر واژن تأثیر دارند که باعث کاهش حساسیت واژن می‌شود. البته باید بدانید که تغییرات هورمونی و اثرات منفی این تغییرات بر زندگی جنسی شما به اندازه ای نیست که بتواند شما را به زوج غیر فعال جنسی تبدیل کند. با آگاهی از این موضوع که جنین با روابط جنسی آسیب نمی‌بیند و اطلاع داشتن از وضعیت‌های مناسب آمیزش، زوجین می‌توانند از

روابط جنسی خود لذت ببرند. علیرغم وجود باورهای نادرست و ترس درباره تأثیر فعالیت جنسی بر حاملگی، حفظ تعاملات جنسی بین زن و شوهر در دوران بارداری و بعد از زایمان می‌تواند سلامت جنسی، شادکامی و صمیمیت عمیق بین آنها را تضمین کند.

ارتباط سقط با رابطه جنسی

در یک حاملگی طبیعی، احتمال سقط خودبه خودی ۱۲ تا ۱۶ درصد است که شایعترین دلیل آن مشکلات کروموزومی می باشد. از این رو در حاملگی طبیعی، رابطه جنسی با مقاربت و یا بدون آن باعث سقط نمی شود. در سه ماه اول، اگر سابقه سقط وجود دارد یا در حاملگی فعلی لکه بینی و یا خونریزی تجربه شده و یا عفونت های آمیزشی در زن و یا شوهر تشخیص داده شده است، رابطه جنسی با مقاربت توصیه نمی شود. برخی نکات مهم در بارداری و رابطه زناشویی برای زوجین:

سه ماهه اول

تغییرات روحی - روانی

- شاید در سه ماهه اول، میل جنسی بیشتری داشته باشید، چون نگران پیشگیری از بارداری نیستید.
- ممکن است در مورد مسائل جنسی کمتر فکر کنید، چون بیشتر به مادر شدن و وظایف آن توجه دارید.

تغییرات جسمی

- پستان های مادر حساسیت زیادی پیدا می کنند (از علائم اولیه در سه ماهه اول) که ممکن است با فشار بر آنها، احساس لذت و یا درد داشته باشید.
- تهوع و ویار حاملگی ممکن است اشتها ی جنسی شما را کاهش دهد.
- تهدید به سقط، تعداد مقاربت جنسی و اوج کامش (لذت جنسی) شما را محدود می کند.

- ممکن است اوج کامش شما به تأخیر بیفتد و یا تنها باعث کشش در واژن (مهبّل) و کلیتوریس شود.
- رفتارهای جنسی غیردخولی، در رساندن شما به لذت جنسی به اندازه رفتارهای دخولی ارزشمند هستند.
- به علت احتقان آلت تناسلی زن در حاملگی و نیز آسانی دسترسی به دهانه رحم، دخول عمیق توصیه نمی‌شود. فراموش نکنید که دخول خوشایند که شما را به اوج لذت می‌رساند، تنها می‌تواند با تحریک ۱/۳ ابتدای آلت دو طرف اتفاق بیفتد.

سه ماهه دوم

تغییرات روحیروانی

- با شروع حرکات جنینی، گاه باورهای نادرست، مانند ترس صدمه به جنین و یا آگاهی جنین زنده از عمل جنسی بین والدین، باعث می‌شوند پدر از رابطه جنسی خودداری کند.

تغییرات جسمی

- واژن لزجی بیشتری دارد، کلیتوریس و واژن پرخون شده و احتقان بیشتری دارند. بیشتر زنان برای اولین بار در این سه ماه به علت پرخونی ناحیه تناسلی، اوج کامش (اوج لذت جنسی) را تجربه می‌کنند و با تحریک نرم، مناسب و خوشایند، حتی بارها به اوج کامش می‌رسند.

سه ماهه سوم

تغییرات روحیروانی

- خستگی مادر، تناوب رابطه و طول مدت آن را کم می‌کند.
- وضعیت و حالت قرارگیری در حین رابطه جنسی و ابتکار زوجین در امتحان کردن حالت‌های مختلف مهم است، زیرا اندازه شکم زنان در این سه ماه متفاوت است و هر زوجی باید روش مناسب وضعیت خود را پیدا کنند.

شکایات شایع زنان در انتخاب حالت مقاربت

- نمی‌تواند به پشت بخوابد.
- نمی‌خواهد شوهر در بالا قرار بگیرد.
- نمی‌خواهد دخول عمیق باشد.
- مسائل مربوط به اوج کامش
- سوال شایعی که پرسیده می‌شود این است: «کدام حالت برای رابطه جنسی ایمن است؟»

دو باور نادرست موجود در جامعه پاسخ به این سوال را دشوار می‌سازد:
 ۱. باور نادرست: بارداری یک وضعیت پزشکی است و زن باردار بسیار شکننده و آسیب پذیر است.

پاسخ این است که باید مشکلات سلامتی و عوارض خاصی وجود داشته باشد تا زن را با مشکل جنسی مواجه سازد. یعنی زن و شوهر در این دوران آزاد هستند که هر آنچه را مناسب، خوشایند و لذتبخش می‌دانند، در زندگی جنسی تجربه کنند.

۲. باور نادرست: برای رابطه جنسی، کلیشه و روش درستی وجود دارد و رفتار غیر از آن درست نیست.

این فرضیه نادرست است. شیوه و حالت جنسی را، علاقه مندی و انتخاب زوج تعیین می‌کند. در صورت عدم وجود عارضه در حاملگی، زوجین باید هر روشی را که می‌خواهند امتحان کنند. این یعنی پاسخ سوال بالا را ماما و پزشک بهتر از خود شما نمی‌دانند!

اما قانون عمومی برای رابطه جنسی ایمن و خوشایند عبارت است:

- هر دو نفر (زن و شوهر)، از نظر جسمی احساس راحتی کنند.
- زوجین در حالتی قرار بگیرند که امکان تماس بدنی و جنسی مورد علاقه آنها وجود داشته باشد.
- هر دو نفر توجه داشته باشند که فشار زیادی به شکم وارد نشود. یعنی باید دخول در وضعیتی انجام شود که احتمال فشار بر شکم کم باشد.
- از نظر متخصصان، زن باردار بعد از چهارماهگی باید از خوابیدن به پشت و پهلوی راست برای مدت طولانی اجتناب کند.
- در صورت وجود علائم زیر، رابطه جنسی به همراه مقاربت توصیه نمی‌شود و باید موضوع با پزشک متخصص در میان گذاشته شود:
 - ◀ وجود علائمی مانند لکه بینی، درد زیر شکم و ترشحاتی که زن را مشکوک به سقط می‌کند.
 - ◀ سابقه سقط یا عوارض دهانه رحم (کوتاهی طول دهانه رحم)؛
 - ◀ حاملگی پس از ناباروری و استفاده از درمان‌های کمک باروری مانند تلقیح مصنوعی؛
 - ◀ سابقه و یا وجود خونریزی در حاملگی فعلی به دلایل جفتی مانند جفت سرراهی؛
 - ◀ سابقه زایمان زودرس و یا پارگی زودرس کیسه آب؛
 - ◀ شروع انقباضات رحمی به شکل زودرس؛
 - ◀ عفونت آمیزشی در زن یا شوهر (در صورت مشکوک بودن به وجود عفونت‌های آمیزشی، استفاده از کاندوم توصیه می‌شود).

رابطه جنسی پس از زایمان و در دوره نفاس

در احکام اسلامی، نفاس چنین تعریف می‌شود: نفاس عبارت است از خونی که هنگام تولد و یا بعد از آن از رحم زن خارج می‌شود.

این خون در اصل باقی مانده خونی است که در آغاز یا پس از زایمان در رحم مانده است. پس از زایمان این خون باقیمانده به تدریج از رحم خارج می‌شود. همچنین خونی که قبل از زایمان و به همراه شروع نشانه‌های زایمان از زن خارج می‌گردد، همگی نفاس یا خون ولادت است. فقها مدت آن را به دو یا سه روز قبل از زایمان مقید کرده‌اند. نفاس غالباً با شروع درد زایمان و تولد فرزند شروع می‌شود. بیشترین مدت نفاس چهل روز است و از لحظه تولد بچه و یا دو یا سه روز قبل از زایمان آغاز می‌گردد.

نزدیکی و جماع (به عبارتی دخول واژینال) در نفاس با زن زائو حرام است، اما این بدین معنا نیست که زوجین نمی‌توانند معاشقه و ملاعبه داشته باشند. این حکم شرعی فروعاتی دارد که در این خصوص باید به نظر مراجع عظام تقلید مراجعه کرد.

روابط جنسی زوج پس از تولد نوزاد شکل دیگری به خود می‌گیرد. به دلیل حرام بودن و به دلایل زیر مقاربت (دخول واژینال) بلافاصله بعد از زایمان نباید انجام پذیرد:

- رحم و دهانه رحم در زایمان (طبیعی یا سزارین) تغییراتی می‌کند و برای بازگشت به حالت طبیعی خود، به زمان نیاز دارد. در زمان بهبودی، دیواره رحم به ویژه قسمتی که جفت به آن چسبیده بود، مستعد عفونت است. رابطه جنسی به شکل مقاربت، احتمال عفونت را افزایش می‌دهد. ترشحات دوره ای نفاس به نام لوشیا، علامت ترمیم دیواره رحم است و امکان دارد از ۳ تا ۸ هفته به طول انجامد. زمانی که لوشیا

(ترشحات) با رنگ قرمز روشن (صورتی) قطع شد، علامت بهبودی کامل دیواره رحم است و به احتمال زیاد مقاربت در این زمان ایمن است.

■ اگر زوج هنوز نگران محل بخیه‌ها و ترمیم واژن و پرینه هستند، توصیه می‌شود مقاربت خود را یک تا دو هفته به تأخیر بیندازند و در این فاصله از دیگر شیوه‌های رابطه جنسی مانند معاشقه ملاعبه استفاده کنند. رابطه جنسی تنها دخول واژینال نیست که به دلیل زایمان، برای مدت طولانی رابطه جنسی خود را تعطیل کنند و خود را از نزدیکی عاطفی و لذت بردن از این دوره محروم نمایند. توجه داشته باشند که قطع تعاملات جنسی به هر دلیلی در طول حاملگی و بعد از زایمان، بر اشتها و انگیزه جنسی زوج تأثیر منفی می‌گذارد. تناوب در تعاملات جنسی، خود محرکی برای آغاز چرخه بعدی رفتار و پاسخهای جنسی می‌باشد.

■ بریدگی و بخیه‌های منطقه پرینه (میان‌دوراه) در مدت حدود سه هفته ترمیم می‌شوند. البته بسته به شدت بریدگی و تعداد بخیه‌ها، ممکن است زمان ترمیم طولانی‌تر شود. مقاربت زودهنگام؛ نه تنها دردناک است، بلکه به احتمال زیاد باعث باز شدن بخیه‌ها و گاهی عفونت می‌شود.

■ توصیه می‌شود که زوجین رابطه جنسی با دخول واژینال را در صورت امکان شش هفته به تأخیر بیندازند و در اولین ویزیت بعد از زایمان (۶ هفتگی)، مورد بالا را با ماما یا پزشک خود در میان بگذارند.

سایر نکات مهم

- رابطه جنسی عجولانه پس از زایمان، بدون اینکه جسم و روان زن آمادگی لازم را پیدا کند، می‌تواند به روابط زناشویی آسیب بزند. آمادگی روحی و تحریک جنسی برای زن الزامی است، چون دخول بدون آمادگی و لزجی کافی می‌تواند دردناک باشد و به واژن و پرینه صدمه وارد کند. به همین دلیل، معاشقه طولانی مدت قبل از مقاربت توصیه می‌شود.
- تعداد زیادی از زنان افزایش میل جنسی در روزهای بعد از زایمان را گزارش می‌دهند که علت آن می‌تواند ترشح مقدار زیادی از هورمون "عشق" یعنی اکسیتوسین باشد. این هورمون برای انقباض عضله رحمی و برگشت آن به حالت اول و نیز برای انقباض مجاری شیری ضروری است. دقت شود که در این دوره امیال جنسی نادیده گرفته نشود و از این فرصت برای برگشت به زندگی جنسی (با ملاحظات که ذکر شد) استفاده شود.
- برای خلوت با همسر، حتی برای درآغوش هم بودن با یا بدون رابطه جنسی با شرایط گفته شده، فرصت ایجاد شود.
- از آنجا که رابطه جنسی عملی کاملاً خصوصی است و باید در حریم خصوصی شکل بگیرد، باید دو نفر کاملاً تنها باشند و حتی نوزاد در این محیط قرار نگیرد.
- از بیان احساسات و وضعیت روحی به همسر خودداری نشود، کیفیت رابطه جنسی مهمتر از کمیت یا تعداد رابطه می‌باشد.

بهترین حالات تماس جنسی

"بهترین" حالات تماس جنسی به طور مطلق وجود ندارند، بلکه به نیازها، ترجیحات، و شرایط جسمانی و عاطفی زوج‌ها بستگی دارند. در این راستا، توجه به نکات زیر ضروری است:

راحتی فیزیولوژیکی: حالت انتخاب شده نباید باعث ایجاد فشار یا ناراحتی غیرضروری در مفاصل، عضلات و ستون فقرات شود. هماهنگی با ساختار آناتومیک بدن، کلید تجربه‌ای لذت‌بخش و بدون آسیب است.

رضایت عاطفی: حالات جنسی که امکان برقراری تماس چشمی، نزدیکی بدنی و تعامل عاطفی را فراهم می‌کنند، می‌توانند پیوند صمیمیت بین زوجین را عمیق‌تر سازند.

ایمنی و سلامت: اجتناب از حالات پرخطر که احتمال آسیب جسمانی (مانند فشار زیاد بر کمر) یا افزایش خطر انتقال بیماری‌های مقاربتی را به همراه دارند، از اولویت‌های اساسی است.

تنوع و ترجیحات شخصی: ایجاد تنوع در حالات جنسی می‌تواند از یکنواختی جلوگیری کرده و به کشف لذت‌های جدید و افزایش رضایت هر دو طرف کمک کند. شناخت و احترام به ترجیحات شخصی یکدیگر در این زمینه بسیار مهم است.

ملاحظات پزشکی: شرایط خاصی مانند بارداری، کمردرد مزمن یا محدودیت‌های حرکتی می‌توانند دایره انتخاب حالات جنسی را محدود کنند. در این موارد، مشورت با پزشک و انتخاب حالات مناسب با شرایط جسمانی توصیه می‌شود.

حالات مختلف تماس جنسی معمولاً بر اساس عواملی نظیر میزان تحریک نواحی حساس (مانند کلیتوریس در زنان، نقطه G در هر دو جنس، یا پروستات در مردان)، میزان دسترسی به تماس بدنی و سطح فعالیت جسمانی مورد نیاز، دسته‌بندی می‌شوند. در ادامه به بررسی برخی از حالات رایج و تحلیل مزایا و معایب آن‌ها می‌پردازیم:

۱. حالت میسیونری Missionary Position

در این حالت، یکی از زوجین به پشت دراز می‌کشد و شریک دیگر در بالا قرار می‌گیرد. این حالت یکی از شناخته‌شده‌ترین و سنتی‌ترین حالات تماس جنسی است و در شب زفاف بهتر است از این حالت استفاده شود و زن به پشت دراز بکشد.

مزایا:

امکان تماس چشمی و صمیمیت عاطفی بالا؛ این حالت به دلیل قرارگیری رو در رو، فرصت مناسبی برای برقراری ارتباط چشمی و ابراز احساسات فراهم می‌کند. تحریک مستقیم کلیتوریس؛ با تنظیم زاویه مناسب و حرکت لگن، تحریک مستقیم کلیتوریس برای زن امکان‌پذیر است. مناسب برای افراد با محدودیت حرکتی؛ برای شریکی که دراز کشیده است، نیاز به تحرک زیادی نیست.

معایب:

فشار بر مچ‌ها یا زانوها؛ شریک بالایی ممکن است در صورت عدم تکیه‌گاه مناسب، فشار ناخوشایندی را بر مچ‌ها یا زانوهای خود احساس کند. تنوع حرکتی محدود؛ در این حالت، دامنه حرکتی برای هر دو طرف ممکن است محدود باشد.

۲. حالت داگی استایل Doggy Style

در این حالت، زن بر روی دست‌ها و زانوها قرار می‌گیرد و مرد از پشت وارد می‌شود.
مزایا:

امکان تحریک عمیق‌تر نقطه G یا پروستات: زاویه ورود در این حالت می‌تواند منجر به تحریک عمیق‌تر این نواحی حساس شود.
آزادی حرکت بیشتر برای هر دو شریک: هر دو طرف معمولاً آزادی بیشتری در حرکت و تنظیم ریتم دارند.
معایب:

تماس عاطفی کمتر: به دلیل عدم وجود تماس چشمی مستقیم، ممکن است حس صمیمیت عاطفی در مقایسه با حالت میسیونری کمتر باشد.
فشار بر زانوها یا کمر: برای برخی افراد، قرار گرفتن طولانی‌مدت در این حالت می‌تواند باعث فشار بر زانوها یا کمر شود.

۳. حالت قاشقی Spooning

در این حالت، هر دو زوج به پهلو دراز می‌کشند و یکی از پشت به دیگری نزدیک می‌شود و دخول صورت می‌گیرد.
مزایا:

فشار کم بر بدن: این حالت به دلیل قرارگیری به پهلو، فشار کمی بر بدن وارد می‌کند و برای افراد با کمردرد یا در دوران بارداری می‌تواند مناسب باشد.
تقویت صمیمیت: تماس بدنی نزدیک در این حالت، حس امنیت و صمیمیت را تقویت می‌کند.
معایب:

تحریک محدودتر: در مقایسه با حالات فعال‌تر، میزان تحریک در این حالت ممکن است محدودتر باشد.

۴. حالت سوارکار Cowgirl/Reverse Cowgirl

در این حالت، یکی از زوجین نشسته یا درازکش است و شریک دیگر در بالا قرار می‌گیرد و رو به او (Cowgirl) یا پشت به او (Reverse Cowgirl) می‌نشیند. مزایا:

کنترل بیشتر برای شریک بالایی: شریک بالایی کنترل بیشتری بر ریتم، عمق و زاویه دخول دارد.

تحریک مستقیم کلیتوریس یا پروستات: در حالت Cowgirl، تحریک مستقیم کلیتوریس به راحتی امکان‌پذیر است و در هر دو حالت، امکان تحریک پروستات نیز وجود دارد.

معایب:

خستگی برای شریک بالایی: نشستن و حرکت در بالا ممکن است برای شریک بالایی خسته‌کننده باشد.

نیاز به هماهنگی حرکتی بالا: برای لذت بردن کامل از این حالت، نیاز به هماهنگی حرکتی بین هر دو طرف وجود دارد.

انتخاب حالت مناسب برای تماس جنسی یک فرآیند پویا و متغیر است. آنچه در یک زمان و برای یک زوج لذت‌بخش است، ممکن است در زمان دیگر یا برای زوجی دیگر متفاوت باشد. مهم‌ترین نکته، برقراری ارتباط صادقانه و باز بین زوجین در مورد ترجیحات، احساسات و نیازهایشان است. تجربه حالات مختلف و گفتگو در مورد آنچه لذت‌بخش است، می‌تواند به غنای رابطه جنسی و افزایش صمیمیت عاطفی کمک کند. به یاد داشته باشید که هدف نهایی، لذت بردن هر دو طرف در فضایی امن، راحت و توأم با احترام است.

راهکارهای کاهش انزال زودرس

یکی از چالش‌های رایجی که برخی از مردان در روابط جنسی تجربه می‌کنند، انزال زودرس (Premature Ejaculation) است. این وضعیت که با انزال سریع و قبل از رسیدن به رضایت کافی برای خود یا شریک جنسی مشخص می‌شود، می‌تواند بر کیفیت زندگی، اعتماد به نفس و روابط عاطفی فرد تأثیر بگذارد.

تعریف و عوامل مؤثر در انزال زودرس

به طور کلی، انزال زودرس به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن انزال به طور مداوم یا مکرر، مدت کوتاهی پس از شروع تماس جنسی و قبل از آنکه فرد بخواهد رخ می‌دهد و با احساس ناتوانی در به تأخیر انداختن آن همراه است. این موضوع می‌تواند منجر به ناراحتی و سرخوردگی شود.

عوامل متعددی می‌توانند در بروز انزال زودرس نقش داشته باشند که می‌توان آن‌ها را به ۳ دسته کلی تقسیم کرد:

۱. عوامل جسمی:

حساسیت بالای ناحیه تناسلی.

برخی اختلالات در عملکرد سیستم عصبی.

مشکلات هورمونی.

التهاب یا عفونت‌های احتمالی در دستگاه تناسلی یا ادراری.

برخی بیماری‌های زمینه‌ای.

۲. عوامل روانی:

اضطراب و استرس به ویژه در مورد عملکرد جنسی.
مسائل مربوط به خلق و خو مانند افسردگی.
مشکلات و تنش‌ها در رابطه عاطفی.
تجربه‌های جنسی اولیه یا الگوهای رفتاری خاص.

۳. عوامل مرتبط با سبک زندگی:

رژیم غذایی نامناسب.
عدم تحرک کافی.
مصرف دخانیات و الکل.

راهکارهای مدیریت انزال زودرس

خوشبختانه، روش‌های مختلفی برای کمک به مدیریت و بهبود انزال زودرس وجود دارد. رویکرد مناسب اغلب ترکیبی از این راهکارها است و می‌تواند به فرد در دستیابی به کنترل بیشتر و افزایش رضایت جنسی کمک کند.

۱. تکنیک‌های رفتاری:

تکنیک توقف‌شروع: در این روش، فرد در طول تحریک جنسی، زمانی که احساس نزدیک شدن به انزال را دارد، دست از تحریک برمی‌دارد تا حس فوریت کاهش یابد و سپس دوباره تحریک را آغاز می‌کند. تکرار این چرخه می‌تواند به افزایش آگاهی از نشانه‌های انزال و بهبود کنترل کمک کند. تکنیک فشردن: در لحظه‌ای که فرد احساس می‌کند انزال قریب‌الوقوع است، فشردن محکم سرآلت تناسلی می‌تواند به کاهش تحریک و به تأخیر انداختن انزال کمک کند.

تمرینات عضلات کف لگن: تقویت عضلات ناحیه لگن از طریق تمرینات منظم می‌تواند در بهبود کنترل انزال مؤثر باشد.

۲. مشاوره و روان‌درمانی:

صحبت کردن با یک متخصص می‌تواند به شناسایی و مدیریت عوامل روانی زمینه‌ای مانند اضطراب عملکرد، استرس یا مشکلات رابطه‌ای که ممکن است در انزال زودرس نقش داشته باشند، کمک کند. رویکردهای مختلف روان‌درمانی می‌توانند در این زمینه مفید باشند.

در مواردی که مشکلات در رابطه عاطفی بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد، زوج‌درمانی می‌تواند به بهبود ارتباط و کاهش تنش‌ها کمک کند.

۳. تغییرات در سبک زندگی:

داشتن یک برنامه ورزشی منظم و متعادل می‌تواند به کاهش استرس و بهبود سلامت کلی بدن کمک کند، که به طور غیرمستقیم می‌تواند بر عملکرد جنسی نیز تأثیر مثبت بگذارد.

تغذیه سالم و اجتناب از مصرف الکل و دخانیات نیز برای سلامت عمومی و جنسی توصیه می‌شود.

مهم است که به یاد داشته باشید، انزال زودرس یک مشکل قابل مدیریت است و با صبر، پیگیری و استفاده از راهکارهای مناسب می‌توان بهبود قابل توجهی در این زمینه حاصل کرد. در صورت مواجهه با این مشکل، صحبت با یک متخصص می‌تواند اولین و مهم‌ترین گام در جهت یافتن راه حل مناسب باشد.

سرد مزاجی زنان

کاهش میل جنسی در زنان، که در اصطلاح پزشکی به آن اختلال میل جنسی و برانگیختگی در زنان گفته می‌شود، وضعیتی است که با کاهش یا فقدان علاقه به فعالیت‌های جنسی و یا عدم تجربه برانگیختگی جنسی مطلوب همراه است و این وضعیت برای مدتی طولانی (حداقل شش ماه) ادامه یافته و باعث ناراحتی فرد می‌شود. درک علل زمینه‌ای این موضوع و آگاهی از راهکارهای موجود، گام مهمی در جهت بهبود کیفیت زندگی جنسی و عاطفی زنان است.

عوامل موثر در کاهش میل جنسی زنان

۱. عوامل جسمانی:

تغییرات هورمونی: تغییرات سطح هورمون‌ها در دوره‌های مختلف زندگی مانند یائسگی (به دلیل کاهش استروژن) یا پس از زایمان و در دوران شیردهی می‌تواند بر میل جنسی تأثیر بگذارد.

بیماری‌های خاص: برخی بیماری‌های مزمن مانند دیابت، بیماری‌های قلبی‌عروقی و اختلالات تیروئید می‌توانند باعث کاهش میل جنسی شوند.

مصرف برخی داروها: برخی داروها، به ویژه داروهای ضدافسردگی، داروهای ضدبارداری هورمونی و برخی داروهای فشارخون، ممکن است به عنوان عارضه جانبی باعث کاهش میل جنسی شوند.

۲. عوامل روانی:

اضطراب و افسردگی: حالات روحی نامطلوب مانند اضطراب، استرس مزمن و افسردگی می‌توانند به طور قابل توجهی میل جنسی را کاهش دهند. تجربه‌های منفی جنسی: سابقه تجربیات ناخوشایند یا آسیب‌زا در گذشته می‌تواند تأثیرات طولانی‌مدتی بر نگرش و تمایل فرد به فعالیت جنسی داشته باشد. تصویر بدنی منفی: عدم رضایت از ظاهر و احساس منفی نسبت به بدن خود نیز می‌تواند در کاهش میل جنسی نقش داشته باشد.

۳. عوامل رابطه‌ای:

مشکلات با شریک جنسی: وجود تعارضات، عدم صمیمیت عاطفی یا مشکلات ارتباطی با شریک زندگی می‌تواند منجر به کاهش میل جنسی شود. استرس‌های زندگی: فشارهای ناشی از کار، مسائل مالی، تربیت فرزندان و سایر استرس‌های روزمره می‌توانند انرژی و تمایل فرد به فعالیت جنسی را کاهش دهند.

۴. عوامل فرهنگی و اجتماعی:

تابوهای جنسی و شرم: نگرش‌های منفی فرهنگی و اجتماعی نسبت به مسائل جنسی و احساس شرم یا گناه مرتبط با آن می‌تواند در کاهش میل جنسی زنان نقش داشته باشد. عدم آگاهی جنسی: کمبود اطلاعات صحیح در مورد آناتومی جنسی زنان، نحوه تجربه لذت و اهمیت پیش‌نوازی می‌تواند منجر به عدم رضایت و در نتیجه کاهش میل جنسی شود.

راهکارهای افزایش میل جنسی در زنان

خوشبختانه، راهکارهای متعددی برای کمک به افزایش میل جنسی و بهبود تجربه جنسی زنان وجود دارد. این راهکارها اغلب شامل ترکیبی از تغییرات در سبک زندگی، رویکردهای آموزشی و مشاوره‌ای و در صورت لزوم، مداخلات پزشکی است.

مشاوره و آموزش

مشاوره فردی: صحبت با یک متخصص سلامت جنسی یا روان‌درمانگر می‌تواند به شناسایی و مدیریت عوامل روانی زمینه‌ای مانند اضطراب، افسردگی یا تجربه‌های منفی گذشته کمک کند. همچنین، زوج‌درمانی می‌تواند در بهبود صمیمیت عاطفی و حل مشکلات ارتباطی با شریک زندگی مؤثر باشد.

آموزش جنسی: افزایش آگاهی در مورد آناتومی جنسی زن، اهمیت و نحوه صحیح پیش‌نوازی (که معمولاً به ۱۵ تا ۲۰ دقیقه زمان نیاز دارد) و نقش تحریک کلیتوریس در رسیدن به لذت جنسی می‌تواند به بهبود تجربه جنسی و افزایش میل کمک کند.

تمرینات ذهن‌آگاهی: تمریناتی مانند تنفس عمیق به مدت ۵ تا ۱۰ دقیقه در روز می‌تواند به کاهش استرس و افزایش تمرکز بر لحظه حال، از جمله در طول فعالیت جنسی، کمک کند.

تغییرات در سبک زندگی

ورزش منظم: انجام فعالیت‌های ورزشی منظم، مانند ۳۰ دقیقه پیاده‌روی سریع یا یوگا در بیشتر روزهای هفته، می‌تواند به بهبود خلق و خو، افزایش انرژی و کاهش استرس کمک کند که همگی می‌توانند بر میل جنسی تأثیر مثبت بگذارند.

تغذیه سالم: مصرف یک رژیم غذایی متعادل و غنی از مواد مغذی، از جمله ماهی‌های چرب (حاوی امگا ۳)، آجیل و دانه‌ها، میوه‌ها و سبزیجات، می‌تواند به سلامت عمومی و هورمونی کمک کند.

خواب کافی: داشتن ۷ تا ۸ ساعت خواب با کیفیت در شب برای حفظ تعادل هورمونی و سطح انرژی مطلوب ضروری است.

کاهش استرس: استفاده از تکنیک‌های مدیریت استرس مانند مدیتیشن، یوگا، گذراندن وقت در طبیعت یا گرفتن حمام گرم می‌تواند به کاهش تنش و بهبود میل جنسی کمک کند.

رویکردهای مکمل

برخی از رویکردهای طب سنتی مانند ماساژ با روغن‌های گیاهی خاص یا مصرف برخی مواد غذایی مقوی مانند عسل و بادام ممکن است به بهبود کلی وضعیت جسمی و روحی کمک کنند، اما اثربخشی آن‌ها در افزایش میل جنسی نیازمند بررسی‌های علمی بیشتری است و باید با احتیاط و در صورت تمایل فرد مورد استفاده قرار گیرند.

مهم است که زنان بدانند کاهش میل جنسی یک مشکل شایع است و نباید احساس تنهایی یا شرم در مورد آن داشته باشند. با شناسایی علل زمینه‌ای

و استفاده از راهکارهای مناسب، می‌توان به بهبود قابل توجهی در کیفیت زندگی جنسی دست یافت. صحبت با یک متخصص سلامت جنسی می‌تواند اولین و مهم‌ترین قدم در این مسیر باشد.

مراحل برقراری تماس جنسی

از منظر بهداشت باروری، برقراری تماس جنسی یک فرآیند چند مرحله‌ای و ظریف است که شامل مغازله (معاشقه)، ملاعبه و مباشره (مقاربت) می‌شود. هریک از این مراحل نه تنها برای لذت جنسی، بلکه برای سلامت جسمی، روانی و عاطفی زوجین نیز اهمیت بسزایی دارند. بیایید هریک از این گام‌ها را با دقت بیشتری بررسی کنیم.

۱. مغازله (معاشقه): پیش‌نوازی احساس و آمادگی روانی جسمانی (Foreplay/Emotional and Psychological Arousal)

- مغازله، که اغلب به آن پیش‌نوازی عاطفی و روانی نیز گفته می‌شود، نخستین گام در تعامل جنسی است. هدف اصلی در این مرحله، ایجاد فضایی از صمیمیت عاطفی و آماده‌سازی روانی و جسمانی برای مراحل بعدی است. این مرحله سرشار از لطافت و توجه است و می‌تواند شامل موارد زیر باشد:
- گفت‌وگوی محبت‌آمیز: تبادل کلمات شیرین و صمیمانه که احساس نزدیکی و عشق را تقویت می‌کند.
 - لمس‌های ملایم: نوازش دست‌ها، صورت و موها که حس امنیت و آرامش را القا می‌کند.
 - بوسه و درآغوش گرفتن: ابراز علاقه فیزیکی که پیوند عاطفی را مستحکم‌تر می‌سازد.

تأثیرات فیزیولوژیکی مغازله:

این تعاملات ظریف، تغییرات فیزیولوژیکی مهمی را در بدن هر دو طرف ایجاد می‌کند:

- افزایش جریان خون به اندام‌های تناسلی: زمینه را برای انگیزتگی جسمانی فراهم می‌سازد.
- ترشح هورمون‌های عشق و لذت: اکسی‌توسین و دوپامین ترشح شده و احساس خوشایندی و نزدیکی را افزایش می‌دهند.
- در زنان: تسهیل روان‌سازی واژن که برای مقاربت راحت و لذت‌بخش ضروری است. در مردان: کمک‌کننده به نعوظ و حفظ آن است.

نکات بهداشتی در مغازله:

- ایجاد فضای آرام و بدون استرس: کاهش اضطراب جنسی به تجربه لذت‌بخش‌تر کمک می‌کند.
- تأکید بر رضایت کامل: اطمینان از تمایل و راحتی هر دو طرف برای پیشگیری از آسیب‌های عاطفی بسیار مهم است.

۲. ملاعبه (بازی کردن): لمس لذت‌بخش و اوج‌گیری برانگیزتگی

- ملاعبه مرحله‌ای است که در آن تمرکز بر تحریک مستقیم جسمانی نواحی حساس بدن برای افزایش انگیزتگی و آماده‌سازی نهایی برای مقاربت قرار دارد. این مرحله می‌تواند شامل فعالیت‌های متنوعی باشد:
- انواع ملاعبه: لیسیدن، مکیدن، بوسیدن، گازگرفتن، مالیدن، ماساژدادن، نوازش کردن، فشاردادن
 - تحریک مستقیم نواحی اروژن: نوازش یا تحریک نقاط حساس بدن مانند سینه‌ها، کلیتوریس، آلت تناسلی و سایر نواحی که در افراد مختلف متفاوت است.
 - فعالیت‌های متنوع: بوسیدن‌های عمیق‌تر، ماساژ جنسی با تمرکز بر نواحی حساس

- ارتباط غیرکلامی: توجه دقیق به واکنش‌های بدن شریک جنسی برای تنظیم شدت، نوع و محل تحریک. این امر به درک بهتر خواسته‌ها و لذت‌های یکدیگر کمک می‌کند.

تأثیرات فیزیولوژیکی ملاءبه:

در زنان: افزایش بیشتر روان‌سازی واژن، گشاد شدن کانال واژن و آماده شدن عضلات لگن برای مقاربت.

در مردان: تقویت و حفظ کامل نعوظ و افزایش حساسیت آلت تناسلی.

ترشح اندورفین و کاهش کورتیزول: این تغییرات هورمونی به بهبود کلی تجربه جنسی و کاهش استرس کمک می‌کنند.

نکات بهداشتی در ملاءبه:

استفاده از روان‌کننده‌ها: در صورت نیاز، استفاده از روان‌کننده‌های بهداشتی می‌تواند اصطکاک را کاهش داده و از آسیب دیدن بافت‌ها جلوگیری کند.

رعایت بهداشت فردی: اطمینان از تمیزی بدن هر دو طرف برای جلوگیری از انتقال عفونت‌های تناسلی ضروری است.

۳. مباشره (مقاربت): اوج صمیمیت و لذت جسمانی

مباشره، که به آن مقاربت نیز گفته می‌شود، مرحله‌ای است که شامل دخول آلت تناسلی مرد در واژن زن است. این مرحله اغلب به عنوان اوج فرآیند تماس جنسی در نظر گرفته می‌شود.

تنوع در حالت‌ها: امتحان کردن وضعیت‌های مختلف می‌تواند زمینه را برای راحتی، لذت بیشتر و تجربه حسی متفاوت فراهم کند.

تأثیرات فیزیولوژیکی مباشره:

در زنان: انقباضات رحمی و واژنی در هنگام ارگاسم می‌تواند حس عمیق رضایت و آرامش را به همراه داشته باشد. در مردان: انزال و ترشح مایع منی با احساس لذت شدید (ارگاسم) همراه است. ترشح هورمون‌های پس از ارگاسم: هورمون‌هایی مانند پرولاکتین ترشح شده و به ایجاد حس آرامش و خواب‌آلودگی پس از رابطه جنسی کمک می‌کنند.

نکات بهداشتی در مباشره:

- استفاده از روش‌های محافظت: برای جلوگیری از بارداری بدون برنامه ریزی و انتقال عفونت‌های مقاربتی، استفاده صحیح از کاندوم یا سایر روش‌های پیشگیری از بارداری ضروری است.
- نظافت پس از مقاربت: شستشوی ناحیه تناسلی پس از رابطه جنسی به حفظ بهداشت کمک می‌کند.
- ادرار کردن پس از مقاربت (به ویژه در زنان): این کار می‌تواند به پیشگیری از عفونت‌های ادراری کمک کند، زیرا باکتری‌های احتمالی را از مجرای ادرار خارج می‌کند.

با درک صحیح این مراحل و توجه به نکات بهداشتی مرتبط با هر یک، زوجین می‌توانند تجربه‌ای لذت‌بخش، ایمن و صمیمانه را در کنار یکدیگر سپری کنند و به سلامت جسمی، روانی و عاطفی خود نیز توجه نمایند. به یاد داشته باشید که ارتباط باز و صادقانه در مورد خواسته‌ها و احساسات، کلید یک رابطه جنسی سالم و رضایت‌بخش است.



تغذیه و رابطه جنسی

بین غذا و سلامت جنسی، رابطه‌ای نزدیک برقرار است؛ به گونه‌ای که بیش از هر چیز، لازمه تحقق یک عمل جنسی خوب، غذای سالم و پرانرژی است. بنابراین یکی از علت‌های سردی و ناتوانی همسران در رابطه زناشویی، سوء تغذیه است. اگر زن و مرد از سلامت خوبی بهره‌مند باشند، برای انجام رابطه زناشویی از شور و حال طبیعی برخوردار خواهند بود. می‌توان گفت همه غذاهایی که برای ساختار تندرستی لازم‌اند، برای حیات جنسی نیز بهترین غذا به شمار می‌آیند.^۱

همان گونه که می‌دانید، حیات و سرزندگی انسان‌ها به خونی بستگی دارد که در رگ‌هایشان جاری است. خون از راه رگ‌ها به همه اعضای بدن منتقل می‌شود و آنان را تغذیه می‌کند. خون نیز خود از مواد غذایی‌ای که انسان مصرف می‌کند، ساخته می‌شود. اگر غذای سالم، بهداشتی و پرانرژی مصرف شود، در پی آن خونی سالم و پرانرژی تولید می‌شود. خون افزون‌بر این که مواد اصلی منی را تشکیل می‌دهد، در فعال شدن و استقامت قوا و آلت جنسی نقش تعیین‌کننده و محوری دارد. از این روی تغذیه کافی، سالم و پرانرژی در تامین خون و در پی آن، نشاط بدن و تقویت قوای جنسی نقش اساسی دارد. گاهی انسان به چیزی میل و گرایش دارد، ولی توان بهره‌مندی از آن را ندارد. از این روی اشتیاق به هم بستری، بدون تغذیه درست امکان‌پذیر نیست. یادآوری این نکته نیز لازم است که مصرف دارو یا هر ماده دیگر برای تحریک جنسی، فرد را کم‌کم از قوای جنسی محروم می‌سازد و به ناتوانی جنسی دچار می‌کند؛ زیرا آنان بدون تقویت طبیعی بدن، به تحریک کاذب روی می‌آورند و در واقع از قوای جنسی خود به صورت غیرطبیعی و از راه تحریکات دارویی بهره‌می‌برند.^۲

غذاهای شیرین یا پروتئین داری چون عسل، خرما، کباب، خامه، شیر،

۱. کوهی کمالی، داریوش؛ قادیپناهی، مریم؛ تغذیه و تمایلات جنسی.

۲. همان.

گوشت و نیز پسته، کاهو، هویج زرد، شلغم پخته، زنجبیل، انجیر، زعفران، پیاز، سیر (البته کم)، تخم مرغ، نارگیل و شیر آن، ترنجبین، دارچین، فلفل سیاه، سیب، کاکائو، کندرو موز از خوردنی‌های سودمند و موثر برای تقویت قوای جنسی^۱ اند.

مواد شیمیایی که در بدن به طور طبیعی ساخته می‌شوند و در عملکرد جنسی تأثیر دارند، متاثر از غذاهایی هستند که مصرف می‌شوند. در طول تاریخ بعضی از غذاها را بدون هیچگونه شواهد علمی با میل و عملکرد جنسی مرتبط می‌دانستند، به عنوان مثال آفریقایی‌ها، آسیایی‌ها و فیلیپینی‌ها برای موز خواص جنسی قائل بودند. یونانی‌ها این طرز تفکر را در مورد هویج داشتند. یونانی‌های باستان و رومی‌ها مصرف مقادیر زیاد پیاز را جهت بهبود دوام جنسی توصیه می‌کردند. آریستوفان‌ها سیر را به عنوان درمان ناتوانی تجویز می‌نمودند. تخم مرغ در مصر باستان به عنوان غذای دارای خواص بهبود قوت جنسی توصیه می‌شد. پس از آزمایش‌هایی که توسط دانشمندان بر روی محتوای مواد غذایی صورت گرفت مشخص شد که این عقاید و رسومات بی اساس نبوده است. موز از نظر پتاسیم غنی و برای عملکرد خوب اعصاب و ماهیچه‌ها ضروری است. هویج یک منبع عالی بتاکاروتن (پیش ساز ویتامین A) محسوب می‌شود و به کنترل تولید هورمون‌های جنسی و ترشحات واژینال کمک می‌نماید. سیر و پیاز حاوی مواد شیمیایی هستند که سطوح بالای کلسترول (که یک علت ناتوانی جنسی است) را پایین می‌آورند. تخم مرغ محتوی کولین و اسیدهای آمینه ضروری است که جهت ساخت ناقلهای عصبی درگیر در عمل جنسی کاربرد دارد.^۲

۱. همان.

۲. کوهی کمالی، داریوش؛ قادری‌ناهی، مریم؛ تغذیه و تمایلات جنسی.

ناقل‌های عصبی و هورمون‌های تقویت‌کننده غرایز جنسی و مواد مغذی موثر بر آنها

دوپامین: که محرک هوشیاری هیجان و میل جنسی می‌باشد، در مغز از اسید آمینه تیروزین ساخته می‌شود. از مواد غذایی غنی از تیروزین می‌توان ماهی و لوبیای سویا را نام برد.

استیل کولین: ناقل عصبی اصلی دستگاه عصبی پاراسمپاتیک است و به کنترل جریان خون به اعضای تناسلی در مردان و زنان، ضربان قلب و فشار خون در حین عمل جنسی کمک می‌کند و از کولین یا لسیتین، ویتامین C، ویتامین B₆، ویتامین B₅ و روی ساخته می‌شود.

نوراپی نفرین: که ناقل عصبی اصلی دستگاه عصبی سمپاتیک جهت ایجاد انگیزه جنسی است از اسیدهای آمینه فنیل آلانین، تیروزین، ویتامین C و ویتامین B₆ ساخته می‌شود. مواد غذایی همچون لوبیای سفید، سفیده تخم مرغ و ماهی حاوی میزان قابل توجهی از فنیل آلانین می‌باشند.

اکسید نیتریک: ناقل عصبی ضروری جهت نعوظ آلت مردانه است و جریان خون را در داخل و خارج بافت آلت تناسلی مردانه و زنانه کنترل می‌کند. از اسید آمینه آرژنین ساخته می‌شود. منابع غذایی غنی از آرژنین عبارتند از غذاهای پروتئینی مانند مرغ، بوقلمون.

استروژن: باعث لغزندگی و حفظ خاصیت ارتجاعی بافت بوده و بر میل و انگیزه جنسی تأثیرگذار است.

پروژسترون: هورمون جنسی دیگری است که در بدن مردان و زنان ترشح می‌شود. این دو هورمون (استروژن و پروژسترون) تحت تأثیر مواد مغذی می‌باشند که درباره آنها توضیح داده خواهد شد.^۱

۱. همان.

مواد غذایی مؤثر در تقویت قوای جنسی

بسیاری از غذاها و خوردنیها می‌توانند به تقویت قوای جنسی کمک کنند و موجب شوند زنان و مردان، تجربه بهتری در آمیزش جنسی داشته باشند. با برخی از این غذاها، گیاهان و خوردنیها در ادامه آشنا خواهیم شد:

شکلات: شکلات هرچه تلختر، رابطه جنسی شیرین تر. به همین سادگی. شکلات خالص با افزایش سطح هورمون شادیبخش سروتونین، موجب کاهش استرس و افزایش میل جنسی و در نتیجه آسانتر شدن اوج کامش می‌شود.

سیاهدانه: سیاهدانه، طبعی گرم و خشک دارد، تحریک‌آور است و می‌تواند شیر زنان شیرده را افزایش دهد. برای درمان ناتوانی جنسی، تقویت قوای فکری و تقویت حافظه، ۱۰ گرم سیاهدانه را با ۱۰ گرم کندر به همراه ۵۰ گرم روغن زیتون و ۳۰ گرم عسل مخلوط کنید و روزی یک قاشق از آن را بخورید.

اسفناج: اسفناج، سرشار از منیزیم است. شاید همین کافی است تا خوردن آن التهاب رگ‌های خونی را کاهش دهد و جریان خون را بهتر کند. افزایش جریان خون و بهبود آن، موجب می‌شود خون بیشتری به اندام تناسلی سرازیر شود و در نتیجه لذت رابطه جنسی را افزایش می‌دهد. اوج کامش پایدارتر در زنان و نعوظ طبیعی در مردان، هدیه اسفناج است.

جینسنگ: جینسنگ قرمز می‌تواند اختلالات زودانزالی و اختلالات جنسی دیگر را برطرف کند. جینسنگ قرمز با تأثیر بر دستگاه عصبی مرکزی و بافت‌های جنسی مردان، می‌تواند همان تأثیری را داشته باشد که ویاگرا (داروی تقویت کننده قوای جنسی) دارد.

دارچین: دارچین، پوست درختی بسیار معطر و از پرمصرفترین ادویهها در جهان است که به دلیل طبیعت گرم، می‌تواند قوای جنسی را افزایش دهد. دارچین پودر شده می‌تواند در شکل‌های مختلف و در غذاهای متنوع مصرف

شود. مصرف روزانه ۴ گرم دارچین، ضرری ندارد و بهتر است این اندازه در ۲ یا ۳ نوبت مصرف شود. مصرف زیاد دارچین می‌تواند بیخوابی و حرکت تند قلب را به همراه داشته باشد.

زنجبیل: زنجبیل، یکی از موارد بسیار مفید تقویت قوای جنسی است و با سرعت بخشیدن به جریان خون، میل و قوای جنسی را افزایش می‌دهد. پودر آن را می‌توان همراه با غذا یا عسل خورد. حتی می‌توان از روغن ماساژ زنجبیل هم به صورت استعمال خارجی و برای تحریک نیروی جنسی استفاده کرد.

لفل دلمه قرمز: فلفل دلمه قرمز، تقویت کننده و محرک میل جنسی است و سرشار از ویتامین C و E است. برخی پژوهشگران، ویتامین E را ویتامین جنسی می‌دانند.

نخود: نخود، منبعی بسیار مقوی و مغذی از پروتئین، چربی، کلسیم، آهن، فسفر و همچنین ویتامینهای B۱، B۲، A، و C است و می‌توان آن را یکی از موارد انرژی زا دانست. نخود پخته تأثیر بسیاری در خونسازی و همچنین افزایش میل جنسی دارد. برای تقویت میل جنسی، نخود را در آب بخیسانید و بعد همانطور خام آن را بخورید. آب نخود خیسانده شده هم البته همراه با عسل، برای تقویت قوای جنسی بسیار مناسب است.

پیاز: پیاز، علاوه بر آنکه برای سلامتی بسیار مفید است، در تقویت قوای جنسی زنان و مردان هم بسیار موثر است؛ کافی است گوشت را همراه با پیاز زیاد بپزید و بخورید و یا برای تحریک میل جنسی می‌توانید تخم پیاز را بکوبید و روزی یک قاشق چایخوری از آن را همراه با نبات بخورید.

گردو: گردو به دلیل اسید فولیکی که دارد، می‌تواند ماده‌های بسیار مفید برای زنانی باشد که می‌خواهند باردار شوند. گردو همچنین می‌تواند کمک فراوانی به نعوظ و حفظ آن در مردان کند. گردو با برخورداری از روی و امگا ۳ فراوان، در سلامت جنسی مردان و همچنین بهبود گردش خون آنان بسیار

موثر است. نوعی اسید آمینه موجود در گردو، موجب تقویت میل جنسی می‌شود. همچنین ویتامین E موجود در گردو، با حفظ تعادل و تناسب هورمون‌ها در مردان و زنان، قوای جنسی را بهبود می‌بخشد. برخی به جای ویاگرا از گردو استفاده می‌کنند.

عرق کاسنی: عرق کاسنی، بهترین دارو برای افزایش نیروی جنسی است؛ چراکه سرشار از ویتامین C بوده و با تأثیر بر کبد و بهبود عملکرد آن، موجب تنظیم هورمون‌ها می‌شود و قدرت باروری را بهبود می‌بخشد.

سیگار، مواد مخدر، فقر غذایی، بی تحرکی یا کم تحرکی، گرما و لباس‌های تنگ و چسبان می‌توانند سیر اسپرم‌سازی را مختل نمایند. اثر جانبی مصرف برخی داروها در هر دو جنس، اختلال در عملکرد جنسی است. داروهایی که برای سلامت فرد لازم است اما چنین اثرات جانبی دارد.

مکمل‌های غذایی هم می‌تواند فرایند اسپرم‌سازی را بهبود ببخشد. برخی از این مکمل‌های غذایی موثر در بهبود و تسریع اسپرم‌سازی عبارتند از: روی: مقادیر کمی از روی، باید به طور منظم در رژیم غذایی وجود داشته باشد. این عنصر مهم علاوه بر اسپرم‌سازی و تولید هورمون‌های جنسی، در سلامتی اندام‌های بدن هم نقش دارد.

نخودفرنگی، تخم کدو، کره بادام زمینی و آجیل حاوی مقادیر زیادی روی هستند که مصرف منظم آنها می‌تواند در افزایش باروری موثر باشد. اگر میل و فعالیت جنسی شما بالاتر از متوسط است، طبیعتاً نیاز بیشتری به موادی دارید که روی در خود دارند.

ویتامین B۶: این ویتامین، تأثیر مستقیم بر میل جنسی در زنان و مردان دارد و کمبود آن می‌تواند منجر به افسردگی، کاهش میل جنسی و بی خوابی شود. مواد دارای نشاسته مثل گندم، سیب زمینی پخته، موز، جوجه، ماهی قزل‌آلا، ماهی تن و اسفناج حاوی مقادیر زیاد B۶ هستند.

ویتامین E: این ویتامین هم با آمیزش جنسی و باروری در ارتباط مستقیم است و موجب تقویت میل جنسی می‌شود. روغن‌های گیاهی، ماهی، جوانه گندم و آجیل از برترین منابع ویتامین E هستند.

کیفیت اسپرم، یکی از مواردی است که به طور مستقیم موجب باروری یا ناباروری می‌شود. بر اساس برخی پژوهش‌های انجام شده، جنبندگی اسپرم‌ها در مردانی که هویج بیشتری در رژیم غذایی آنها وجود دارد، ۶/۵ تا ۸ درصد بیش از دیگر مردان است. علاوه بر این، گوجه فرنگی که منبع بسیار لیکوپن بوده و خاصیت ضد سرطانی دارد، می‌تواند تأثیرات مثبت هویج را افزایش داده و کیفیت اسپرم را ارتقا دهد. بنابراین مصرف همزمان هویج و گوجه فرنگی و همراهی این دو، کیفیت اسپرم را بین ۸ تا ۱۰ درصد بهتر می‌کند. این تغییر می‌تواند برخی ناباروری‌ها را از بین ببرد.

علاوه بر هویج و گوجه فرنگی، گردو هم تأثیر شگفت‌انگیزی بر بهبود اسپرم‌ها در مردان جوان دارد. مصرف روزانه گردو در رژیم غذایی، بسیاری از فاکتورهای اسپرم از جمله طول عمر، جنبندگی و ویژگی‌های ظاهری اسپرم را در مردان ۲۱ تا ۳۵ ساله ارتقاء می‌دهد.

تخم کرفس، شاهدانه، زیره کرمانی، نعناع خشک، خرما و یا هسته کوبیده شده آن، گردو، فندق، مغز بادام، نارگیل، پسته، زبان گنجشک و تخم پیاز در کیفیت اسپرم موثر هستند. فولیک اسید آرژنین در آجیل، کنجد، تخم‌مرغ و گوشت هم تقویت‌کننده اسپرم است. چند دستور زیر، به بهبود کیفیت اسپرم کمک خواهد کرد:

- آرد جوانه گندم را در شیر گوسفند هم بزنید و هر روز بخورید.
- کنجد را آسیاب کنید و آن را در شیر حل کنید و بخورید.
- در رژیم غذایی به جای روغن نباتی از روغن زیتون استفاده کنید.

تیامین: B۱ که برای انتقال عصبی مناسب و تولید انرژی در سراسر بدن و عملکرد جنسی ضروری است. منابع غنی B۱ عبارتند از دانه آفتابگردان، نخود سبز، لوبیای پخته، ماکارونی، سیب زمینی.

نیاسین: B۳ نیاسین در بدن به ساخت هورمون‌های جنسی مانند استروژن و تستوسترون کمک می‌کند و همانند تیامین در تبدیل غذاها به انرژی نقش دارد. نیاسین می‌تواند سطوح بالای کلسترول خون را (که یک علت ناتوانی جنسی است) کاهش دهد. منابع خوب نیاسین عبارتند از سینه مرغ، کنسرو تن ماهی، بادام زمینی، قارچ پخته.

اسید پنتوتنیک: B۵ به ساخت هورمون‌های جنسی کمک می‌کند. مواد غذایی غنی از اسید پنتوتنیک عبارتند از قارچ پخته، جگر، ماست، سیب زمینی. **پیریدوکسین: B۶** در انتقال و سوختوساز ناقل‌های عصبی دخیل در میل جنسی مانند دوپامین و نوراپی نفرین موثر است. قرص‌های ضد بارداری و جایگزین درمانی استروژن می‌تواند سطح B۶ را در بدن پایین بیاورد. غذاهای غنی از ویتامین B۶ عبارتند از سیب زمینی، موز، گوشت قرمز، مرغ.

اسید فولیک: B۹ این ویتامین برای ساخت اسید نوکلئیک، تقسیم و تکثیر سلول‌ها و تشکیل گلبول‌های قرمز مورد نیاز است. قرص‌های ضد بارداری و جایگزین درمانی هورمونی می‌تواند اسید فولیک بدن را تخلیه نماید. اسید فولیک در درمان دیسپلازی گردن رحم مورد استفاده است. منابع خوب اسید فولیک عبارتند از جگر، قارچ، اسفناج، مارچوبه.

سیانو کوبالامین: B۱۲ به بدن در ساخت هموگلوبین که ناقل اکسیژن در گلبول قرمز است کمک می‌کند. کاهش سطح B۱۲ می‌تواند سبب کم خونی

و از دست دادن انگیزه جنسی شود. گیاهخواران مطلق نیاز دارند که برنامه غذایی خود را با B۱۲ تکمیل کنند. زیرا این ویتامین فقط در منابع حیوانی به مقدار قابل توجه یافت می‌شود.

ویتامین C: در ساخت هورمون‌های میل جنسی همچون آندروژن، استروژن و پروژسترون دخالت دارد. در رشد و ترمیم و بهبود بافت و استخوان و محافظت گسترده در سراسر بدن و دستگاه عصبی مرکزی نقش دارد. در تشکیل کلاژن که عامل نرمی و قابلیت انعطاف و جوانی پوست می‌باشد، موثر است. منابع غنی این ویتامین عبارتند از مرکبات، گوجه فرنگی، سبزیجات با برگ سبز مانند کلم و بروکلی.

ویتامین A و بتاکاروتن: در رشد سلول بینایی و محافظت در برابر رادیکال آزاد دخالت دارند. ویتامین A به تنظیم ساخت هورمون جنسی پروژسترون کمک می‌نماید که در سبزیجاتی مانند هویج، اسفناج، آب پرتقال و کدوی زرد موجود است. منابع غنی از ویتامین A عبارتند از جگر، شیر و تخم مرغ.

ویتامین E اغلب به آن ویتامین جنسی گفته می‌شود. یک آنتیاکسیدان قوی ضد پیری است و غشاهای مخاطی سلول را از آسیب رادیکال آزاد محافظت می‌کند و برای ساخت هورمون‌ها و مواد شبه‌هورمون که به عنوان پروستاگلاندین شناخته شده‌اند مورد نیاز می‌باشد. منابع غنی این ویتامین عبارتند از بادام، روغن آفتابگردان، روغن ذرت و بادام زمینی.

روی: از نظر جنسی عمدتاً در مردان موثر است و برای تولید تستوسترون و کار درست غده پروستات مورد احتیاج می‌باشد و به کنترل التهاب پروستات و بعضی از موارد ناتوانی کمک می‌کند. غذاهایی همچون گوشت قرمز، ماهی، مرغ و جگر منابع خوب روی هستند.

منیزیم: در ساختن هورمون‌های جنسی شرکت دارد و برای عملکرد صحیح عصب و عضله حیاتی است. سبزیجات با برگ سبز تیره، گلابی و جوانه گندم، منابع خوب منیزیم می‌باشند.

منگنز: در تولید هورمون‌های جنسی مانند آندروژن و استروژن و ناقل‌های عصبی تنظیم کننده میل جنسی مانند دوپامین و نوراپینفرین اهمیت دارد. منابع غنی منگنز عبارتند از گلابی، سبزیجات با برگ سبز تیره، غلات سبوس‌دار.^۱

۱. کوهی کمالی، داریوش؛ قادرپناهی، مریم؛ تغذیه و تمایلات جنسی.

بعد از رابطه جنسی از غذاهایی که خون لطیف در بدن ایجاد می‌کنند و سبب تقویت اعضای رئیسه بدن (قلب، مغز و کبد) می‌شود استفاده کنید. مانند:

- حریره بادام
- زرده تخم مرغ عسلی
- گوشت کبابی گوسفند یا عصاره گوشت
- ماء العسل (یک لیوان آب جوش ولرم شده + یک قاشق غذاخوری عسل)
- مصرف شیرگرم همراه با نبات و روغن بادام شیرین
- شیر بادام، شیرتوت بادام، شیر فندق
- استشمام عطر مناسب با توجه مزاج (عطر هلو یا چوب صندل برای کسانی که خشکی مزاج همراه با حرارت در مغز دارند و عطر طبیعی نرگس یا گلاب در سردمزاج‌ها که سبب تقویت مغز و قلب می‌شود).
- مصرف شیر برنج و فرنی (کسانی که سنگ کلیه دارند کمتر استفاده نمایند).
- مصرف دمنوش به + سیب^۱

از مصرف غذاهای زیر بعد از رابطه جنسی پرهیز کنید:

- کلیه غذاهایی که بالفعل سرد هستند مانند آب یخ و نوشیدنی‌های سرد
- مصرف غذاهای غلیظ و دیرهضم (به دلیل کاهش حرارت معده بعد از رابطه جنسی و کاهش قدرت هضم، مصرف این غذاها توصیه نمی‌شود)
- مانند: حلیم، کله و پاچه، موز، قارچ
- مصرف معجون (سبب اختلال در هضم شما می‌شود).^۲

۱. اصغری، علیرضا؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲

۲. همان.



طب ایرانی در روابط زناشویی

سلامت جنسی از عوامل اساسی و مهم در پایداری زندگی زناشویی است و یکی از مهم‌ترین عوامل خوشبختی زوجین و کیفیت خوب زندگی، روابط مطلوب جنسی است. اختلالات عملکرد جنسی آسیب جدی به اعتماد به نفس فرد، سلامت عاطفی و ارتباطات بین فردی وارد می‌کند. به علاوه با ایجاد احساس محرومیت و عدم ایمنی در همسران می‌تواند به اختلافات زناشویی منجر شود و با اختلال در سلامت زندگی خانوادگی، عامل از هم گسیختگی بنیان خانواده شود. تحقیقات نشان می‌دهد، این اختلالات ارتباط تنگاتنگی نیز با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم و تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارند تا جایی که به عنوان یکی از عوامل مهم طلاق برشمرده می‌شود. در منابع طب رایج به اهمیت سلامت روانی عاطفی در تعدیل تمایلات جنسی پرداخته شده و ارتباط بین اختلالات سلامت روان و اختلالات عملکرد جنسی مورد توجه قرار گرفته است. از دیدگاه طب ایرانی، حفظ سلامت جنسی، کار طبیعت مدبره بدن است که علاوه بر بقای نسل برای حفظ تندرستی به آن نیازمند است. بر اساس طب سنتی، بدن دارای چهار عضو مهم یا اصلی به نام اعضای رئیسه است که شامل قلب، مغز، کبد و گندها است. سلامت بدن در گرو سلامت و عملکرد صحیح هریک از این اعضا است. طب سنتی ایران به عنوان یک طب کل نگر دارای دستورات مشخصی برای سلامت جنسی است. با بررسی تدابیر سلامت جنسی در منابع طب سنتی ایران در می‌یابیم که رابطه جنسی متعادل جهت سلامت جسمی و روانی افراد ضروری است و رعایت تدابیر، منجر به افزایش نیروی جسمانی و پیشگیری از برخی بیماری‌های روانی می‌شود. سلامت اعضا و قوای جنسی، زیر مجموعه‌ای از سلامت بدن محسوب می‌شود که طب سنتی برای حفظ آن، به اصلاح سبک زندگی در شش محور اصلی توصیه می‌کند.

شش اصل ضروری زندگی که رعایت آنها از پایه‌های مهم تندرستی است شامل:

۱- هوا

۲- حرکت و سکون (ورزش)

۳- خوردن و آشامیدن

۴- خواب و بیداری

۵- احتباس (حفظ مواد ضروری) و استفرغ (دفع فضولات)

۶- اعراض نفسانی (حالات روانی).

رعایت تدابیر هریک از ۶ اصل، با تقویت بدن و اعضای اصلی به حفظ سلامت جنسی کمک می‌کند.

تدابیر رابطه جنسی سلامت، اعم از زمان مناسب و تدابیر قبل و بعد از آن به تفکیک در منابع آمده است. که در ادامه به تک تک آنها می‌پردازیم:

۱. منافع مقاربت: مقاربت به هنگام نیاز و با رعایت تدابیر، منجر به آثار مفیدی در بدن می‌شود. افزایش نیرو، نشاط و سرحالی، سبکی در حرکات، افزایش اشتها، رفع غم و اندوه و فکر پریشان، فرونشاندن خشم و غضب، پالایش بدن از مواد زاید، رفع بیماری‌های ناشی از سودا، آشفته‌گی ذهنی و وسواس و رفع علائم خستگی و کندی از جمله این آثار به شمار می‌رود.^۱

۲. آمادگی همسر قبل از مقاربت: رابطه جنسی ترکیبی از ملاطفه، معاشقه، ملاعبه و نزدیکی (مقاربت) است. از تدابیر لازم در شروع رابطه جنسی، پیش‌نوازی است. کلمات محبت آمیز و عاشقانه، در اغوش کشیدن، لمس و تحریکات آرام کمک می‌کند تا با تحریک مناسب همسر، زوجین مقاربتی لذت بخش‌تر را تجربه کنند. و با تحریکات صورت گرفته، امکان انزال همزمان

۱. درویش مفردکاشانی، زهرا؛ ظفرقندی، نفیسه؛ ریسی، فیروزه؛ علی اصل، ژاله؛ مکبری‌نژاد، روشنگ؛ عمارتکار، الهام؛ عمادی، فاطمه؛ افتخار، طاهره؛ مروری بر تدابیر سلامت جنسی از دیدگاه طب سنتی، نشریه تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره ۸، ۷۳۷۹، ۱۳۹۵.

فراهم می‌شود که مناسب‌ترین صورت برای تشکیل نطفه است و احتمال بارداری را افزایش می‌دهد.^۱

۳. اوقات مقاربت: آمیزش جنسی باید بر اساس تمایلات واقعی، قوت جسمی و آمادگی روانی فرد شکل بگیرد. به عبارتی، آمیزش جنسی تنها در زمانی توصیه می‌شود که میل و اشتیاق واقعی به انجام مقاربت وجود داشته باشد و فرد احساس سلامتی و قوت در بدن کند و نعوظ بدون علت و تحریک خارجی به وجود آمده باشد. لذا در افراد سالم، مصرف داروها یا ادویه های مقوی جنسی یا دیدن عکس یا فیلمهای محرک که برای تحریک جنسی بیشتر صورت بگیرد، مغایر سلامت جنسی بدن و موجب ضعف و پیری زودرس است که باید از آن پرهیز شود. مقاربت در زمان گرسنگی، تشنگی و پُری معده توصیه نمی‌شود.

بنابراین در اوقات آلودگی هوا و هوای بسیار سرد و بسیار گرم بهتر است مقاربت انجام نگیرد. پس از کار سنگین و خستگی بدن، بیداری طولانی، همچنین در زمان غمگینی و ناآرامی، مقاربت جذاب نیست. در زمان ابتلا به برخی بیماری‌های حاد همچون؛ امراض ریوی، درد مفاصل و ابتلا به اسهال بهتر است از مقاربت پرهیز شود. محیط مناسب لازم است آرام با دمای معتدل، نور کم و بوی خوش باشد.^۲ بدن پس از مقاربت، به استراحت نیاز دارد، لذا توصیه می‌شود مقاربت در شب با ملاحظه فاصله مناسب از صرف غذا (حداقل حدود ۲ ساعت بعد) صورت گیرد.^۳

۴. دفعات مناسب مقاربت: دفعات مناسب مقاربت بسته به تمایل زوجین

۱. همان.

۲. ناصری، محسن. راهنمای بالینی طب سنتی ایران، طب سنتی ایران، ۱۴۰۰.

۳. البته رابطه جنسی مناسب در زمانهای دیگری از شبانه روز نیز با ملاحظات گفته شده قابل انجام است.

به رابطه دارد. زمان مقاربت بعدی با ملاحظه سن و رعایت قوت بدن و اشتیاق به آمیزش بدون محرک خارجی، تعیین می‌شود. بهترین فاصله، براساس تجربه برای افراد حاصل می‌شود تا دریابد چه فاصله‌ای را رعایت کند تا پس از مقاربت احساس سبکی، نشاط و سر حالی در بدن ایجاد شود. افراد جوان و قوی، به شرطی که افراط در مقاربت نکنند نسبت به سایر سنین قدرت بیشتری برای آمیزش جنسی دارد. به تدریج که از سن جوانی به سمت میانسالی و پیری می‌رویم با افزایش ضعف بدن، دفعات مقاربت نیز کاهش می‌یابد. اما توجه به این نکته ضروری است که اگرچه دفعات نزدیکی کاهش می‌یابد ولی روابط عاطفی و عاشقانه به تدریج پرنگتر می‌شود. با توجه به گزینه‌های مطرح شده فاصله بین مقاربت‌ها حتی در یک فرد هم از زمانی به زمان دیگر متفاوت می‌باشد.^۱

۵. **مضرات افراط در مقاربت:** عدم رعایت اعتدال در مقاربت، عوارضی را در بدن ایجاد می‌کند. ضعف عمومی، سردی بدن، لاغری به خصوص در افراد لاغر، ضعف بینایی و فرورفتگی چشم، کاهش اشتها، تپش قلب، ضعف معده، تشدید درد مفاصل و پیری زودرس از مضرات افراط در مقاربت است.^۲

۶. **چند توصیه پس از مقاربت:** ادرار کردن و تخلیه مثانه، خوردن چند لقمه شیرین و چرب (یا یک قاشق عسل حل شده در آب) و استراحت به منظور تجدید قوا از توصیه‌های پس از مقاربت است. لازم است از هوای سرد، نوشیدن آب سرد، شستشوی بدن یا ناحیه تناسلی با آب سرد پرهیز شود.

۷. **نیاز و توان جنسی در افراد متفاوت:** در رابطه جنسی، دو موضوع مهم

۱. درویش مفردکاشانی، زهرا؛ ظفرقندی، نفیسه؛ ریسی، فیروزه؛ علی اصل، ژاله؛ مکاری نژاد، روشنگر؛ عمارتکار، اله؛ عمادی، فاطمه؛ افتخار، طاهره؛ مروری بر تدابیر سلامت جنسی از دیدگاه طب سنتی.

۲. همان.

وجود دارد یکی نیاز جنسی و دیگری توان جنسی که بر حسب مزاج و تفاوت‌های فردی در افراد مختلف میزان آن متفاوت است. نیاز جنسی تمایل فرد به جنس مخالف و برقراری رابطه جنسی با اوست. اما توان جنسی قدرت برقراری ارتباط جنسی و متضرر نشدن و آسیب ندیدن از آن است. نیاز جنسی لزوماً با توان جسمی رابطه مستقیم ندارد؛ یعنی ممکن است فردی نیاز جنسی زیادی داشته باشد؛ لیکن توانایی کافی برای برقراری ارتباط جنسی و رفع این نیاز نداشته باشد. در این افراد در صورت ادامه ارضا و برقراری مکرر ارتباط بدون توانایی کافی جنسی ممکن است آسیب‌های جسمی (مانند ضعف بدنی) و روانی (مانند غم و اندوه) ایجاد شود. لذا پیگیری درمانی برای تعدیل نیاز جنسی و اصلاح توانمندی جنسی تحت نظر متخصصان این امر الزامیست.

ویژگی‌های جنسی تحت تأثیر عوامل مختلف مانند اجتماع، خانواده و محیط‌های پیرامون، سبک زندگی، تغذیه، افکار و نیز عوامل محیطی مانند تصاویر، فیلم و ... قرار گرفته و قابل تغییر است.

سطح نیاز و توان جنسی زوجین ممکن است با هم متفاوت باشد اما با اصلاح سبک زندگی و توجه به مواردی مانند خواب، تغذیه و کنترل عوامل محیطی و ... می‌تواند تعدیل شده و تقریباً هم‌سطح گردد. البته لازم به ذکر است هم‌سطح بودن نیاز و توان جنسی تنها یک بخش از عوامل تحکیم زندگی است نه همه آن.

ارزیابی ضعف جنسی

تدابیر و درمان‌های مناسب، پس از اطمینان از وجود ضعف جنسی و پس از ارزیابی علت بروز ضعف جنسی توسط متخصص طب ایرانی داده خواهد شد. توجه به این نکته ضروری است که تقویت قوای جنسی برای افرادی است که دچار ضعف جنسی شده‌اند. اختلال در سبک زندگی می‌تواند ضعف در عملکرد جنسی ایجاد کند. در صورتی که با اصلاح سبک زندگی ضعف جنسی برطرف نشود؛ برای بررسی سایر عوامل موثر در ایجاد ضعف جنسی اعم از وجود اختلال جنسی در شریک جنسی، داروهای مصرفی موثر در ضعف جنسی، ضعف در بدن و اعضای اصلی، توصیه می‌شود زوجین به متخصص طب ایرانی ارجاع شوند.

ضعف جنسی و اختلال در سبک زندگی^۱

از آنجایی که اختلال در سبک زندگی می‌تواند ضعف در عملکرد جنسی ایجاد کند. لازم است شرح حال کاملی از سبک زندگی گرفته شود تا در صورت اختلال در هر بخش از سبک زندگی، توصیه و تدابیر لازم به زوجین ارائه شود. بررسی اختلال خواب:

در صورتی که افراد خواب کافی و درستی نداشته باشند و در اصطلاح خسته و خواب آلود باشند، عملیات جنسی (میل و عملکرد) به خوبی انجام نخواهد شد. در صورت عدم استراحت کافی، خواب نامناسب، دیر خوابیدن، خستگی، خوابیدن در مکان نامناسب یا سفت، اختلال خواب، می‌تواند علت ضعف جنسی باشد.

۱. نویسندگان کارگروه تدوین راهنمای بالینی طب ایرانی. اختری، الهام؛ بهرامی، رزیتا؛ درویش مفرد کاشانی، زهرا؛ ظفرقندی، نفیسه؛ مجاهدی، مرتضی؛ مکی‌نژاد، روشنگر؛ راهنمای بالینی درمان گام به گام کاهش میل جنسی بانوان با طب ایرانی.

ارزیابی نوع و کیفیت تغذیه:

برخی مواد خوراکی در صورتیکه زیاد و مکرر مصرف شود، میل جنسی را کاهش می‌دهند. ناشتا آب سرد نوشیدن، مصرف مکرر ترشی‌جات مانند سرکه و چیزهای ترش مانند سماق، ریواس و میوه‌های ترش مانند سیب یا انار ترش، مصرف مکرر گیاهان ضدنفخ مانند زیره و مرزنجوش، مصرف زیاد خوراکی‌های خشک‌کننده مانند شاهدانه، عدس و ارزن، برخی سردی‌جات مانند گشنیز و اسفرزه، برخی خوراکی‌های سرد و بسیارتریدون ادویه مصلح مانند کاهو، کدو و خیار (به جز در مزاج‌های بسیارگرم)، همچنین مصرف بیش از اندازه‌ی انواع فست‌فود و نوشابه، غذاهای خمیری و دیرهضم مانند لازانیا و الویه پُر سس می‌توانند زمینه ساز این اختلال شوند.

بررسی فعالیت بدنی:

همان‌گونه‌که بی‌حرکی، ضعف جنسی ایجاد می‌کند، حرکات سخت و شدید، ایستادن و راه‌رفتن‌های طولانی و مشغولیت دائمی به کار نیز تضعیف‌کننده هستند.

اختلالات روانی (اعراض نفسانی):

اختلالات روانی (اعراض نفسانی) بیش از مشکلات جسمی می‌توانند عامل ضعف جنسی باشند. اختلال در روابط عاطفی بین زوجین، تنش و استرس در روابط بین فردی و محیط کار، وجود افسردگی، نگرانی و ترس و عوامل ایجاد آنها، افکار منفی، کاهش اعتماد به نفس و ترافیک فکری، از عوامل کاهش‌دهنده میل هستند. بدیهی است که اثر عوارض نفسانی در بدن، از دیگر موارد بیش‌تر و سریع‌تر است. در این مورد، با وجود سلامت اندام تناسلی و دیگر اعضا، میل جنسی کم است.

دفع مواد زائد و حفظ مواد ضروری:

احتباس به نگهداری مواد مورد نیاز درون بدن تعریف می‌شود. در افرادی که سابقه اسهال‌های طولانی مدت یا عادات ماهانه زیاد و طول کشنده، یا تعریق زیاد دارند، مواد مفید بیش اندازه از بدن دفع می‌شود. این افراد معمولاً دچار کم‌خونی و ضعف می‌شوند و معمولاً قابلیت باروری پایینی دارند. در این افراد به طور معمول کیفیت پایین اسپرم، تعداد کم آن، تحرک کم اسپرم‌ها یا عوض شدن شکل آنها اتفاق خواهد افتاد. در مورد خانم‌ها نیز یا تخمک آزاد نمی‌شود یا دچار اختلال در قاعدگی و یا تنبلی تخمدان می‌شوند. افرادی که رژیم‌های سخت می‌گیرند، به خوبی غذا نمی‌خورند و با کمی میوه و تنقلات به هوای کاهش وزن سر می‌کنند، معمولاً ضعف بدنی دارند. همچنین این افراد در باروری، میل جنسی و ارضا شدن نیز مشکلاتی خواهند داشت. از طرف دیگر دفع مواد زائد از بدن از طریق مدفوع، ادرار، عادت ماهیانه و... نیز باید به درستی انجام شود. تعریق به اندازه برای دفع بخشی از مواد زائد لازم است و در صورت نیاز، فصد، زالو یا حجامت تجویز و زیر نظر پزشک انجام شود. توجه داشته باشید که فصد و حجامت کردن زیاد و خوردن مسهل زیاد، می‌تواند ضعف جنسی ایجاد کند.

تدابیر سبک زندگی در بهبود ضعف جنسی

برپایه اصول طب ایرانی، برای حفظ سلامتی و بازگرداندن آن، رعایت تدابیر سبک زندگی در اولویت قرار دارد. این اولویت در حوزه مسائل جنسی نیز مطرح است. در بیماران با ضعف جنسی، درمان برپایه علت به وجود آمدن اختلال تعیین می‌شود، ولی بسیاری از زوجین، با اصلاح سبک زندگی و رعایت تدابیر، نتایج مناسب از درمان دریافت می‌کنند و نیازی به درمان دارویی ندارند.

رعایت تدابیر پایه مهم تندرستی در طب ایرانی که به شش اصل «حفظ الصحه» یا «سته ضروریه» معروفند را به زوجین توصیه کنید و بدانید بسیاری از موارد ضعف جنسی با همین تدابیر ساده سبک زندگی رفع خواهد شد:

خواب: تاجای ممکن تا پیش از ساعت ۱۰ شب بخوابید (حدود ۲ ساعت پس از غروب آفتاب). در صورت وجود اختلالات خواب مانند عادت به دیر خوابیدن یا کلنجار پیش از خواب، حتماً با کمک پزشک آن را برطرف کنید. محیط خواب، ساکت، آرام و تاریک باشد. اگر به خواب روز عادت دارید. کم‌کم آن را حذف کنید.

فعالیت بدنی: منظم ورزش کنید. شدت و مدت ورزش روزانه، ترجیحاً به صورت پیاده‌روی و برپایه شرایط فرد و با توصیه پزشک است. ورزش درست یا معتدل، ورزشی است که باعث گرم شدن بدن و سرخی ملایم رنگ چهره (زرد شدن رنگ چهره، نشانه ورزش نامناسب است)، تعریق معتدل، افزایش ضربان قلب و تنفس (تنگی نفس مانع از ادامه ورزش است)، احساس سبکی و نشاط در زمان ورزش و پس از اتمام ورزش شود و هیچگونه درد یا ناراحتی در اعضای مختلف و خستگی به وجود نیارد.

دفع مواد زائد و حفظ مواد ضروری: باید دست‌کم یک بار در روز اجابت مزاج

داشته باشید. اگر علائمی مانند احساس دفع ناکامل، زورزدن هنگام دفع یا عدم دفع روزانه دارید، یا قاعدگی‌تان نامنظم است، به پزشک مراجعه کنید. هر گونه خونگیری (با عنوان حفظ سلامتی یا درمان بیماری) بدون تجویز پزشک دوره دیده یا متخصص طب ایرانی نباید انجام شود.

تدابیر غذا خوردن: منظم غذا بخورید. غذا را خوب بجوید. در هنگام گرسنگی، غذا میل کنید. از برهم‌خوری (خوردن چند نوع غذا در یک وعده) و پرخوری پرهیز کنید. از نیم‌ساعت پیش از غذا، حین غذا و تا دو ساعت پس از آن، از مصرف مایعات خیلی سرد، پرهیزید و در صورت عطش زیاد، مقدار کمی آب را جرعه‌جرعه بنوشید. از نوشیدن آب سرد، در حالت ناشتا، بین خواب، در حال ورزش و بلافاصله پس از ورزش و کار سنگین، استحمام و رابطه جنسی، پرهیز کنید. بلافاصله پس از غذا و تا ۲ ساعت پس از آن، از رابطه جنسی خودداری کنید.

برخی از غذاها و ادویه‌جات که در تقویت قوای جنسی موثر می‌باشند، شامل: حبوبات: نخود، لوبیا و باقلا

سبزیجات: پیاز، تره، شیدر، نعنا و شنبلیله

غذاهای پروتئینی: آب گوشت، کباب بره، زرده تخم مرغ پخته سفت نشده، شیر گاو و شیر میش

مغزها: بادام، فندق، پسته و گردو

مصرف به اندازه ادویه‌جات آشپزخانه‌ای مانند: دارچین، زعفران، زنجبیل و هل

بذرها: بذر شلغم، گزنه، کلم، نعنا، کتان و شنبلیله، بذر هویج (جذر)

میوه‌جات: انگور شیرین، انجیر و خربزه

از طرفی پرهیز از زیاده روی در مصرف غذاها، گیاهان و ادویه‌های خشک کننده مانند: عدس، پونه، زیره، اسپند، مرزنجوش و نیلوفر توصیه می‌شود.

مدیریت حالات عصبی و روانی: عدم سرکوب عواطف و هیجانات و در میان گذاشتن آن‌ها با نزدیکان و دوستان شفیق / شنیدن صداهای فرح‌بخش طبیعت چون آوای رودخانه‌ها، نغمه پرندگان، صداهای خوش / استفاده از بوهای خوش و منظره‌های زیبای طبیعی همچون دشت‌های مفرح و جنگل‌های سبز/ همنشینی با افراد صبور و آرام / تنفس آرامش‌بخش و صحیح برای رفع تنش‌ها (توصیه میشود به‌ویژه در شرایط نامساعد جسمی ذهنی دوبار در روز انجام شود. هردفعه ۵ تا ۱۰ بار نفس عمیق بکشید. ۴۵ شماره دم عمیق، ۳۵ شماره نفس را نگه‌دارید سپس ۴۷ شماره بازدم عمیق و بعد ۳ نفس عادی بکشید. این‌ها مراحل یک تنفس طبی آرامش بخش محسوب می‌شود.) احساس آرامش و نشاط خواهید داشت.

تدابیر آب و هوا: رفتن به مناطق خوش آب و هوا و مشغولیت به گل‌کاری و کاشت گیاه در محیط پیرامون / انجام فعالیت بدنی در آن مناطق برای پاکسازی از سموم تنفسی / استفاده از بوهای خوش مانند بوی نعنا، گلاب، پوست لیمو و پرتقال / استفاده از زیرانداز نمدی و پشمی و کلاه در مناطق سرد/ جلوگیری از برخورد هوای سرد یا باد سرد پنکه و کولر به‌صورت مستقیم به سر، ناحیه کمر، ناف، کلیه‌ها و منطقه تناسلی / پرهیز از نشستن در جای مرطوب، مناطق سرد و صندلی فلزی و پرهیز از راه رفتن بر سطوح سرد بدون پاپوش و صندل مانند سنگ و سرامیک سرد.

توصیه های عمومی در بهبود ضعف جنسی

استفاده از غذاها و گیاهان گرم و رطوبت بخش مثل نخود، انگور و مویز، گرم کردن پشت و کلیه ها، ماساژ ملایم ساق و کف پا موقع خواب، مالیدن روغن های خوشبو بر بدن موقع خواب و زدودن موهای ناحیه تناسلی از تقویت کننده های خوب در ضعف قوای جنسی محسوب می شود.

اقدام اولیه و اصلی، پس از اصلاح سبک زندگی، توجه به قوت بدن و اعضای اصلی (قلب، مغز، کبد و غنادهای) است، اگر علی رغم وجود ضعف در این اعضا تنها به تجویز داروی تقویتی قوای جنسی بسنده شود؛ نتیجه مناسبی از درمان حاصل نخواهد شد.

در طب سنتی ایرانی همواره به این نکته بسیار مهم توجه می شود که، انسان ها از نظر جسمی و روانی با هم متفاوت هستند. بنابراین پزشک متخصص طب ایرانی بر حسب تفاوت های جسمی، روانی و جنسی افراد، برخی از مقویات جنسی اعم از غذاها و ادویه جات را انتخاب و نسخه اختصاصی برای هر فرد تجویز می کند. گاهی مصرف برخی از مقویات جنسی بدون تجویز پزشک، اثر عکس گذاشته و منجر به افزایش ضعف خواهد شد. بنابراین در صورتی که با اصلاح سبک زندگی به تنهایی مشکلات حل نشد، لازم است که از پزشکان دوره دیده یا متخصص برای تشخیص علت و درمان آن کمک گرفته شود.

جمع بندی

طب ایرانی، سلامت جنسی را از ملزومات سلامت جسمی و روانی می‌داند و برای دست یافتن به آن، تدابیرو ویژه‌ای در این حوزه ارائه می‌دهد. اولین گام برای شکل‌گیری رابطه جنسی سالم با اصلاح سبک زندگی براساس تفاوت‌های فردی شروع می‌شود و در این راستا اصلاح الگوی خوردن و آشامیدن، تنظیم خواب و رعایت الگوی ورزش الزامی است. بهبود روابط جنسی ناگزیر از رعایت تدابیر مسائل روانی اعم از کنترل استرس‌ها، هیجانات، ترس‌ها و عواطف است که یکی از اصول بهداشت جنسی از نظر حکمای طب سنتی محسوب می‌شود. البته ملاحظه قوت بدن و اعضای اصلی، برای حفظ سلامت جنسی لازم است. از سویی رعایت رابطه متعادل جنسی از ضروریات است و پرهیز از هرگونه افراط و تفریط (که عوارض هر کدام ذکر گردید) توصیه می‌شود. در این مسیر باید مقاربت و میزان آن با ملاحظه شرایط سنی، توان جسمی و روانی و ملاحظات زمان تناول غذا، وقت اجابت مزاج و فاصله مناسب از مباشرت قبلی اصلاح شود.



شب زفاف

شب زفاف، شبی است که اولین آمیزش کامل زن و شوهر انجام می‌شود که غالباً در شب عروسی اتفاق می‌افتد. دلایل عرفی و روان شناختی نیز، موکول کردن این امر را به شب عروسی، تأکید می‌کنند.

نحوه آمیزش در شب زفاف

در شب زفاف چون هنوز پرده بکارت دختر باقی است؛ معمولاً دخترها استرس بالایی دارند و از انجام عمل زناشویی می‌ترسند. به همین خاطر در این شب اصلاً آمیزش شدید توصیه نمی‌شود. بلکه مرد باید با حوصله و صبر بالایی که از خود نشان می‌دهد؛ استرس همسرش را از بین ببرد و با نوازش‌ها و ملامت‌های مکرر، همسرش را برای یک آمیزش موفق و رضایت بخش آماده کند. با تکنیک‌های خاصی که در جای خود بیان شده است؛ سعی کند؛ وارد عمل شده؛ تا همسرش خیلی متحمل درد نشود. گاهی اوقات به علت ناشی‌گری و بی‌صبری مرد، در شب زفاف، زن دردی را متحمل می‌شود و خاطره بدی از اولین آمیزش در ذهنش نقش می‌بندد و این امر در آمیزش‌های بعدی تأثیر می‌گذارد. گاهی اوقات هم موجب مشکلات جسمی و روانی برای زن می‌شود. لذا توصیه می‌شود در شب زفاف خیلی به حالات روحی همسر توجه شود و او از لحاظ جسمانی و روانی به طور کامل آماده شود. به همین خاطر معمولاً آمیزش شدید، مشکل ساز است.

نکته‌ای که در اینجا باید بر آن تأکید کرد؛ این است که در انسان برخلاف سایر جانداران، کیفیت همبستر شدن با همسر و انجام رفتار جنسی، غریزی نیست و بلکه آموختنی است و باید روش صحیح آن را یاد گرفت. گرچه اصل وجود غریزه جنسی، غریزی و فطری است. به همین دلیل یکی از آموزه‌های ضروری برای هر پسر و دختر جوان که تصمیم دارند؛ ازدواج کنند؛ این است که دانستنی‌های لازم برای این کار را یاد بگیرند.

این دانستنی‌ها شامل:

مقدمات هم‌بستر شدن، شناخت نیازهای عاطفی یک دیگر در هنگام آمیزش و رعایت آن، آگاهی از احکام شرعی آن اعم از زمان و مکان آمیزش و مسائل دیگر آن مثل غسل و امثال آن، رعایت بهداشت ظاهری مثل مسواک زدن، خوشبو بودن و امثال آن، آگاهی از نکات بهداشتی آمیزش و رعایت آن، آگاهی ضمنی از اختلال‌های جنسی (که در صورت وقوع، سریعاً برای معالجه اقدام کنند) است.

بهترین حالت برای اولین تماس جنسی:

ممکن است پس از عقد قبل از عروسی اولین تماس جنسی برقرار شود. در هر صورت چه در دوران عقد و چه در شب عروسی بهترین حالت برای اولین رابطه جنسی برای اغلب زوجین این دو حالت است:

اول: زن به پشت دراز بکشد و مرد در بالا قرار گیرد. خود زن با انگشتانش لب‌های بزرگ را کنار بزند و راه دخول به واژن را باز کند، مرد در برقراری تماس عجله نکند و در صورت لزوم برای کاهش درد دختر، از ژل‌های روان کننده استفاده شود.

دوم: مرد به پشت بخوابد، کاندوم بپوشد، ژل لوبریکانت بزند، بعد زن روی مرد بشیند، با یک دست لب‌های مازور را باز کند، با دست دیگر آلت مرد را در دست بگیرد، چون همه چیز دست زن است، هر موقع خواست آلت مرد را در واژن خود فرو کند.

خصوصیات مکان آمیزش (حجله عروس) و آداب آن

برای این که این شب برای زوجین، علی الخصوص زنان، شبی به یاد ماندنی باشد؛ باید نکاتی را در مورد مکان آمیزش (حجله) به عنوان مکان پایه گذاری و آغاز زندگی جدید، زمینه سازی برای اعتماد طرفین نسبت به هم، از بین بردن اضطراب و تشویش، ایجاد فضای مهربانی و دوستی همراه با ابراز عشق، علاقه و محبت، در نظر گرفتن شرایطی که طرفین را به اوج لذت جنسی (اوج کامش) می رساند؛ رعایت آداب و احکام و عبادات شب زفاف (که در ادامه بدان اشاره خواهد شد)؛ مد نظر قرار داد.

۱. اتاق حجله را قبلاً باید از نظر نور، حرارت، تهویه هوا، صدا، بوی عطر و... مزین نمود و انتخاب اتاق، به گونه ای باشد که امکان ورود فردی به صورت سرزده و ناآگاه در آن نباشد و حتی کودکی در آن اتاق ولو در خواب نباشد.

۲. در اسلام توصیه شده که عروس، وضو بگیرد. سپس آرایش کرده و در حجله منتظر داماد بماند. پسر وارد حجله شود و همسر خود را نگران نکند. این انتظار خیلی طول نکشد و داماد بلا فاصله وارد حجله شود و با آهنگی زیبا و آهسته به عروس سلام کند و هیچ کلمه ای از تعارفات به دنبال نداشته باشد و نگاهش به همسر باشد. عروس باید نگاهش به زمین باشد و به آهستگی به همان اندازه ای که شوهرش می فهمد؛ همان کلمه سلام را پاسخ گوید و خیلی متواضع باشد. داماد اجازه بخواهد که در کنار عروس خانم بنشیند و دختر هیچ جوابی ندهد و ساکت بماند (سکوت علامت رضایت می باشد) و اینک آغاز زندگی مردانگی و زنانگی با نام خدا شروع شود.

۳. داماد به عروس پیشنهاد کند که دو رکعت نماز مستحبی در اتاق حجله بخوانند. نماز خواندن در حجله:

■ نشانه مقدم داشتن بندگی خدا بر بندگی هوای نفس است.

- نشانه آن است که این عروس و داماد، زرق و برق حجله و تشریفات و تزئینات آراسته را علت تامه خوشبختی و سعادت نمی‌دانند.
 - نشانه آن است که عروس و داماد، می‌خواهند شیطان را از دخالت در امور زناشویی خود مأیوس سازند.
 - چنین عروس و دامادی به یکدیگر اعتماد پیدا می‌کنند؛ زیرا هر دو به یک سو (خداپرستی) متوجه شده‌اند.^۱
 - نماز داماد موجب می‌شود که عروس خانم از اضطراب و تشویشی که دارد؛ تسکین پیدا کند و شخصی را که در برخورد اول گمان می‌کرده؛ مهاجم و مسلح است؛ او را چون فرشته‌ای متین و مؤدب و مهربان مشاهده می‌کند.
 - عروس و دامادی که لحظه آغازین زندگی را با نام و یاد خدا شروع کرده‌اند؛ زندگی و نسل بعد از خود را از هر گونه ناکامی و تلخی و شقاوت بیمه می‌کنند.
۴. نماز را که خواندند؛ داماد نظر عروس را درباره استراحت جويا شود و اگر نظری نداد؛ باز در کنارش بنشیند و معاشقه کند و سخنان شیرین و دوست داشتنی از زندگی آینده بگوید و از این که خدا همسری دیندار، شایسته و زیبا نصیبش کرده؛ او را حمد و ستایش کند و این حمد را بلند بگوید به نیت آن که تبلیغی در جهت دین برای همسر باشد که همیشه متوجه باشد که دینداری وی مرغوب شوهرش است.
۵. اگر در حین معاشقه، از گذشته صحبت می‌کنند؛ هرگز از رنج‌ها، قرض‌ها و گرفتاری‌ها چیزی نگویند و داماد از عروس چیزهایی نپرسد که گویا او را محاکمه می‌کند. با زبانی شیرین و الفاظی زیبا به او ابراز عشق و علاقه و محبت نماید.^۲

۱. اسلامی نسب، علی، مشاوره جنسی و زناشویی، نشر نواندیشان، ۱۴۰۲.

۲. همان.

ارضاشدن طرفین از همدیگر نه صرفا مرد

اسلام آنقدر به مسأله لذت بردن طرفین از عمل جنسی عنایت داشته که در ضمن احادیثی که از طرف اولیای دین مطرح شده؛ به ظریف‌ترین مسایل در کسب لذت طرفین، همراه با حفظ کرامت انسانی طرفین اشاره شده است. نکته‌ای که در اینجا لازم است یادآوری کنیم؛ این است که رسیدن زن و شوهر به اوج لذت جنسی (اوج کامش) یکی از علائم انجام شدن موفقیت آمیز آمیزش جنسی است. اما با تأسف باید بگوییم؛ بسیاری از همسران به دلایل مختلف که مهمترین آن عدم آگاهی است؛ از انجام رضایت بخش این عمل ناتوانند و به همین جهت به مشکلاتی اعم از جسمی و روانی مبتلا می‌شوند.^۱ نکته دوم این است که در رسیدن به اوج لذت جنسی، که علامت آن انزال در زن و مرد است؛ بین زن و مرد تفاوت وجود دارد و معمولاً مرد بسیار زودتر از زن به این مرحله می‌رسد. به همین خاطر بسیاری از مردان وقتی به اوج کامش می‌رسند؛ دست از کار می‌کشند. در حالی که هنوز همسرشان به اوج کامش نرسیده است. رها کردن زن در این حالت باعث می‌شود؛ مشکلات جسمی زیادی از جمله ایجاد درد در ناحیه کمر و شکم برایش به وجود آید. پس لازم است مرد به این نکته توجه کند و قبل از آمیزش، همسرش را آماده این کار کند. در روایات فراوانی این موضوع مهم بیان شده و تصریح می‌کند؛ یکی از آداب همیستر شدن با همسر، ملاعبه، یعنی تحریک زن از طریق لمس و مالش بدن و در آغوش گرفتن است. از امام صادق علیه السلام نقل شده که: «پس به هنگام نزدیکی شوخی و بازی و ملاعبه کنید که لذت بخش‌تر و بهتر است و زن ارضاء می‌شود.»^۲

۱. اسلامی نسب، علی، مشاوره جنسی و زناشویی.

۲. همان.

یکی از نیازهای اساسی زن، لمس و نوازش کردن است و این کار ممکن است؛ با دست دادن و یا دستان را روی شانه همسر قرار دادن و یا در آغوش گرفتن که بیشترین احساس شادی و نشاط را به او دست می‌دهد؛ انجام دهند. وقتی که آرمیدند؛ عمل معاشقه را مرد به خوبی انجام دهد (نقاط تحریک پذیر زن از جمله سینه‌ها را لمس کند، ملاعبه و عشق بازی قبل از آمیزش با لمس کردن و نوازش کردن، را انجام دهد). مرد با این رفتار محبت آمیز، می‌تواند مقدمات اوج لذت را برای همسرش فراهم کند.^۱

۱. همان.

آداب شرعی شب زفاف

- البته بعضی از این آداب مخصوص این شب نیست و هر زمان که زن و شوهر می‌خواهند همبستر شوند؛ بهتر است رعایت کنند:
۱. قبل از همبستر شدن وضو بگیرند.
 ۲. قبل از شروع بسم الله بگویند.
 ۳. طوری بخوابند که کف پا یا سر آنها به طرف قبله نباشد.
 ۴. جای آرام و خلوت و در شب انجام شود.
 ۵. با شکم پرو مثانه پر نزدیکی نکنند.
 ۶. از نزدیکی کردن در شب‌های اول، وسط و آخر ماه قمری و نیز شب‌های ماه گرفتگی و طوفان‌های شدید پرهیز کنند.
 ۷. پس از نزدیکی فوراً غسل کنند و با حالت جنابت ن خوابند.
 ۸. اگر قبل از غسل تصمیم دارند؛ دوباره نزدیکی کنند؛ خود را بشویند و وضو بگیرند.
 ۹. در زمان همبستر شدن هیچ کس حتی بچه کوچک مطلع نشود.
 ۱۰. جماع را وقتی انجام دهند که زن میل دارد.^۱

۱. مجلسی، حلیه المتقین.

مشکلات شایع شب زفاف و راهکارهای عملی

شب زفاف به عنوان یکی از مهمترین لحظات زندگی مشترک، می‌تواند هم برای زن و هم برای مرد همراه با چالش‌ها و دغدغه‌های خاصی باشد. در بسیاری از فرهنگ‌ها، انتظارات غیرواقع‌بینانه و عدم آگاهی کافی از مسائل جنسی، این شب را به تجربه‌ای استرس‌زا تبدیل می‌کند. از جمله مشکلات شایع در این شب می‌توان به ترس از برقراری رابطه، واژینیسموس، درد شدید، اختلالات نعوظ در مردان و کمبود دانش جنسی اشاره کرد. در ادامه بصورت خلاصه، به بررسی دقیق این مشکلات و ارائه راهکارهای عملی و علمی برای مدیریت بهتر آنها می‌پردازیم.

۱. ترس از برقراری رابطه جنسی در زنان

علل و عوامل مؤثر

ترس زنان از اولین رابطه جنسی می‌تواند ریشه در عوامل مختلفی داشته باشد، از جمله:

- عدم آگاهی کافی: بسیاری از زنان به دلیل آموزش‌های ناکافی درباره آناتومی بدن خود و فرآیند رابطه جنسی، دچار ترس و اضطراب می‌شوند.
- باورهای فرهنگی و مذهبی غلط: در برخی فرهنگ‌ها، رابطه جنسی به عنوان موضوعی ممنوع یا شرم‌آور معرفی می‌شود، که این نگرش می‌تواند باعث ایجاد ترس و مقاومت روانی شود.
- ترس از درد و خونریزی: برخی زنان به دلیل شنیده‌ها درباره درد اولین رابطه، دچار اضطراب می‌شوند.
- اضطراب عملکردی: ترس از قضاوت شدن توسط همسر یا عدم رضایت او نیز می‌تواند این اضطراب را تشدید کند.

راهکارهای عملی برای کاهش ترس آموزش پیش از ازدواج:

- زوجین، به ویژه زنان، باید قبل از ازدواج درباره آناتومی بدن، فرآیند رابطه جنسی و تغییرات طبیعی بدن اطلاعات کافی داشته باشند. مطالعه کتاب‌های معتبر یا مشاوره با متخصصین می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد.

گفت‌وگوی صمیمانه بین زوجین:

- مرد باید با صبر و حوصله فضایی امن و بدون قضاوت ایجاد کند. فشار آوردن یا عجله کردن می‌تواند ترس زن را افزایش دهد.
- بیان نگرانی‌ها و احساسات به صورت شفاف به کاهش اضطراب کمک می‌کند.

معاشقه و آماده‌سازی تدریجی:

- رابطه جنسی موفق نیاز به پیش‌نوازش کافی دارد. نوازش، بوسه و ایجاد احساس امنیت می‌تواند به آرامش زن کمک کند.
- استفاده از روان‌کننده‌های طبیعی یا مصنوعی در صورت خشکی واژن می‌تواند درد را کاهش دهد.

اجتناب از عجله:

- اگر زن در شب اول احساس آمادگی نمی‌کند، اصرار بی‌جا می‌تواند مشکلات روانی پایدار ایجاد کند. بهتر است زوجین با حوصله و در زمان مناسب این مرحله را آغاز کنند.

۲. واژینیسموس (انقباض غیرارادی عضلات واژن)

تعریف و نشانه‌ها

واژینیسموس یک اختلال روان‌تنی است که در آن عضلات واژن به صورت غیرارادی منقبض می‌شوند و باعث درد شدید یا عدم امکان دخول می‌شود. این مشکل می‌تواند اولیه (از ابتدای رابطه جنسی) یا ثانویه (پس از یک تجربه دردناک) باشد.

علل احتمالی

- ترس و اضطراب شدید از رابطه جنسی
- تجربیات منفی گذشته (مانند سوءاستفاده جنسی)
- باورهای غلط درباره پاره شدن پرده بکارت
- فشارهای خانوادگی یا اجتماعی برای اثربکارت

راهکارهای درمانی

روان‌درمانی و مشاوره جنسی: مراجعه به روانشناس یا مشاور خانواده برای ریشه‌یابی ترس‌ها و اضطراب‌ها ضروری است.

تمرینات عضلات کف لگن (کگل): یادگیری کنترل عضلات واژن از طریق تمرینات کگل می‌تواند به کاهش انقباض کمک کند.

استفاده از دیلاتورهای واژینال: تحت نظر پزشک، استفاده از دیلاتورها (گشادکننده‌های واژن) به تدریج به کاهش حساسیت و انقباض کمک می‌کند.

همکاری همسر: حمایت عاطفی همسر و پرهیز از فشار آوردن، روند درمان را تسهیل می‌کند.

۳. درد شدید در اولین رابطه جنسی

علل شایع:

- تنگی عضلات واژن به دلیل استرس
- خشکی واژن (کمبود روان‌کنندگی طبیعی)
- پارگی پرده بکارت و التهاب موقت

راهکارهای کاهش درد:

- استفاده از روان‌کننده‌های محلول در آب
- انجام پیش‌نوازش کافی برای تحریک ترشحات طبیعی
- انتخاب وضعیت‌های مناسب برای کاهش فشار
- تنفس عمیق و آرام‌سازی عضلات

۴. اختلال نعوظ در مردان (ناتوانی جنسی شب زفاف)

علل احتمالی:

- اضطراب عملکردی
- خستگی یا استرس مراسم عروسی
- مصرف الکل یا سیگار

راهکارها:

- کاهش انتظارات و فشار روانی
- پرهیز از مصرف الکل و مواد مخدر
- مشاوره با پزشک در صورت تداوم مشکل

نتیجه‌گیری

شب زفاف می‌تواند با چالش‌هایی همراه باشد، اما با آگاهی، صبر و همکاری زوجین، این مشکلات قابل مدیریت هستند. در صورت بروز مشکلات جدی مانند واژینیسموس یا اختلالات نعوظ، مراجعه به مراکز مشاوره جنسی ضروری است. یادآوری این نکته مهم است که رابطه جنسی موفق نیاز به زمان، اعتماد و تمرین دارد و نباید انتظار کمال‌گرایانه در اولین تجربه داشت.

فصل هشتم

عوامل ممنوع در رابطه جنسی

۱. آزار جنسی

از نظر اسلام همسران موظفند نسبت به یکدیگر تمکین خاص - آمیزش جنسی - داشته باشند و برای زن انجام این تکلیف، یعنی: آمادگی داشتن، برای رفع نیاز جنسی مرد در هر موقعیت ممکن و متعارف واجب است. منظور از موقعیت ممکن و متعارف این است که هیچ مانع شرعی و عقلی مانند ایام حیض و ترس از بیماری برای تمکین نباشد. تکلیف مرد نیز همبستری با زن و برطرف کردن نیاز جنسی اوست و به ویژه اگر زن نیاز ضروری داشته باشد مانند خوف افتادن به گناه بر مرد واجب است که خواسته زن را برآورده کند. بنابراین، همسران - با توجه به وظایف و اختیارات جنسی خود - به رفع نیازهای جنسی همسرشان موظف هستند.^۱ یکی از مصادیق آزار جنسی امتناع بدون دلیل از برقراری رابطه جنسی توسط هریک از زوجین است.

۲. تنوع طلبی جنسی

تنوع طلبی جنسی ممکن است به صورت تنوع در زمان و مکان آمیزش، روش آمیزش و دفعات آمیزش جنسی باشد. در این صورت آنان می‌توانند با خودافشایی‌های جنسی، درک جنسی متقابل، تفاهم‌های جنسی و عملکرد مناسب جنسی، این تنوع جنسی را در روابط خود فراهم آورند. این نوع تنوع طلبی برای کسب رضایت جنسی همسران مطلوب است.^۲ اما گاهی ممکن است علاوه بر موارد بالا، همسران (بیشتر مردان) دوست داشته باشند روابط جنسی خود را در خارج از چهارچوب زناشویی گسترش دهند و به دنبال شریک جنسی غیر از همسر خود باشند. در این صورت نیز

۱. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۲. همان.

تنوع طلبی جنسی اتفاق افتاده است؛ ولی این نوع رابطه جنسی (خارج از زناشویی) علاوه بر آنکه حرام است ممکن است نتایج وخیمی مانند: احساس خیانت، ناامنی، بی تعهدی، سرخوردگی و در نتیجه نارضایتی جنسی را برای همسران، در پی داشته باشد و نیز ممکن است بر کل روابط زناشویی و خانوادگی آنها اثر بگذارد.^۱

عوامل زیادی موجب تنوع خواهی جنسی همسران (مخصوصاً مردان) می‌شوند که یکی از آنها، نرسیدن به اوج کامش و یا ارضای جنسی نامطلوب است. با آنکه ارضای جنسی در اوج لذت جنسی صورت می‌پذیرد، اما برخی افراد در رابطه جنسی با شریک خود نمی‌توانند به اوج دست یابند و به بیان دیگر به طور ناقص ارضا می‌شوند.

به همین دلیل اگر رضایت جنسی همسران (حتی به صورت نسبی) حاصل نشود و تعهد زناشویی نیز (در حد کافی) وجود نداشته باشد، آنان به رفع نقص‌های جنسی خود می‌پردازند و گاه بهترین گزینه انتخابی برای آنها، گسترش روابط جنسی از دایره زناشویی به سوی خارج از آن است.^۲

زنان باید بدانند که مقاومت در انجام روابط جنسی، برای مردان بسیار آزاردهنده و رنج‌آور است؛ و مردان دوست دارند که همسر آنها همه نیازهای جنسی آنها را برطرف کند و در همه حالت‌ها آنها را ارضا کند.

ممکن است این اشکال بیان شود که رابطه جنسی همسران با بالا رفتن سن به سوی یکنواختی و تکرار پیش خواهد رفت؛ در جواب باید گفت: رابطه جنسی تنها رابطه‌ای است که در زندگی تکراری نمی‌شود و این رابطه اگر در همه عمر به اوج کامش رسیدن را به همراه داشته باشد، تکراری نمی‌شود. همچنین تنوع زمانی و مکانی و نحوه آمیزش جنسی در پیشگیری از خیانت جنسی موثر است.^۳

۱. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۲. همان.

۳. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۳. غیرت ورزی بی جا

همانگونه که غیرت ورزی جنسی (بجا و در حد اعتدال) به رضایت جنسی همسران کمک می‌کند، غیرت ورزی جنسی بی جا نیز در نارضایتی جنسی آنان اثرگذار است. غیرت ورزی بی جا در برخی موارد اگر شدید باشد، نتیجه اختلال شخصیت «پارانوئید» است. شخصیت‌های پارانوئید غالباً شک بیمارگونه دارند و بی دلیل در وفاداری همسر خود تردید می‌کنند.^۱ چنین مسئله‌ای علاوه بر زیان‌های فردی آن برای شخص و همسرش، بر سطح روابط اجتماعی نیز اثرگذار است و این نوع غیرت ورزی افراطی مردان معمولاً در پی سوءظن، خود کم بینی، اعتماد به نفس پایین، باورهای غلط خانوادگی و عقیدتی روی می‌دهد.^۲

از دیدگاه اسلام، ملاک غیرت ورزی، تنها حفظ احکام شرعی و سلامت فرد و جامعه و جلوگیری از روابط ناسالم است؛ وگرنه نه تنها ارزش دینی و اخلاقی نخواهد داشت، بلکه چه بسا اثر وارونه داشته باشد.

امام صادق علیه السلام می‌فرماید: «از غیرت نابجا پرهیز چرا که این کارزن سالم را به بیماری می‌کشاند.» پس، غیرت ورزی جنسی بی جا سوءظن و ناامنی روانی را بر فضای عاطفی و روانی خانواده حاکم کرده، سبب اثر منفی بر روابط جنسی همسران می‌شود.^۳

۱. هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی، ترجمه حسن رفیعی و همکاران، ج ۱.

۲. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۳. همان.

۴. بدرفتاری

بد اخلاقی و بدرفتاری به انسان اجازه نمی‌دهد که انبساط خاطر بیابد. حال آنکه نیاز جنسی باید همراه با صمیمیت و محبت باشد که در صورت بدرفتاری این مسئله با آن تعارض می‌یابد. زنان به همراهی احساسات با نیازهای جنسی خود بیشتر نیاز دارند و بدرفتاری همسر، آنها را در رسیدن به رضایت جنسی ناکام خواهد گذاشت.

از جنبه‌های دیگر اثرگذاری بدرفتاری بر رضایت جنسی همسران، کاهش رضایت زناشویی و رضایت از زندگی آنان است، قبلاً نیز گفته شد که کاهش رضایت از زندگی و رضایت زناشویی با نارضایتی جنسی همسران رابطه مستقیم دارد. از جنبه‌های دیگر اثرگذاری بدرفتاری در رضایت جنسی همسران، می‌توان به مواردی نظیر سخت‌گیری، لجاجت، عصبانیت، رقابت منفی، پرخاشگری، انتقام جویی و پرتوقعی آنان در روابط جنسی اشاره کرد.^۱ از مصادیق بدرفتاری جنسی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- فشار جسمی به همسر برای تحقق خواسته‌های جنسی
- ۲- تهدید به استفاده از زور برای وادار کردن همسر به آمیزش یا فعالیت‌های جنسی دیگر.
- ۳- درخواست‌های کلامی برای انجام نوعی فعالیت جنسی که همسر به طور روشنی از آن ناراضی است.
- ۴- درخواست‌های جسمی خاص برای نوعی از فعالیت جنسی ویژه که همسر از آن ناراضی است.
- ۵- انتقاد از همسر به دلیل سرد مزاجی یا ناتوانی.
- ۶- تهدید به خودداری از روابط جنسی در آینده.

۱. همان.

- ۷- تهدید به برقراری رابطه جنسی با فردی دیگر.
- ۸- تهدید به ترک همسر.
- ۹- کاسته شدن از میل به فعالیت جنسی به دلیل خشم یا ترس از زورگویی همسر.
- ۱۰- خودداری از هر نوع فعالیت جنسی به دلیل خشم یا ترس از زورگویی همسر.
- ۱۱- شاکای بودن یک یا هر دو همسر از فقدان عشق و محبت.
- ۱۲- خودداری از گفتگو با همسر راجع به موضوعات جنسی.^۱

۵. نداشتن آراستگی ظاهری

آراستگی همسران در روابط جنسی و رضایت جنسی آنها اثرگذار است؛ بنابراین به طور کلی می‌توان گفت که نداشتن آراستگی ظاهری نیز نارضایتی جنسی را در پی خواهد داشت.

آراسته بودن لباس (رنگ، اندازه، نظافت و بو) و ظاهر و سرو صورت (آرایش مو، ناخن و ریش) در تحریک جنسی انسان موثر است و به همین دلیل سفارش‌های زیادی درباره آراستگی همسران برای یکدیگر، و آراسته نبودن برای نامحرمان در روایات نقل شده است. در صورت رعایت نشدن آراستگی در محیط خانواده و روابط همسری، این مسئله، باعث ارضا نشدن نیازهای جنسی همسران شده، در صورت ادامه داشتن آن احتمال خروج از عفت‌ورزی وجود دارد که در روابط اسلامی به این مسئله اشاره شده است. قطعاً پوشش و ظاهر تحریک‌کننده باید در کانون خانواده و برای همسر باشد در غیر این صورت همسر احساس تعلق و وابستگی و مالکیت خود را نسبت به طرف مقابل از دست داده و احتمال خیانت افزایش می‌یابد.

۱. کیمیایی، سید علی؛ باقریان نژاد، زهرا؛ راهنمای گام به گام درمان مشکلات زناشویی.

۶. رعایت نکردن بهداشت جنسی

بدیهی است که رعایت نکردن بهداشت جنسی به نارضایتی جنسی همسران خواهد انجامید. از پیامدهای نبود بهداشت جنسی بروز بیماری جنسی و مشکلات گوناگون جنسی است و به طور طبیعی هر عاملی که سلامت جنسی و جسمی همسران را تهدید کند، مانع رضایت جنسی آنان می‌شود. از دلایل رعایت نکردن بهداشت جنسی ناآگاهی و یا کم آگاهی همسران درباره بیماری‌های جنسی است. بنابراین می‌توان گفت که رعایت نکردن نظافت و پاکیزگی در امور زندگی مخصوصاً امور جنسی به نارضایتی جنسی همسران خواهد انجامید.^۱

بهداشت جنسی نقش کلیدی در سلامت روابط زناشویی دارد و بی‌توجهی به آن می‌تواند منجر به عفونت‌ها، حساسیت‌های پوستی و حتی کاهش میل جنسی شود. برخی از مصادیق رعایت نکردن بهداشت جنسی عبارتند از:

- عدم زدودن موهای زائد ناحیه تناسلی: انباشت موها در این ناحیه می‌تواند باعث تجمع باکتری‌ها و بوی نامطبوع شود. بهتر است موها به صورت منظم و با روش‌های ایمن مانند تیغ (با رعایت ضد عفونی) یا اپیلاسیون کوتاه شوند.
- استفاده از مواد شیمیایی معطر در ناحیه واژن: صابون‌ها، دئودورانت‌ها یا اسپری‌های معطر می‌توانند تعادل pH واژن را برهم بزنند و باعث خارش یا عفونت‌های قارچی شوند. شست‌وشو با آب و صابون ملایم بدون عطر کافی است.
- پوشیدن لباس‌های تنگ و غیرنخی: لباس‌های زیر نایلونی یا تنگ رطوبت را حبس می‌کنند و محیط مناسبی برای رشد قارچ‌ها ایجاد می‌نمایند. استفاده از لباس زیر نخی و گشاد توصیه می‌شود.

- عدم شست و شوی دست‌ها قبل و پس از رابطه جنسی؛ این مسئله به ویژه در جلوگیری از انتقال عفونت‌های ادراری و باکتریایی اهمیت دارد.

راهکارهای بهبود بهداشت جنسی

- استحمام قبل و بعد از رابطه جنسی (در صورت امکان) یا شست و شوی ناحیه تناسلی با آب ولرم.
 - پرهیز از دوش واژینال، زیرا این عمل باکتری‌های مفید واژن را از بین می‌برد.
 - تعویض به موقع لباس زیرپس از فعالیت‌های ورزشی یا تعریق زیاد.
 - استفاده از روان‌کننده‌های استاندارد (ترجیحاً پایه آب) به جای بزاق یا لوازم غیربهداشتی.
 - بررسی سلامت جنسی هر دو طرف در صورت مشاهده علائمی مانند خارش، سوزش یا ترشحات غیرعادی و مراجعه به پزشک در صورت نیاز.
- رعایت این نکات ساده نه تنها از بروز بسیاری از مشکلات جلوگیری می‌کند، بلکه به افزایش اعتماد به نفس و لذت بیشتر از رابطه زناشویی کمک می‌نماید.

۸. افراط و تفریط همسران

همسران درباره ارضای نیازهای جنسی همدیگر مسئولیت دارند و باید بکوشند تا این نیاز طبیعی و مهم، در محیط خانه به خوبی ارضا شود؛ زیرا در غیر این صورت ممکن است همسران برای ارضای نیازهای جنسی خود به سمت روابط نامشروع گام بردارند که بنا به فرموده امام صادق علیه السلام بخشی از مسئولیت این انحراف بر عهده همسر است. بنابراین، از مواردی که در کاهش یا نارضایتی جنسی همسران نقش بسزایی دارد، نبود تعادل در رفتارهای

جنسی است؛ زیرا رابطه جنسی زمانی خوشایند و موجب رضایت خواهد بود که در چهارچوب تعادل صورت بگیرد و در صورت وجود افراط و تفریط در روابط جنسی، این مسئله، موجب بروز مشکلات روانی، جسمی و جنسی خواهد شد.^۱ تفریط در روابط جنسی ممکن است ناشی از مسائلی مانند: بی میلی جنسی، خستگی، باورهای ناصحیح، ترس از بارداری، ناهماهنگی برای پاسخگویی به میل جنسی، بیماری‌های جسمی و روانی باشد. تفریط در این باره معمولاً به صورت رفتارهایی همچون کاهش دفعات آمیزش جنسی، ترک آمیزش جنسی، بیزاری جنسی و پرخاشگری بروز می‌کند. افراط در روابط جنسی نیز ممکن است نتیجه عواملی نظیر: اختلالات هورمونی، اختلالات روانی، نشاط بیش از حد، مصرف مواد مخدر و مواد مست کننده باشد و معمولاً به صورت افزایش دفعات آمیزش جنسی، تنوع طلبی جنسی، خشونت جنسی و نارضایتی جنسی بروز می‌کند. هرچند نتیجه در هر دو صورت کاهش فزاینده رضایت جنسی خواهد بود.^۲

در منابع اسلامی به افراط و تفریط در پاسخگویی به شهوات (به صورت خاص و عام) اشاره شده است؛ و برای شهوت گرایی عوارض فراوانی مانند: کاهش عقل، ضعف اراده، مشکلات روحی و روانی و بیماری‌های جسمی، بیان شده است. همچنین مشکلات زناشویی مانند فاصله گرفتن عاطفی و درک نکردن جنسی یکدیگر نیز از عوارض اجتناب ناپذیر شهوت گرایی است.^۳ همانطور که افراط در ارضای غریزه جنسی عوارض نامطلوب بسیاری در پی دارد، پرهیز از رابطه جنسی نیز سبب سرکوب تکانه‌های جنسی می‌شود که در دراز مدت عوارض جبران ناپذیری برای سلامت جسمی و روانی همسران در پی خواهد داشت. به همین دلیل در اسلام ترک ارضای غریزه جنسی پذیرفته نیست.^۴

۱. اوحدی، بهنام، تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیرطبیعی انسان.

۲. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۳. همان.

۴. همان.

۹. ناهماهنگی جنسی

در زندگی زناشویی ناهماهنگی‌های زندگی تقریباً با ناهماهنگی‌های جنسی ارتباط دارند و این ارتباط دوسویه است؛ یعنی همسرانی که در روابط جنسی سازگاری دارند، می‌توانند به راحتی از بسیاری ناهماهنگی‌های زندگی خویش چشم‌پوشند، در حالی که ناهماهنگی‌های زندگی در همسرانی که رضایت جنسی ندارند، نتایج بدی را در پی دارد.^۱

در مطالعه‌ای درباره همسران جوانی که دو ماه رابطه جنسی خود را قطع کرده بودند، شایع‌ترین دلیل قطع یا مهار فعالیت جنسی ناهماهنگی زناشویی دانسته شده است.^۲

در ادامه به چند نمونه از ناهماهنگی‌های جنسی اشاره می‌شود:

- ناهماهنگی در میل جنسی: در صورت ناهماهنگی میل جنسی همسران (به هر دلیلی) این مسئله خواسته و یا ناخواسته به نارضایتی جنسی آنان خواهد انجامید. نداشتن میل جنسی گاهی ممکن است نشانه دشمنی با همسر یا علامتی از رابطه رو به تباهی باشد.^۳

مزاج جنسی افراد متفاوت است، و به همین دلیل ممکن است برخی همسران سرد مزاج و برخی دیگر گرم مزاج باشند. در این صورت اختلافات جنسی بروز خواهند کرد که نارضایتی جنسی از عوارض نخستین آن خواهد بود. هرچند تفاوت‌های میل جنسی همسران، زیستی، غیرارادی و اجتناب‌ناپذیر است ولی آنچه بر آن تاکید می‌شود، ناهماهنگی‌هایی است که در قالب رفتارهایی بر میل جنسی اثر می‌گذارند. این گونه ناهماهنگی‌های رفتاری در میل جنسی به سبب تغذیه و برخی رفتارها پدید می‌آیند و بر میل جنسی همسران اثر مثبت و یا منفی دارند و اگر به آنها توجه کافی نشود،

۱. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۲. بهنام اوحدی، تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیر طبیعی انسان.

۳. همان.

ممکن است این ناهماهنگی‌ها اختلافات میل جنسی همسران را بیشتر کند؛ در واقع اصلاح مزاج و تعدیل آن با استفاده از دستورات طب سنتی و آداب اسلامی و یا مراجعه به پزشک راهگشا خواهد بود.^۱

برخی ناهماهنگی‌ها نیز به سبب وضعیت‌های خاص در همسران ایجاد می‌شود که مهمترین آن‌ها بارداری و زایمان است. برخی تحقیقات، نشان می‌دهد که تغییرات فیزیولوژیک و روانی مانند دیسپارونی (مقاربت دردناک)، نداشتن میل جنسی، خشکی واژن و نرسیدن به اوج لذت جنسی در دوران بارداری زنان ایجاد می‌شوند که ممکن است بر مراحل چرخه پاسخ جنسی زن اثر گذاشته، تغییرهایی را در روابط جنسی آنان ایجاد کنند. گاه این تغییرها موجب پریشانی زن و شوهر و ناهماهنگی آنان در روابط جنسی می‌شوند.^۲

■ ناهماهنگی در دفعات آمیزش جنسی: با توجه به کمی بودن مردان و کیفی بودن زنان در رابطه جنسی، ناهماهنگی در دفعات آمیزش جنسی دور از انتظار نیست و ناهماهنگی در دفعات آمیزش جنسی ممکن است بر رضایت جنسی همسران اثر منفی بگذارد. این ناهماهنگی‌ها معمولاً در اوایل ازدواج نمود بیشتری دارد، اما پس از مدتی به هماهنگی‌های نسبی و با ثبات تبدیل می‌شوند. زن و شوهر دوست دارند که در رابطه جنسی به حداکثر لذت و رضایت برسند، اما این مسئله در صورتی خواهد بود که قبلاً درباره دفعات رابطه جنسی به تفاهم نسبی و هماهنگی ضمنی دست یافته باشند. هرچند دفعات رابطه جنسی ممکن است در شرایط خاص و یا در بازه زمانی خاص رخ دهد.^۳

■ ناهماهنگی در روش آمیزش جنسی: ناهماهنگی همسران در روش آمیزش جنسی، موجب احساس یکنواختی و کسالت جنسی در آنان می‌شود. همچنین در برخی وضعیت‌های خاص مانند: خستگی، بیماری، بارداری و

۱. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

۲. همان.

۳. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.

نقص عضو باید از روش آمیزش جنسی خاص استفاده کرد و در صورت ناهماهنگی همسران در استفاده از روش مناسب آمیزش جنسی، ممکن است رضایت جنسی آنان کاهش یابد.

اهمیت هماهنگی در روش آمیزش جنسی زمانی معلوم می‌شود که طبیعت جنسی همسران متفاوت باشد؛ یعنی یکی گرم مزاج و دیگری سرد مزاج باشد. این اختلاف مزاجی بر اوج کامش آنان اثر می‌گذارد، به طوری که یکی زودتر و دیگری دیرتر به اوج کامش می‌رسد و اگر از روش مناسبی برای آمیزش جنسی استفاده نشود، ممکن است یکی ارضا شده، دیگری ارضا نشود.^۱ بنابراین روش‌های آمیزش جنسی در اوج کامش بهتر و به هنگام نقش اساسی دارند، به طوری که برخی روش‌های آمیزش جنسی اوج کامش را لذت بخش‌تر می‌کنند. همچنین روش‌های آمیزشی در صدهای متفاوتی از لذت را برای همسران در پی دارند، به طوری که برخی روش‌ها موجب لذت بیشتر برای زن و برخی دیگر موجب لذت بیشتر برای شوهر می‌شود. بنابراین، ناهماهنگی در روش‌های آمیزشی موجب اوج کامش نابهنگام و ناقص و لذت کمتر در همسران می‌شود. پس، خودافشایی جنسی و هماهنگی‌های لازم برای کسب رضایت جنسی ضروری به نظر می‌رسد. از سوی دیگر، روش‌های آمیزشی جنسی متعدد در کسب رضایت بیشتر نقش دارند. از این رو مردان به جای اینکه به فکر رابطه‌های جنسی متعدد باشند بهتر است تنوع در رابطه جنسی با همسر خود را تجربه کنند.^۲

■ ناهماهنگی در زمان و مکان آمیزش جنسی: گاهی یکی از همسران ممکن است رابطه جنسی صبحگاهی را ترجیح دهد ولی طرف مقابل رابطه شبانه را بپسندد. یا ممکن است یکی از همسران آمیزش جنسی

۱. همان.

۲. همان.

را در زمان‌هایی که مشغله فراوانی برای روز بعد دارد، نپسندد، در حالی که دیگری ممکن است این وضعیت را برای آمیزش جنسی ترجیح دهد. همچنین ممکن است شرایط مکانی برای یکی مهم و برای دیگری چندان مهم نباشد. مثلاً ممکن است رنگ مکانی که آمیزش جنسی در آن صورت می‌گیرد، برای یکی مهم و برای همسر او مهم نباشد. درباره گرما و سرمای مکان آمیزش جنسی نیز ممکن است اختلاف وجود داشته باشد. یا ممکن است نور مکان آمیزش جنسی جذابیت جنسی مرد را افزایش دهد، ولی همسرش تاریکی را بیشتر بپسندد. بنابراین بهتر است همسران در این موارد به جای لجاجت و ایجاد اختلاف درصدد تفاهم باشند یا اگر خطای شناختی خاصی دارند درصدد اصلاح آن برآیند.^۱

راهکارهای عملی جهت حل ناهماهنگی جنسی

ناهماهنگی در ترجیحات زمانی و مکانی آمیزش جنسی بین زوجین می‌تواند به چالشی در رابطه تبدیل شود، اما با رویکردهای مبتنی بر تفاهم و انعطاف‌پذیری، قابل مدیریت است. در اینجا به طور خلاصه برخی راهکارهای عملی با استناد به منابع علمی ارائه می‌شود:

۱. گفت‌وگوی صریح و همدلانه

تشریح ترجیحات: هریک از طرفین باید بدون قضاوت، ترجیحات خود را بیان کنند (Mark et al., ۲۰۱۸).

فعال‌گوشی: گوش دادن به نیازهای طرف مقابل و تأیید احساسات او (پذیرش بدون قضاوت) می‌تواند فضای امنی برای گفت‌وگو ایجاد کند (Gottman, ۲۰۱۵).

۲. یافتن نقاط مشترک (Compromise)

تناوب در انتخاب: مثلاً یک بار صبح و بار دیگر شب رابطه برقرار شود (Willoughby et al., ۲۰۲۰).

ایجاد شرایط میانه: مثلاً تنظیم نور به میزان متوسط یا استفاده از نورهای قابل تنظیم (Brody & Costa, ۲۰۱۹).

۳. انعطاف‌پذیری شناختی

چالش با خطاهای شناختی: مثلاً اگر یکی از طرفین فکر می‌کند «همیشه باید شرایط ایده‌آل من فراهم باشد»، با تکنیک‌های درمان شناختی‌رفتاری (CBT) این باور اصلاح شود (Beck, ۲۰۱۶).

تغییر نگرش: تمرکز بر لذت رابطه به جای شرایط محیطی (Muise et al., ۲۰۱۹).

۴. تنظیم محیط بر اساس نیازهای مشترک

تنظیم دما: استفاده از سیستم‌های گرمایشی/سرمایشی قابل کنترل یا پوشش مناسب (Pukall et al., ۲۰۲۰).
تنوع مکانی: تغییر مکان رابطه (مثلاً اتاق خواب مقابل پذیرایی) برای تنوع بخشیدن (Kleinplatz, ۲۰۲۱).

۵. برنامه‌ریزی زمانی

زمان بندی توافقی: مثلاً رابطه در روزهای تعطیل که مشغله کمتر است (Mark et al., ۲۰۱۸).
علائم غیرکلامی: استفاده از نشانه‌های توافقی (مثل لباس خاص) برای درخواست رابطه (Gottman, ۲۰۱۵).

۶. آموزش و آگاهی بخشی

مطالعه منابع معتبر: مانند کتاب «Come as You Are» (ناجی، ۲۰۲۱) که تفاوت‌های جنسی را توضیح می‌دهد. در کتاب «Come as You Are» (ناجی، ۲۰۲۱) به این نکته کلیدی اشاره می‌شود که تفاوت‌های فردی در تمایلات و ترجیحات جنسی از جمله اختلاف نظر در مورد زمان مناسب (صبح یا شب)، شرایط محیطی (نور، دما یا مکان) و حتی وضعیت روحیروانی هر فرد نه تنها طبیعی است، بلکه نشانه‌ای از تنوع گسترده‌ی تجربیات انسانی محسوب می‌شود. نویسندگان با استناد به پژوهش‌های علمی توضیح می‌دهد که این تفاوت‌ها اغلب ریشه در عوامل فیزیولوژیک (مانند ریتم‌های circadian)، الگوهای تربیتی و حتی تجربیات گذشته دارد. راهکار اصلی ارائه شده در کتاب، دوری از برچسب‌زنی (مثل "سردمزاج" یا "پرتمایل") و حرکت به سمت درک متقابل از طریق گفت‌وگوی صادقانه و آزمایش شرایط مختلف برای یافتن الگوهای سازگار با نیازهای هر دو طرف است. این فرآیند نه تنها تعارضات

را کاهش می‌دهد، بلکه می‌تواند به کشف علایق جدید و تقویت صمیمیت بین زوجین منجر شود (ناجی، ۲۰۲۱).
مشاوره تخصصی: مراجعه به درمانگران جنسی برای حل تعارضات عمیق (APA, ۲۰۲۲).

۷. تمرین ذهن‌آگاهی (Mindfulness)
کاهش اضطراب ناشی از شرایط ایده‌آل با تمرین‌های حضور در لحظه (Brotto et al., ۲۰۲۰).

انواع الگوهای ارتباطی زن و مرد در روابط جنسی

الگوهای ارتباطی زن و مرد برای برقراری رابطه جنسی از ۳ حال خارج نیست

۱) الگوی ارتباطی سازنده متقابل

در این حالت هم زن و هم مرد متقاضی برقراری رابطه جنسی هستند و ممکن است در خصوص زمان، مکان، نحوه ارتباط و ... نیازمند گفتگو و تفاهم باشند.

۲) الگوی ارتباطی اجتنابی متقابل

در این حالت هم زن و هم مرد تمایلی به برقراری رابطه جنسی ندارند، لذا مشکلی ایجاد نمی‌شود.

۳) الگوی ارتباطی توقع کناره گیری

در این حالت یکی از زن یا مرد متقاضی برقراری رابطه جنسی است اما طرف مقابل امتناع می‌کند. دو حالت پیش می‌آید:

اول : مرد تمایل دارد، زن تمایل ندارد، چه باید کرد؟ زن تمکین کند اگرچه ارضا نشود.

دوم: مرد تمایل ندارد، زن تمایل دارد، چه باید کرد؟ زن تمام توانمندی‌های خود مانند عشوه، جلوه‌نمایی، زیبا سخن‌گویی و ... را بکارگیرد تا مرد را تحریک کند. در اغلب موارد مرد نیز متمایل خواهد شد.



مزایای حاملگی و
فرزندآوری از منظر سلامت

مطالعات علمی متعددی فواید قابل توجه بارداری و فرزندآوری را برای سلامت جسمی و روانی زنان آشکار کرده‌اند. در ادامه به برخی از مهم‌ترین این مزایا اشاره می‌شود:

محافظت در برابر فیبروم رحم

هر بارداری بالای ۲۰ هفته، اثر محافظتی در برابر ایجاد فیبروم در رحم زنان دارد. سن پایین‌تر در اولین بارداری با کاهش خطر ابتلا به فیبروم مرتبط است. فاصله زیاد بین بارداری‌ها خطر ابتلا به فیبروم را افزایش می‌دهد.

بهبود علائم سندرم تخمدان پلی کیستیک و افزایش سلامت عمومی لگن بارداری در برخی زنان منجر به بهبود یا کاهش علائم سندروم تخمدان پلی کیستیک می‌شود. افزایش خون‌رسانی لگنی در دوران بارداری باعث تقویت رحم و تخمدان و بهبود سلامت عمومی زنان می‌گردد.

کاهش خطر بیماری‌های زمینه‌ای و عوارض قلب عروقی تجربه بارداری و شیردهی با کاهش احتمال ابتلا به فشار خون، قند خون، و چربی خون (عوامل خطر بیماری‌های قلبی عروقی و سکته مغزی) همراه است.

تقویت سیستم ایمنی و مقابله با بیماری‌های خودایمنی بارداری می‌تواند با تقویت دستگاه ایمنی بدن، و توان مقابله با بیماری‌های خود ایمنی مانند ام اس را افزایش دهد.

جوان سازی و افزایش طول عمر مادر از طریق سلول‌های بنیادی جنین در طول بارداری، سلول‌های بنیادی جنین به بدن مادر منتقل شده و باعث جوان سازی مادر و در نتیجه افزایش طول عمر و سلامت مادر خواهد شد.

کاهش خطر ابتلا به سرطان‌های تخمدان و رحم تغییرات هورمونی در دوران بارداری و شیردهی و کاهش چرخه‌های قاعدگی، احتمال ابتلا به سرطان‌های تخمدان و رحم را کاهش می‌دهد. هرچه سن اولین بارداری پایین‌تر باشد، این اثر محافظتی بیشتر است. بارداری اول به ویژه در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی در برابر سرطان تخمدان محافظت کننده است و خطر ابتلا را تا ۴۰ درصد کاهش می‌دهد.

نقش محافظتی شیردهی در برابر سرطان تخمدان
مطالعات نشان داده اند که سابقه شیردهی با ۲۴ درصد کاهش خطر ابتلا به سرطان مهاجم تخمدان همراه است. مدت زمان شیردهی با کاهش خطر سرطان تخمدان ارتباط معکوس دارد؛ به‌طوری شیردهی طولانی‌تر (۱۲ ماه یا بیشتر به ازای هر فرزند) خطر را تا ۳۴ درصد کاهش می‌دهد. شیردهی با سرکوب تخمک‌گذاری، زمینه را برای کاهش تقسیم سلولی و رشد تخمدان و در نتیجه کاهش احتمال رشد سلول‌های سرطانی فراهم می‌کند.

کاهش خطر سرطان پستان با بارداری و شیردهی
بارداری به طور طبیعی سبب کاهش خطر سرطان پستان در زنان می‌شود. شیردهی به مدت دو سال برای هر فرزند، بالاترین میزان محافظت در برابر سرطان پستان را برای مادر فراهم می‌آورد. هر ۱۲ ماه شیردهی، خطر ابتلا به سرطان پستان را ۴/۳ درصد کاهش می‌دهد. هر بارداری و زایمان هم این خطر را حدود هفت درصد کاهش می‌دهد. حداقل میزان شیردهی توصیه شده برای محافظت در برابر سرطان پستان ۱۸ ماه و حداکثر آن ۲۴ ماه به ازای هر کودک است.

زنانی که سابقه بارداری و زایمان نداشته‌اند، در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان پستان هستند. سن پایین‌تر در اولین بارداری (نزدیک به ۲۰

سالگی) خطر ابتلا به سرطان پستان را تا ۵۰ درصد کاهش می‌یابد. این اثر محافظتی بارداری بر روی سرطان پستان تا ۱۰ سال ادامه دارد بنابراین هرچه اولین بارداری زودتر و آخرین بارداری دیرتر باشد، ضریب محافظتی بالاتر می‌رود (۸)، از سویی دیگر تأخیر در فرزندآوری با افزایش نرخ سرطان پستان مرتبط است. تأخیر در فرزندآوری با افزایش نرخ سرطان پستان مرتبط است. و می‌توان افزایش بروز سرطان سینه در کشورهای غربی را ناشی از تغییر الگوی باروری در این کشورها دانست.

کاهش خطر سرطان آندومتر

بارداری کامل با کاهش خطر ابتلا به سرطان آندومتر همراه است. عوامل هورمونی، به ویژه افزایش سطح پروژسترون در دوران بارداری، ممکن است در این محافظت نقش داشته باشند. ریزش آندومتر در هنگام زایمان ممکن است سلول‌های پیش سرطانی را حذف کند. بارداری‌های بعدی (تا ۸ بار) می‌توانند خطر ابتلا به سرطان آندومتر را تا ۱۵ درصد دیگر کاهش دهند. به کاهش ۱۵ درصدی این خطر ادامه می‌دهند.

تأثیر مثبت بر سلامت روانشناختی مادر

هورمون‌های استروژن، اکسی توسین و پروژسترون در دوران بارداری و شیردهی بر سلامت روان شناختی زن تأثیر مثبت دارند. فرزندآوری در سنین پایین تر با افزایش اعتماد به نفس مادر در تربیت و مراقبت از فرزند همراه است و کاهش احتمال افسردگی همراه است.

بهبود عملکرد شناختی و مغزی

بر خلاف تصورات رایج، بارداری و شیردهی با تأثیر هورمون‌هایی مانند اکسی توسین، استروژن و پروژسترون می‌توانند قدرت شناخت مغز را افزایش

دهند. این دوران با افزایش توانایی حافظه و یادگیری، خودکارامدی و انگیزه و هوش هیجانی زن مرتبط است. خانواده‌های دارای فرزند، با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی و اجتماعی، از سلامت روان بیشتر و نشاط خانوادگی بالاتری برخوردارند.

کاهش خطر دیابت نوع ۲ و بیماری‌های عروقی

شواهد نشان می‌دهد که شیردهی خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی عروقی را تا ۲۴ درصد کاهش می‌دهد و زنان شیرده از سلامت قلب بهتری برخوردارند و رفتارهای سالمتری دارند.

مزایای دیگر شیردهی برای سلامت مادر

شیردهی باعث کاهش میزان خونریزی پس از زایمان و در نتیجه کاهش احتمال کم خونی و افسردگی پس از زایمان می‌شود. (شیردهی با ایجاد تأخیر در تخمک گذاری، به فاصله گذاری مناسب بین فرزندان کمک می‌کند. شیردهی به کاهش بهتر اضافه وزن ناشی از بارداری، کمک می‌کند و اثر منفی طولانی مدت بر تراکم استخوان ندارد. تراکم استخوان پس از پایان شیردهی به حالت طبیعی خود باز می‌گردد و شیردهی خطر شکستگی در دوران یائسگی را افزایش نمی‌دهد.

کاهش خطر بیماری‌های خودایمنی با شیردهی طولانی مدت

در زنانی که به مدت ۱۵ ماه یا بیشتر شیردهی می‌کنند، خطر ابتلا به بیماری‌های خودایمنی مانند آرتریت روماتوئید و مولتیپل اسکلروزیس کاهش می‌یابد.

تأثیرات متغیر بر درد پرئود پس از بارداری

شواهد قطعی مبنی بر کاهش درد پرئود پس از بارداری وجود ندارد، اما برخی زنان دوره‌های بهتری را پس از زایمان تجربه می‌کنند. زنان مبتلا به اندومتريوز ممکن است در دوران بارداری و حتی پس از آن، کاهش علائم را تجربه کنند.

نقش میکروکایمريسم سلولی جنین در سلامت مادر

میکروکایمريسم سلولی جنین (fetal cell microchimerism) یعنی همان انتقال و ماندگاری سلول‌های جنینی در بدن مادر، پدیده‌ای شگفت‌انگیز است که به طور قابل توجهی بر سلامت بعدی زنان تأثیر می‌گذارد. این سلول‌های جنینی می‌توانند در مبارزه با سرطان سینه نقش داشته باشند، زیرا در زنان بدون سرطان سینه بیشتر یافت شده‌اند و در بهبود زخم‌های سزارین نیز دخیل هستند که نشان می‌دهد این سلول‌ها برای بهبود بافت مادر دست به کار می‌شوند. میکروکایمريسم سلولی جنین ممکن است خطر ابتلا به آرتریت روماتوئیدی را کاهش دهد. وجود میکروکایمريسم از نوزادان پسر در خون مادر، با افزایش طول عمر زنان، (به‌ویژه در سنین بالای ۶۰ سال) مرتبط است. زنان باردار با میکروکایمريسم جنینی به طور چشمگیری کمتر مستعد ابتلا به سرطان هستند و میزان بقاء و پاسخ به درمان سرطان در آنها بهتر است. کاهش خطر ابتلاء به سرطان پستان در حضور سلول‌های میکروکایمريك جنینی در زنان پیشنهاد کرد که این سلول‌ها می‌توانند عملکردهای نظارت ایمنی یا سرکوب‌کننده تومور داشته باشند.

علاوه بر سرطان پستان، بارداری، زایمان و شیردهی ممکن است نقش محافظتی در برابر سایر سرطان‌ها از جمله مثانه، تخمدان، مغز، پانکراس، کولورکتال، لنفوم و سرطان خون داشته باشند.

این یافته‌ها نشان می‌دهند که بارداری و فرزندآوری نه تنها یک تجربه خانوادگی ارزشمند است، بلکه فواید چشمگیری برای سلامت جسمی و

روانی زنان به همراه دارد. تشویق مادران به شیردهی نیز به عنوان یک "استاندارد طلایی بالینی برای تغذیه نوزاد، مزایای بیشتری را برای مادر و کودک فراهم می‌آورد.



عوارض جلوگیری از بارداری

پیشگیری از بارداری به طرق مختلفی انجام می‌شود که می‌تواند با تأخیر در فرزندآوری و افزایش سن مادر، موجب مشکلاتی چون ناباروری شود؛ بطور خلاصه این مسئله بیش از همه، ناشی از یک سبک زندگی مدرن است که انسان امروزی را با فرهنگ خودمحوری و لذت‌گرایی دچار آسیب‌هایی چون ازدواج در سنین بالا کرده و جامعه را در حوزه جمعیت و بقای نسل با چالش روبه‌رو کرده است؛ مسئله وقتی جدی‌تر می‌شود که استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری بطور غیر منطقی رایج شده است و مصرف بی‌رویه و بی‌قاعده ترکیبات هورمونی پیشگیری از بارداری، (حتی با تجویز پزشک) خطر مشکلات و بیماری‌های جدی همچون حوادث ترومبوآمبولیک را افزایش داده است. نکته دردناک ماجرا آنجاست که بسیاری از زنان جوان از عوارض این ترکیبات و فواید بارداری به‌نگام آگاه نیستند و حتی تحلیل‌درستی نیز از سلامت باروری و تخمک‌گذاری خود ندارند؛ از این رو بدون آگاهی به بهانه‌هایی چون تحصیل و اشتغال، تمایل به استفاده بی‌قاعده از اقلام پیشگیری از بارداری دارند و زمانی اقدام به فرزندآوری می‌کنند که کارایی تخمدان‌ها کاهش پیدا کرده است. واضح است که بخشی از این تمایل برای استفاده از اقلام مورد اشاره، عدم آگاهی کافی در مورد عوارض آن‌ها و بعضاً تجویز بدون اندیکاسیون علمی و دقیق در گذشته بوده است که باعث شده حساسیت‌های عمومی در استفاده روزانه از آنها کاهش یابد. اکنون باید این رویه و فرهنگ ناصحیح با کمک ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در کشور اصلاح شود. از این رو مشفقانه‌ترین، خیرخواهانه‌ترین و صادقانه‌ترین مشورت از سوی یک بهورز، مراقب سلامت، ماما یا پزشک بیان ضرورت بارداری به‌نگام و پرهیز از تأخیر در بارداری است. حال اگر مراجعینی علیرغم دریافت این مشاوره اصرار بر استفاده از اقلام پیشگیری دارند، لازم است به ایشان تاکید شود که حتی روش‌های کم‌خطر نیز اگر به صورت طولانی مدت استفاده شود می‌تواند مضر باشد و عوارض ماندگار برجای گذارد.

مهمترین توصیه به زوجین جوان این است که حداکثر در دو سال اول پس از ازدواج اقدام به بارداری و فرزندآوری کنند به این دلیل که اگر دچار ناباروری اولیه باشند به موقع تشخیص داده شود و فرصت طلایی درمان از بین نرود.

۱. انواع قرص‌های ترکیبی خوراکی

قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری منحصراً ترکیبی از هورمون‌های جنسی اصلی زنانه هستند. مکانیسم اثر اصلی این قرص‌ها، مهار تخمک‌گذاری از طریق مهار FSH, LH و کاهش حساسیت هیپوفیز به GnRh مترشحه از هیپوتالاموس بوده و مکانیسم فرعی از طریق غالب بودن پروژستین در قرص‌های ترکیبی اعمال می‌شود، به این ترتیب که از طریق کاهش قطر اندومتر از لانه‌گزینی ممانعت به عمل می‌آورد؛ از طریق افزایش ضخامت مخاط سرویکس (پلاگ موکوسی) موجبات اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم را فراهم می‌آورد؛ با تاثیر بر حرکات لوله‌های رحم، از لقاح اووسیت و اسپرم جلوگیری به عمل می‌آورد.

تأثیر بر سلامت باروری

اگرچه اثر تراژونیک بر جنین در صورت بارداری حین مصرف قرص و یا در هفته‌های اول بارداری، گزارش نشده است، در چنین شرایطی، باید مصرف قرص قطع شود و بارداری ادامه یابد.

موارد منع مصرف

بارداری و یا شک به آن، در فاصله زمانی کمتر از سه هفته پس از زایمان در زنان غیر شیرده، شک به سرطان پستان، ابتلا و یا سابقه آن، هر بدخیمی مشکوک یا شناخته شده وابسته به استروژن، کارسینوم اندومتر، خونریزی‌های رحمی بدون علت مشخص، مصرف سیگار، بیماری فعال یا مزمن کبدی (شامل نارسایی کبد، کبد چرب گرید ۳ و ۲، هپاتیت ویروسی، سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص، آدنوکارسینوم کبد، سیروز کبدی، تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد، همانژیوم کبدی، شلیستوزومیالیزیس با فیبروز شدید کبد)، ابتلای فعلی یا سابقه ترومبوفلیت وریدهای عمقی، اختلالات ترومبوآمبولیک و یا شرایط مستعدکننده این بیماریها، بیماری‌های دریچه‌ای قلب با عوارضی مثل افزایش فشار ریوی، خطر فیبریلاسیون دهلیزی، سابقه اندوکاردیت تحت حاد باکتریال، مصرف داروهای ضد انعقاد، بیماری عروق کرونر قلب، آنژین قلبی (هر نوع درد جلوی قلب و پشت استرنوم)، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعدکننده آنها، بیماری سیانوتیک قلبی، سکته مغزی و یا سابقه آن، بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعدکننده آنها، دیابت با بیماری‌های عروقی، رتینوپاتی، نفروپاتی یا نوروپاتی یا ابتلای بیش از بیست سال به دیابت، فشارخون بالا، سردرد راجعه شامل میگرن با علائم عصبی موضعی (کاهش میدان دید چشم بطور مشابه، دیدن خطوط زیگزاگی روشن، برق پریدن از چشم، احساس سوزن سوزن شدن در یک بازو، یک طرف صورت یا زبان)، میگرن بدون علایم فوکال عصبی و سن بیشتر از ۳۵ سال، آنژین قلبی ناپایدار (ابتلای به هر نوع دردهای جلو قلبی و پشت استرنوم)، افزایش چربی‌های خون (دیس لیپیدمی بخصوص هایپرلیپوپروتئینمی نوع ۲)، شرایط نیازمند به بیحرکتی کامل، سابقه هر نوع بیماری مرتبط با قرص فشارخون بالا،

پانکراتیت حاد، پمفیگوئید بارداری، سندروم استیونجانسون، سندرم همولیتیک اورمیک، پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک، ترومای شدید، بیماری‌های عروقی و واسکولیت، لوسمی و لنفوما.

عوارض جدی استفاده از قرص‌های ترکیبی هورمونی

عارضه ترومبوآمبولی (لخته شدن خون در رگ) که با افزایش سن، مصرف دخانیات و چاقی تشدید می‌شود. از سوی دیگر برخی از دختران و زنان جوان به طور ارثی دارای بیماری زمینه‌ای هستند که در آن یکی از فاکتورهای انعقادی خون دچار اختلال است و این افراد گاه در اولین ماه مصرف دچار عوارض جدی و ایجاد لخته در خونشان میشوند. عارضه ترومبوز شریانی (ایجاد لخته در سرخرگ)، عارضه جدی دیگر است. متأسفانه در زنان جوان میزان بروز لخته در شریان‌های مغزی بالاتر از میزان بروز لخته در ورید است و مرگ و ناتوانی ناشی از آن نیز محتمل است و باید بدان توجه جدی داشت. مصرف قرص‌های ترکیبی افزایش احتمال بروز سکت‌های قلبی را به‌خصوص در زنانی که مصرف دخانیات دارند، به همراه دارد. باعث افزایش احتمال بروز فشارخون بالا، دیابت، چربی خون و سنگ‌های کیسه صفرا در افراد مستعد می‌شود. افزایش احتمال بروز آدنومهای کبدی نیز ثابت شده است. آدنوم‌ها که توده‌هایی خوشخیم در کبد هستند و موجب درد ناحیه فوقانی و راست شکم می‌شوند، اگر با تصویربرداری تایید شوند، ضرورت قطع مصرف قرص‌های هورمونی را مطرح می‌سازند، البته این عارضه عموماً با قطع دارو بهبودی نسبی می‌یابد. سرطان پستان نیز عارض‌های است که به‌خصوص در افرادی که از سنین پایین شروع به مصرف این داروها کرده‌اند و نیز افراد دارای جهش‌های ژنتیکی مستعدکننده سرطان پستان، بیشتر دیده می‌شود. در مصرف کنندگان طولانی مدت این داروها، افزایش خطر حاملگی

مولار) بارداری مولار= بارداری پوچ، بارداری که در آن به جای جنین یک توده غیرطبیعی کیستیک در رحم ایجاد می‌شود) وجود دارد. مصرف ضدبارداریهای هورمونی ترکیبی علاوه بر آثار و عوارض جدی فوق، دارای آثار شایعی هستند که خطر مرگ و میر ندارند اما کیفیت زندگی فرد را مختل می‌سازند مانند تهوع، استفراغ یا اسهال، سردرد، افزایش بروز رفتارهای تکانشی در فرد همچون عصبانیت و زودرنجی، حساس شدن پستان‌ها؛ افزایش وزن، افزایش لکه‌های صورت، کم‌خونی و فقر آهن، تغییرات خلق و خوی مانند افسردگی، کاهش میل جنسی، تغییرات آندروژنی نامطلوب صدا (مردانه شدن صدا)، چاقی و افزایش وزن که گاهی با محدودیت غذایی از بین نمی‌رود؛ تأخیر در بارداری پس از قطع برخی انواع قرص‌های ضدبارداری خصوصاً انواع با دوز بالا. در کل به نظر می‌رسد مصرف ترکیبات هورمونی در زنان با مصرف دخانیات، سابقه فشار خون بالا، دیابت، بیماری روماتیسمی قلبی، چربی خون بالا و سابقه خانوادگی سکته مغزی یا قلبی باید با احتیاط صورت بگیرد یا کلاً صرف نظر شود.

علائم عوارض جدی به دنبال مصرف قرص که نشان دهنده یک مشکل جدی است و در صورت بروز آن، مصرف کننده باید فوراً به بیمارستان مراجعه نماید عبارتند از: درد شدید در قسمت بالای شکم، درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی، تورم یا درد شدید در یک پا، مشکلات چشمی (از دست دادن یک طرفه قدرت بینایی یا کم شدن میدان دید)، سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا در یک طرف سر و سردرد با علائم اولیه مانند: تاری دید یا سفید شدن قسمتی از دید، دوره‌های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پarestزی، سختی در صحبت کردن و علائم یک طرفه مانند ضعف)

۲. قرص‌های پروژسترونی (مینی پیل)

ترکیب هورمونی این قرصها فقط پروژستین با دوز پایین بوده و با مهار LH، تا حدودی مانع تخمک‌گذاری می‌شود. لیکن با دو مکانیسم اصلی از بارداری پیشگیری می‌کند که عبارتند از دشوار نمودن رسیدن اسپرم به حفره رحم به دلیل افزایش غلظت ترشحات و مخاط سرویکس، آتروفی اندومتر و کاهش ضخامت آن و در نتیجه جلوگیری از لانه‌گزینی.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

شایعترین عارضه قرصهای پروژسترونی، اختلالات قاعدگی و خونریزی غیرطبیعی رحمی است. شروع زودهنگام قرص‌های پروژسترونی بعد از زایمان، تولید شیر مادر را کاهش می‌دهد. در مصرف طولانی‌مدت به علت ایجاد آتروفی در آندومتر، زمینه را برای ایجاد آمنوره، فراهم می‌سازد. افزایش شکستگی استخوان (ناشی از پوکی استخوان) و افزایش وزن، می‌تواند مشاهده شود. کیست‌های عملکردی تخمدان در این گروه از زنان، بیشتر مشاهده می‌شود. در مقایسه با بارداری داخل رحمی در پیشگیری از بارداری خارج رحمی تأثیر کمتری دارد و می‌تواند موجب خشکی واژن شود. از جمله عوارض دیگر، حساسیت و دردناکی پستان، لکه‌های پوستی، آکنه، اریتم مولتی فرم، تغییرات خلقی، تهوع و استفراغ، تغییر میل جنسی، سردرد یا میگرن و درد شکمی است.

منع مصرف

مواردی که منع مصرف این قرص‌ها را به دنبال دارد عبارتند از بارداری و شک به آن، سرطان پستان، تومورهای کبدی و بیماری‌های کبد، خونریزی غیرطبیعی رحمی با علت ناشناخته، حساسیت به پروژسترون، ابتلا به ترومبوز، جراحی اخیر یا بیتحرکی (مثلا در اثر شکستگی)، زردی یا سابقه زردی. در مواردی نیز باید در مصرف احتیاط نمود که عبارتند از سابقه سرطان کبد و پستان، سابقه سکته قلبی و بیماری‌های عروقی، دیابت و دیابت بارداری، حاملگی خارج رحمی، سالپنژی، صرع، فشارخون بالا.

۳. آمپول‌های تزریقی

روش‌های تزریقی عبارتند از تک مرحله‌ای (پروژسترون طولانی‌اثر، دیپروورا (DMPA)) و ترکیبی (سیکلوهم)

دیپروورا (DMPA)

دیپروورا حاوی ماده موثره دیومدروکسی پروژسترون استات است و مکانیسم اثر آن به این ترتیب اعمال می‌شود که DMPA، هورمون لوتئینیزه کننده (LH) را برای جلوگیری از تخمک‌گذاری سرکوب مینماید؛ مخاط دهانه رحم را ضخیم ساخته و عبور اسپرم را به تأخیر می‌اندازد و با آتروفی آندومتر، زمینه را برای لانه‌گزینی، نامطلوب می‌کند. هر تزریق DMPA تا سه ماه از بارداری پیشگیری مینماید. این روش در سال اول استفاده بیش از ۹۹/۷ درصد باعث جلوگیری از باروری می‌شود. میزان شکست آن در هر دوره سه ماهه حدود چهار درصد است.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

کاهش تولید شیر مادر در شش ماه اول شیردهی از عوارض DMPA در دوران شیردهی است. DMPA تاخیر در بازگشت باروری را در بر دارد (به دلیل عدم تخمک‌گذاری طولانی‌مدت، ممکن است حتی پس از قطع این روش، تأخیر در از سرگیری باروری ایجاد شود؛ پس از قطع این روش، یک چهارم بیماران، قاعدگی منظم را تا یک سال از سر نمی‌گیرند)؛ باعث اختلالات خونریزی قاعدگی شامل آمنوره، لکه بینی و خونریزی نامرتب می‌شود (خونریزی نامنظم رحم شایع‌ترین عارضه جانبی است که باعث قطع مصرف این

روش می‌شود) لزوماً باید تزریق در فاصله‌های زمانی سه ماهه انجام گیرد و افزایش وزن و احتمال بروز تغییرات خلقی را به دنبال دارد.

منع مصرف

مواردی که منع مصرف DMPA را لازم می‌کند عبارتند از حاملگی کنونی، سرطان سینه، بیماری حاد کبدی، تومورهای کبدی، خونریزی غیرطبیعی تناسلی تشخیص داده نشده و سابقه فعلی یا گذشته اختلالات ترومبوآمبولیک. در مصرف‌کنندگان طولانیمدت، کاهش تراکم استخوان بیشتر از افراد غیراستفاده کننده است. این نگرانی بیشتر مربوط به جوانانی است که در حال ساخت توده استخوانی هستند و زنان یائسه که در معرض از دست دادن استخوان در طول یائسگی هستند.

۴. سیکلوفم

ترکیب هورمونی سیکلوفم حاوی نیم میلیتر ماده موثره (۲۵ میلی گرم دیو مدروکسی پروژسترون استات و ۵ میلی گرم استرادیول سیپیونات) میباشد. مکانیسم اثر سیکلوفم عبارتست از جلوگیری از تخمک گذاری؛ تاثیر بر مخاط داخلی رحم و مهار پرولیفراسیون آندومتر و ایجاد اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم از طریق افزایش ضخامت ترشحات دهانه رحم (موکوس سرویکس).

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

بازگشت تخمک گذاری ۲۳ ماه پس از آخرین تزریق، از عوارض مصرف سیکلوفم است. امکان قطع روش یا تغییر آن پس از تزریق آمپول تا از بین رفتن اثر آن (اتمام دوره) وجود ندارد. برای دوران شیردهی تا شش ماهگی نیز مناسب نیست. به خصوص طی ۲۳ ماه اول استفاده، عوارض شایعی چون سردرد و سرگیجه، حساسیت پستانها، افزایش وزن خفیف، آکنه، افزایش بروز افسردگی و اضطراب، کاهش HDL و کم شدن نسبت HDL به LDL، کم شدن مقدار و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی را در بر دارد.

منع مصرف

علاوه بر موارد منع مصرف DMPA، در دوران شیردهی تا شش ماهگی نیز منع مصرف دارد و در صورت بروز هر کدام از علائمهای زیر (که نشان دهنده یک مشکل جدی است)، مصرف کننده فوراً باید به بیمارستان ارجاع شود:

درد شدید در قسمت بالای شکم، درد قفسه سینه و یا تنگی نفس یا سرفه با خلط خونی، تورم یا درد شدید در یک پا، مشکلات چشمی (تاری دید، دوبینی و از دست دادن قدرت دید)، سردرد غیر معمول (سردرد شدید و یا ضربانی و یا سردرد در یک طرف سر)، زردی اسکلرا و پوست.

۵. وسایل داخل رحمی IUD

آی یودی یک وسیله کوچک به شکل T، ساخته شده از پلاستیک است که برای جلوگیری از بارداری در داخل رحم قرار میگیرد. دو نوع آییودی وجود دارد: هورمونی و غیر هورمونی

عوارض

عوارض استفاده از IUD، عبارتند از عفونت‌ها (مثل عفونت‌های باکتریایی مرتبط با IUD، که در اثر آلودگی حفره آندومتر در هنگام جاگذاری آییودی رخ می‌دهد و یکی از این عفونت‌های مهم، اکتینومایسس است که می‌تواند موجب آبسه‌های لگنی یک طرفه شود)، خطر پاره شدن رحم، افزایش خطر حاملگی خارج رحمی، افزایش احتمال سقط خودبخودی، سقط عفونی و زایمان زودرس (در صورت بارداری با آییودی)، افزایش دردهای قاعدگی، درد لگنی و خونریزی (منوراژی)، عوارض جانبی آندروژنیک مثل آکنه، هیرسوتیسم و حساسیت پستان‌ها در استفاده از آییودی‌های پروژسترونی

۶. موانع فیزیکی Barrier

الف) کاندوم

کاندوم یک وسیله سد کننده پیشگیری از بارداری است و از نظر جنس در دو دسته لاتکس و غیر لاتکس قرار می‌گیرد و به دو شکل مردانه و زنانه وجود دارد.

کاندوم مردانه

مکانیسم اثر کاندوم مردانه جلوگیری از ریختن منی به داخل واژن و ممانعت از رسیدن اسپرم به تخمک است.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

حساسیت به کاندوم (در بعضی از کاربرها) مشاهده شده است؛ کاهش لذت جنسی را به دنبال داشته و ممکن است دربرگیرنده افزایش خطر عفونت قارچی نیز باشد. از معایب کاربردی کاندوم می‌توان به احتمال خارج شدن، سوراخ و یا پاره شدن آن اشاره نمود.

کاندوم زنانه

متشکل از یک غلاف نیتریل و حلقه بیرونی و یک حلقه داخلی پلی اورتان انعطاف پذیر است. حلقه بسته در داخل واژن مانند یک دیافراگم در زیر سمفیز قرار می‌گیرد و حلقه باز خارج از واژن باقی میماند، غلاف داخلی و خارجی با روان کننده مبتنی بر سیلیکون پوشیده شده است. می‌توان روان کننده‌های پایه دیگری را نیز اضافه کرد.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

به دلیل احساس حلقه درونی و بیرونی در طول مقاربت، حس ناخوشایندی را ایجاد مینماید و کار گذاشتن آن نیز سخت است.

ب) دیافراگم به علاوه اسپرمکش

دیافراگم از یک گنبد لاتکس با قطره‌های مختلف تشکیل شده است که توسط یک فنر فلزی مدور پوشیده از لاتکس پشتیبانی می‌شود. هنگامی که همراه با ژل یا کرم اسپرمکش بر پایه‌ی آب (در فنجان گنبدی و در امتداد لبه دیافراگم) استفاده می‌شود، موثر است.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

استفاده از دیافراگم، افزایش خطر تحریک مجرای ادرار توسط حلقه‌ی زیر سمفیز، عفونت‌های ادراری و تخلیه‌ی ناقص مثانه و حتی سندرم شوک سمی را در بر دارد.

ج) کلاهک سرویکس

کلاهک سرویکس از لاستیک سیلیکونی ساخته شده و شبیه کلاه ملوانی است. به شکل گنبد، دهانه رحم را میپوشاند و لب‌های گشاد دارد که اجازه می‌دهد کلاهک توسط دیواره‌های عضلانی بالایی واژن در جای خود قرار گیرد. این محصول در اندازه‌های ۲۲، ۲۶ و ۳۰ میلیمتری موجود است و همراه با اسپرمکش (یک بار در هنگام قرار دادن در دو طرف کاپ گنبدی) استفاده می‌شود (سایز مناسب بوسیله پزشک متخصص تعیین می‌شود). کلاهک دارای بندی است که در طول گنبد کشیده شده است و با گرفتن آن کلاهک از واژن خارج می‌شود.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

از کلاهیک سرویکس، در زنان با سابقه سرطان دهانه رحم و یا با شکل غیرطبیعی دهانه رحم نمی‌توان استفاده نمود و میزان بارداری با این روش نسبت به دیافراگم بیشتر است.

حرف پایانی: هرزوجهی برای انتخاب بهترین روش برای جلوگیری از بارداری لازم است با پزشک خبره و مورد اعتماد خود مشورت نماید. تجویز روش‌ها صرفاً باید توسط پزشک صورت پذیرد.

۷. روش طبیعی جلوگیری از بارداری

روش‌های طبیعی جلوگیری از بارداری یا روش‌های مبتنی بر آگاهی از باروری (fertility awareness methods) با شناسایی دوره باروری در چرخه قاعدگی از طریق مشاهده علائم فیزیولوژیک، به زوجین کمک می‌کنند تا از بارداری جلوگیری کنند. این روش‌ها به دلیل عدم استفاده از مواد شیمیایی یا وسایل مکانیکی، گزینه‌ای غیرتهاجمی هستند.

اصول علمی

چرخه قاعدگی تحت تأثیر هورمون‌هایی مانند استروژن و پروژسترون قرار دارد که تغییراتی در بدن ایجاد می‌کنند. این تغییرات شامل موارد زیر است: دمای پایه بدن: قبل از تخمک‌گذاری پایین‌تر و پس از آن به دلیل افزایش پروژسترون کمی بالاتر است.

مخاط دهانه رحم: در دوره باروری شفاف، لغزنده و کشسان می‌شود.

تغییرات دهانه رحم: در دوره باروری، دهانه رحم بالاتر، نرم‌تر و بازتر است.

علائم ثانویه: مانند حساسیت پستان یا درد تخمک‌گذاری.

این روش‌ها پنجره باروری (۵ روز قبل تا ۲۴ ساعت پس از تخمک‌گذاری) را مشخص می‌کنند.

روش‌های رایج

روش تقویمی: با محاسبه طول چرخه‌های قبلی، روزهای باروری (معمولاً روزهای ۸ تا ۱۹ در چرخه ۲۸ روزه) پیش‌بینی می‌شود. برای چرخه‌های نامنظم کمتر قابل اعتماد است.

روش دمای پایه بدن: دمای بدن هر صبح ثبت می‌شود. افزایش دما پایان تخمک‌گذاری را نشان می‌دهد، اما روزهای قبل از آن را دقیق پیش‌بینی نمی‌کند.

روش مخاط دهانه رحم: با مشاهده تغییرات مخاط، روزهای باروری شناسایی می‌شوند. نیاز به آموزش برای تفسیر صحیح دارد.

روش مبتنی بر چند علامت: ترکیبی از دمای بدن، مخاط دهانه رحم و سایر علائم است. این روش دقیق‌تر بوده و برای چرخه‌های نامنظم مناسب‌تر است.

روش استاندارد روزهای ثابت: برای چرخه‌های ۲۶ تا ۳۲ روزه، روزهای ۸ تا ۱۹ به عنوان باروری در نظر گرفته می‌شوند.

اثربخشی

اثربخشی این روش‌ها به رعایت دقیق شیوه نامه‌ها بستگی دارد. در استفاده ایده‌آل (رعایت کامل)، نرخ شکست ۱۵٪ است، اما در استفاده معمولی (با خطاهای انسانی) به ۱۲۲۴٪ می‌رسد. روش‌های چندعلامت دقیق‌تر از روش‌های تک‌علامتی مانند تقویمی هستند



نحوه مدیریت بارداری در دوره عقد

به زوج‌های جوان توصیه می‌شود در دوران عقد از با هم بودن لذت برده و نیازهای عاطفی و جنسی خود را تا حد امکان برآورده سازند ولی روابط زناشویی کامل را به بعد از عروسی موکول کنند.

هر چند برخی زوج‌های جوان در دوران عقد اولین رابطه جنسی را برقرار می‌کنند و استرس این را دارند که در این دوران باردار شوند. زیرا این مسئله در بیشتر خانواده‌های ایرانی وجهه زیبا و خوشایندی ندارد. برخی دیگر از زوجها هم خودشان دوست ندارند که خیلی زود صاحب فرزند شوند به همین خاطر به دنبال راه‌حل‌هایی هستند که از بارداری در دوران عقد جلوگیری کنند.

۱- روش‌های هورمونی

قرص‌های خوراکی پیشگیری از بارداری منحصرًا ترکیبی از هورمون‌های جنسی اصلی زنانه هستند. این نگرانی وجود دارد که نباید قرص‌های جلوگیری از بارداری را برای مدت طولانی قبل از داشتن فرزند اول مصرف کرد زیرا ممکن است احتمال سرطان پستان را افزایش دهد. سرطان پستان عارضه‌ای است که به‌خصوص در افرادی که از سنین پایین شروع به مصرف این داروها کرده‌اند و نیز افراد دارای جهش‌های ژنتیکی مستعدکننده سرطان پستان، بیشتر دیده می‌شود. در مصرف‌کنندگان طولانی مدت این داروها، افزایش خطر حاملگی مولار (بارداری مولار = بارداری پوچ، بارداری که در آن به جای جنین یک توده غیرطبیعی کیستیک در رحم ایجاد می‌شود) وجود دارد. از سوی دیگر برخی از دختران و زنان جوان به طور ارثی دارای بیماری زمینه‌ای هستند که در آن یکی از فاکتورهای انعقادی خون دچار اختلال است و این افراد گاه در اولین ماه مصرف، دچار عوارض جدی و ایجاد لخته در خونشان می‌شوند. عارضه ترومبوز شریانی (ایجاد لخته در سرخرگ)، عارضه جدی دیگر است. متأسفانه در زنان جوان میزان بروز لخته در شریان‌های مغزی بالاتر از میزان

بروز لخته در ورید است و مرگ و ناتوانی ناشی از آن نیز محتمل است و باید بدان توجه جدی داشت. تأخیر در بارداری نیز پس از قطع برخی انواع قرصهای ضد بارداری خصوصاً انواع با دوز بالا محتمل است. همه این عوارض، زمینه را برای عدم توصیه به استفاده از این روش در دوران عقد فراهم می‌سازد.

۲- آمپول‌های تزریقی

روش‌های تزریقی اعم از تک مرحله‌ای (پروژسترون طولانی‌اثر، دپوپروورا (DMPA)) و ترکیبی (سیکلوform) در دوران عقد توصیه نمی‌شوند چراکه DMPA تأخیر در بازگشت باروری را در بر دارد (به دلیل عدم تخمک گذاری طولانی مدت، ممکن است حتی پس از قطع این روش، تأخیر در از سرگیری باروری ایجاد شود؛ پس از قطع این روش، یک چهارم بیماران، قاعدگی منظم را تا یک سال از سر نمی‌گیرند)؛ در دوران مصرف نیز باعث اختلالات خونریزی قاعدگی شامل آمنوره، لکه بینی و خونریزی نامرتب می‌شود. از دیگر عوارض این روش، کاهش تراکم استخوان است. وجود این عارضه نگرانیها را نسبت به استفاده از این روش در دوران عقد و در جوانان که در حال ساخت توده استخوانی هستند را بیشتر می‌سازد. در استفاده از سیکلوفم نیز بازگشت تخمگذاری ۲۳ ماه پس از آخرین تزریق است و به خصوص طی ۲۳ ماه اول استفاده، عوارض شایعی چون سردرد و سرگیجه، حساسیت پستان‌ها، افزایش وزن خفیف، آکنه، افزایش بروز افسردگی و اضطراب، کاهش HDL و کم شدن نسبت HDL به LDL، کم شدن مقدار و تعداد روزهای خونریزی قاعدگی را در بر دارد، همه این عوارض، زمینه را برای عدم توصیه به استفاده از این روش در دوران عقد فراهم می‌سازد.

۳- وسایل داخل رحمی IUD

آی یودی انواع هورمونی و غیرهورمونی دارد. قرار دادن آی یودی دردناک است و به دلیل عوارضی چون عفونت ها، خطر پاره شدن رحم، افزایش خطر حاملگی خارج رحمی، افزایش احتمال سقط خودبخودی، سقط عفونی و زایمان زودرس (در صورت بارداری با آی یودی)، افزایش دردهای قاعدگی، درد لگنی و خونریزی (منوراژی، عوارض جانبی آندروژنیک مثل آکنه، هیرسوتیسم و حساسیت پستان ها (در استفاده از آی یودی های پروژسترونی)، در دوران عقد به هیچ وجه توصیه نمی شود.

۴- روش های غیرهورمونی

کاندوم مردانه

کاندوم مردانه یک وسیله پیشگیری از بارداری از جنس لاتکس است. باید توجه شود که در هر بار نزدیکی از یک کاندوم جدید استفاده شود، پیش از مصرف، کاندوم مشاهده و از سالم بودن آن اطمینان حاصل شود. کاندوم باید در حالت نعوظ و قبل از انجام نزدیکی به روی آلت کشیده شود. لازم است بلافاصله پس از انزال برای خروج کاندوم اقدام شود. برای اینکار، در حالیکه هنوز نعوظ وجود دارد، با گرفتن حلقه بالایی کاندوم نسبت به خارج نمودن آن اقدام شود. با توجه به اینکه مالیدن لوبریکانتها (وازلین، روغن های نباتی و گیاهی و...) احتمال آسیب به کاندوم و پاره شدن آن را افزایش می دهد، لازم است که از استفاده از این گونه مواد خودداری گردد. روان کننده های کمکی و اسپرم کش ها باید بر پایه آب باشند زیرا محصولات مبتنی بر روغن باعث تخریب لاتکس می شوند. با توجه به افزایش احتمال پاره شدن کاندوم در صورت استفاده همسر فرد از کرم های طبی، باید مصرف این کرم ها به پس از تماس جنسی موکول گردد. روش نسبتاً مناسبی در دوران عقد می باشد.



عوارض جسمی، روحی
و روانی تأخیر در فرزندآوری

۱- عوارض جسمی و تأثیر بر بارداری

برخی از عواقب تأخیر در بارداری را می‌توان در افزایش احتمال ناباروری اولیه و ثانویه، دیابت و فشار خون بارداری، مسمومیت بارداری، عدم موفقیت در زایمان طبیعی، سقط جنین و زایمان زودرس دانست.

افزایش احتمال ناباروری اولیه یا ثانویه

نداشتن اطلاعات کافی و داشتن باورهای غلط و نبود مهارت در آماده سازی خود و زوج برای بچه دار شدن ممکن است منجر شود که زوجین تصمیم جدی برای فرزندآوری نگیرند و فرصت‌های طلایی برای داشتن بچه‌های سالم را از دست بدهند.

سن عامل مهمی در تحقق نیات باروری است. تأخیر در فرزندآوری، فراتر از محدودیت‌های بیولوژیکی محدود کننده فرزندآوری است که احتمالاً به دلیل موانع اجتماعی، محدودیت‌های نرمال ناشی از سن و شرایط زندگی است و این مورد به میزان بیشتری برای زنان نسبت به مردان وجود دارد. اینجاست که شکاف بین قصد باروری و تحقق آن بیشتر می‌شود (۲۳). مطابق با تحقیقات، با تأخیر بیشتر در فرزندآوری، ممکن است مشکلاتی در باروری زوجین ایجاد شود و یا باروری تحقق نیافته افزایش یابد. طبق نتایج اخیر شیوع ناباروری یا احتمال ناباروری، در زنان ۲۵ ساله، ۱ درصد و در ۳۵ سال به حدود ۲۵ درصد و در ۴۰ ساله‌ها تقریباً به ۵۵ درصد افزایش می‌یابد. در شرایط طبیعی، ۷۵ درصد زنان ۳۰ ساله در سال اول اقدام برای بارداری، موفق به حاملگی می‌شوند و این احتمال در ۳۵ سالگی به ۶۶ درصد تقلیل می‌یابد و در سنین بالاتر این نسبت کاهش بیشتری می‌یابد.

متأسفانه اکثر زوجین از عامل مهم سن باروری مطلع نیستند و برای بچه دار شدن برنامه ریزی نمی‌کنند و بعدها که قصد فرزندآوری دارند، ممکن است با مسئله ناباروری مواجه شوند.

بسیاری از زنانی که قصد دارند در اواخر دهه ۳۰ و اوایل دهه ۴۰ خود بچه دار شوند، احتمالاً با ناباروری مواجه می‌شوند و به درمان با روش‌های کمک باروری (ART) روی می‌آورند. آنان تصویری نادرست در مورد توانایی ART برای جبران ناباروری در سنین بالا و توهمی در مورد کنترل بر داشتن باروری به کمک ART در سنین بالا را دارند. این در حالی است که نرخ موفقیت باروری با افزایش سن در میان زنان کاهش می‌یابد. میزان بارداری به ازای هر سیکل در سنین زیر ۳۵ سال به ۴۶ درصد، در سن ۴۰ سالگی به ۲۵ درصد و در سنین ۴۵ سال به بالا به ۴ درصد می‌رسد. به دلیل نرخ بالای سقط جنین در سنین بالاتر، با افزایش سن، احتمال تولد زنده پس از ART کمتر می‌شود؛ احتمال ۴۰ درصد تولد زنده از چرخه‌های ART در سنین کمتر از ۳۵ سال در مقایسه با احتمال ۱۷ درصد از چرخه‌های ART شروع شده در ۴۰ سالگی و ۲ درصد از چرخه‌های ART شروع شده در سنین بالای ۴۵ سال؛ بنابراین ART به طور کامل کاهش باروری با افزایش سن را جبران نمی‌کند و موفقیت ART با افزایش سن کاهش می‌یابد مگر از تخمک‌های منجمد شده خود در سنین پایین‌تر، استفاده کند.

افزایش شکاف بین نسلی

تأخیر در فرزندآوری بر فاصله سنی بیشتر بین نسلها دلالت دارد که به نوبه خود به معنای آن است که در مقایسه با والدین جوانتر، برای این زنان و مردان احتمال کمتری وجود دارد که برای دیدن نوه‌های خود زنده بمانند یا ممکن است در هنگام تبدیل شدن به پدربزرگ و مادربزرگ، از سلامت خوبی

برخوردار نباشند؛ همچنین دیر مادر شدن می‌تواند به بی‌فرزندگی بیشتر و کاهش اندازه خانواده منجر شود.

افزایش احتمال چندقلویی

تأخیر در فرزندآوری ارتباط تنگاتنگی با دفعات بیشتر چندقلوایی دارد که در بیشتر کشورها استفاده از ART دلیل اصلی افزایش تعداد تولدهای دوقلو بوده است.

عوارض جنینی

از عوارض جنینی تأخیر در فرزندآوری، می‌توان به افزایش ناهنجاری‌های کروموزومی و غیر کروموزومی، کوچک بودن نسبت به سن حاملگی، وزن کم هنگام تولد و زایمان پیش از موعد اشاره کرد.

عوارض مادری

همچنین در مادر موجب افزایش خطر زایمان سزارین، دیابت و فشار خون بارداری خواهد شد.

مطالعات نشان داده‌اند ۵۰ درصد زنان از عواقب حاملگی دیررس و از جمله خطر تولد نوزاد مرده، چندقلویی، زایمان زودرس و نواقص مادرزادی اطلاع ندارند. خطر حاملگی خارج رحم و عود سقط خودبخودی و تولد نوزاد مرده در اواخر ۳۰ سالگی و بعد از آن بیشتر است. در مطالعه ملی دانمارک (۲۰۰۹) نشان داده شد خطر از دست دادن جنین در زنان ۴۲ ساله به بعد بیش از ۵۰ درصد در قیاس با ۱۳/۵ درصد جمعیت زنان در تمام سنین است.

افزایش سن مرد نیز روی کیفیت و کمیت اسپرم اثرگذار است البته تحقیقات همچنان نشان داده‌اند مهمترین عامل موفقیت باروری، کیفیت تخمک است. با توجه به افزایش ناباروری و از دست دادن مکرر حاملگی در ارتباط با سن، ضروری است درباره تمایل به فرزندآوری زوجین و ترجیح آنها برای بچه دار شدن در اوان زندگی زناشویی، آموزش و مشاوره صورت گیرد و زوجین فرزندآوری را در اولویت قرار دهند. مطالعه در شش کشور اروپایی از سال ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۷ نشان داد، تأخیر در اولین تولد منجر به ۴ درصد افزایش بی‌فرزندی دائمی در جمهوری چک و ۷ درصد در اسپانیا شده است.

تحقیقات اخیر نشان داده‌اند زوجینی که قصد داشتن فقط یک فرزند را داشته‌اند، در ۵۰ درصد موارد در سنین بالا برای باردار شدن اقدام نموده‌اند. همین امر (سن بالا) بر موفقیت درمان‌های ناباروری تأثیر منفی داشته است. از طرفی زوجینی که تمایل به داشتن تعداد فرزند بیشتری داشتند و در سنین پایین‌تری برای فرزندآوری اقدام نمودند ۹۰ درصد شانس بچه دار شدن داشتند. از سوی دیگر، فرزندآوری در سنین مناسب می‌تواند بارداری سالم‌تری را برای زن تضمین کند.

با توجه به اهمیت بارداری در زمان مناسب برای خانواده و برای پیشگیری و کاهش مشکلات ناشی از به تأخیر انداختن آن موارد زیر را به زوجین جوان گوشزد کنید:

۱. خانم‌هایی که تولد فرزند را به تأخیر می‌اندازند در خطر ناباروری هستند. از سن ۳۰ سالگی توان باروری خانم‌ها روند کاهشی می‌یابد و از سن ۳۵ سالگی به طور مشخصی کاهش پیدا می‌کند. اگرچه تا قبل از یائسگی امکان باروری و بارداری وجود دارد.

۲. در زوجینی که به مدت یک سال خواهان فرزند بوده و نزدیکی منظم بدون استفاده از روش پیشگیری از بارداری داشته‌اند و باردار نشده‌اند بایستی از نظر ناباروری بررسی صورت گیرد. در خانم‌های بالاتر از ۳۵ سال، این بررسی باید بعد

- از ۶ ماه صورت گیرد. به خاطر داشته باشید که زودتر از زمان‌های گفته شده نیازی به مراجعات و مداخلات درمانی برای بررسی ناباروری وجود ندارد.
۳. زوجین باید آگاهی داشته باشند که با افزایش سن آقایان کیفیت اسپرم مرد و توان باروری کاهش و خطر اختلالات ژنتیکی در جنین افزایش می‌یابد.
۴. تأخیر در فرزندآوری با عوارض بارداری و زایمان همراه است و خانواده‌هایی که در سنین بالا اقدام به فرزندآوری می‌کنند باید به این مسائل دقت داشته باشند و از مراقبت‌های لازم برخوردار شوند. اگرچه جز در موارد خاص منع بارداری وجود ندارد.
۵. هر فردی که در سنین باروری است بایستی در زمینه عوارض بارداری ناشی از بالا رفتن سن آگاه شود.
۶. به طور مختصر باید گفت در بررسی ناباروری زن و شوهر لازم است هر دو باهم بررسی شوند.
-

۲- تک فرزندی / کم فرزندی

یکی از عواقب بسیار مهم تأخیر در فرزندآوری تک فرزندی / کم فرزندی است که با اصول تربیتی، سازگار نیست، برخی از معایب تربیتی تک فرزندی عبارتند از:

احساس تنهایی

شما وقتی در جمع قرار می‌گیرید و کسی همسن و سال خود پیدا نمی‌کنید، احساس تنهایی می‌کنید. بچه‌ها هم همین‌طور هستند. وقتی در جمعی قرار می‌گیرند که همسن و سال خود را در آن پیدا نمی‌کنند، خیلی زود، خسته می‌شوند.

احساس تنهایی اگر برای بزرگترها به سختی قابل تحمل باشد، برای بچه‌ها قابل تحمل نیست. بچه‌ها برای رها شدن از احساس تنهایی، کارهایی انجام می‌دهند که از نظر تربیتی، مناسب نیست. یکی از آنها رفیق شدن با تلویزیون و بازیهای رایانه‌ای و یا به تعبیر بهتر معتاد شدن به اینهاست.

لوس شدن

تک فرزندها، تمام توجه و محبت مادی و معنوی پدر و مادر را به خود، جلب می‌کنند و همین هم موجب می‌شود لوس و پرتوقع، بار بیابند.

از دست دادن استقلال شخصیت

بسیاری از افرادی که در خانواده‌های خوشجمعیت، بزرگ شده‌اند، انسان‌های مستقلی هستند که در زندگی به دیگران، اتکا نمی‌کنند. آنها در محیط

پرجمعیت خانواده، متوجه می‌شوند هرکسی باید گلیم خود را از آب بیرون بکشد و خانواده، تنها در اندازه یک زمینه ساز، می‌تواند کمک کارشان باشد. از همین رو، تمام تلاش خود را به کار می‌گیرند تا بتوانند با بیشترین استفاده از استعدادها و امکانات، به بالاترین مرحله کمال برسند؛ اما تک فرزندها نسبت به اینها، انگیزه کمتری برای تلاش دارند، زیرا تمام امکانات خانواده در اختیار آنان قرار داد. از همین رو، به شدت وابسته به خانواده بار می‌آیند و استقلال شخصیت خود را از دست می‌دهند.

ضعف داشتن در به کارگیری قانون زندگی

بچه‌ها وقتی باهم دعوا می‌کنند، یاد می‌گیرند که چگونه حقشان را بگیرند؛ ما بزرگترها هم وقتی بچه بودیم، با برادر و خواهرهایمان دعوا داشتیم؛ اما حالا حوصله مان کم شده و تحمل دعوای بچه‌های خودمان را هم نداریم. یکی از حسن‌های دعوای طبیعی، آن است که بچه‌ها با خشونت و تندی به صورت طبیعی آشنا می‌شوند و وقتی در جامعه با برخوردهای خشن مواجه می‌شوند، به این راحتی عقب نمی‌کشند. این دعوا، مثل واکسن است. واکسن، میکروب ضعیف شده‌ای است که بدن با آن مبارزه می‌کند تا اگر میکروب حقیقی وارد بدن شد، بتواند به راحتی با آن مبارزه کند. بسیاری از تک فرزندها/کم فرزندها، در رقابت‌های اجتماعی به شدت آسیب پذیرتر و کم تحمل‌ترند؛ زیرا آنها پیش از آن، نه تنها رقابت نکرده‌اند؛ بلکه همیشه بدون آن که زحمتی بکشند، در کانون توجهات بوده‌اند.

اضطراب شدید پدر و مادر

به صورت طبیعی، والدینی که تنها یک فرزند دارند، تمام علاقه خودشان را به فرزند، در همین یک فرزند، خلاصه می‌کنند. این والدین به هنگام بیماری فرزند، به شدت دچار اضطراب می‌شوند. شاید برخی از این که ما این حرف را می‌زنیم، ناراحت شوند؛ اما مرگ، یک واقعیت است. ما در جامعه‌ای زندگی می‌کنیم که تنها در سوانح رانندگی جاده‌ای، روزانه بیش از پنجاه نفر از دنیا می‌روند. اگر فرزند یک خانواده تک فرزند در سن بیست سالگی از دنیا برود، چه اتفاقی برای والدین او می‌افتد؟ فرض کنید پدر در ۲۷ سالگی و مادر در ۲۵ سالگی ازدواج کرده‌اند. اینها پنج سال پس از ازدواج، صاحب فرزند می‌شوند؛ یعنی در هنگام تولد فرزند، پدر ۳۲ سال و مادر، سی سال دارد. فرزند وقتی به بیست سالگی می‌رسد، پدر ۵۲ سال و مادر، ۵۰ سال دارد. اگر این فرزند بر اثر حادثه‌ای از دنیا برود، با توجه به این که فرزندی جز این هم ندارند، پدر و مادر باید باقی عمر خویش را به تنهایی و بدون هیچ فرزند دیگری طی کنند. فکر می‌کنم حال و روز این پدر و مادر، قابل درک باشد. ما نمی‌خواهیم بگوییم داغ فرزند برای کسانی که چند فرزند دارند، سبکتر است؛ اما نمی‌توان این حقیقت را انکار کرد که زندگی پس از مرگ یک فرزند برای خانواده تک فرزند، بسیار سخت‌تر از خانواده‌هایی است که چند فرزند دارند.

از بین رفتن نسل عمو و عمه و دایی و خاله

از بین رفتن نسل عمو و عمه و دایی و خاله، از خطرهای تک فرزندی است. اگر همین‌طور پیش برویم، طبق پیش‌بینی‌ها حداکثر تا حدود پنجاه سال دیگر در ایران، نسل عمو و عمه و دایی و خاله، در بسیاری از خانواده‌ها برچیده خواهد شد.

خلا عاطفی

رابطه عاطفی با برادر و خواهر، یک نیاز است. تک فرزندها/کم فرزندها به جهت نداشتن چنین رابطه عاطفی، مستعد مشکلات روحی هستند، مثل وابستگی‌های افراطی به دیگران.

اضطراب و فشار در نگهداری والدین

بچه‌های تک‌فرزند/کم‌فرزند، زمان سالمندی پدر و مادرشان، برای نگهداری آنها دچار اضطراب‌اند. وقتی پدر و مادر به سنی می‌رسند که به تنهایی توانایی اداره خودشان را ندارند، نیازمند به شخص دیگری می‌شوند. اگر این پدر و مادر چند فرزند داشته باشند، به صورت طبیعی، آنان از والدین خود، به نوبت مراقبت می‌کنند؛ اما اگر آنها یک فرزند داشته باشند، مسئولیت نگهداری والدین به دوش همین یک فرزند می‌افتد. این فرزند، اگر بخواهد بار نگهداری از والدین را بر دوش بکشد، باید از کار و فعالیت، چشم پوشیده، بسیاری از کارهای دیگر خود را تعطیل کند. به صورت طبیعی بسیاری از فرزندان، این کار را نمی‌کنند و یا بهتر است بگوییم که نمی‌توانند این کار را انجام دهند. در نتیجه، دولت باید وارد عمل شده، از سالمندان نگهداری کند. اگر فرزندان هم بخواهند بار نگهداری از والدین را بر دوش بکشند، پیشرفت جامعه متوقف خواهد شد؛ زیرا با وجود وقت قابل توجهی که نگهداری از یک سالمند می‌گیرد، نسل بعدی از فعالیت‌های اجتماعی و اقتصادی محروم خواهد شد. مهم‌ترین آسیب برای والدین تک‌فرزند/کم‌فرزند، تنهایی در سالمندی است.



علل زمینه ساز ناباروری

تعریف ناباروری

ناباروری به ناتوانی یک زوج در بارداری پس از یک سال رابطه جنسی منظم و محافظت نشده (یا شش ماه برای زنان بالای ۳۵ سال و ارزیابی فوری‌تر برای زنان بالای ۴۰ سال) اطلاق می‌شود. این مسئله نه تنها بار مالی و روانی سنگینی بر دوش زوجین می‌گذارد، بلکه توجه جامعه پزشکی را نیز به خود جلب کرده است. علی‌رغم پیشرفت‌های چشم‌گیر در تشخیص و درمان، شیوع ناباروری رو به افزایش است. گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که تقریباً یک از هر شش زوج در سراسر جهان (حدود ۸۰ میلیون نفر) با مشکل ناباروری دست و پنجه نرم می‌کنند و شیوع آن در کشورهای مختلف بین ۳/۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده می‌شود. در ایران نیز نزدیک به ۲۰ درصد زوج‌ها در طول زندگی زناشویی خود با این چالش مواجه شده‌اند.

تمایز ناباروری اولیه و ثانویه

ناباروری اولیه: به وضعیتی اطلاق می‌شود که زوجین علی‌رغم تلاش برای بارداری به مدت یک سال یا بیشتر، هرگز موفق به بارداری نشده‌اند. ناباروری ثانویه: به وضعیتی گفته می‌شود که زوجین قبلاً یک یا چند بار بارداری موفق داشته‌اند، اما اکنون پس از یک سال یا بیشتر تلاش، قادر به بارداری مجدد نیستند.

تمایل به تعویق فرزندآوری و تغییر در سبک زندگی می‌تواند در افزایش آمار کلی ناباروری نقش داشته باشد، اما در هر دو نوع اولیه و ثانویه، بسیاری از موارد همچنان بدون علت مشخص باقی مانده‌اند.

علل ناباروری: عوامل مردانه، زنانه و مشترک

در حدود ۸۵ درصد از زوج‌های نابارور (چه اولیه و چه ثانویه)، علت ناباروری به ناهنجاری‌های قابل شناسایی در فیزیولوژی یا بیماری‌های زمینه‌ای مربوط می‌شود. شایع‌ترین علل ناباروری عبارتند از:

الف) عوامل زنانه:

اختلالات تخمک‌گذاری و عدم تخمک‌گذاری: حدود ۲۵ درصد از موارد ناباروری را تشکیل می‌دهد و می‌تواند در هر دو نوع ناباروری اولیه و ثانویه دیده شود. علائمی مانند سیکل‌های قاعدگی نامنظم، خونریزی غیرطبیعی رحم یا آمنوره می‌تواند نشان‌دهنده این مشکل باشد. سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) شایع‌ترین علت عدم تخمک‌گذاری است. چاقی، مشکلات تیروئید، بیماری‌های هیپوفیز، افزایش آندروژن و آمنوره عملکردی هیپوتالاموس نیز از دیگر علل هستند.

- ناباروری لوله‌ای: انسداد یا اختلال عملکرد لوله‌های فالوپ که مانع از برداشت تخمک می‌شود، بین ۲۵ تا ۳۵ درصد از تشخیص‌های ناباروری را شامل می‌شود. سابقه عفونت‌های مقاربتی (به ویژه در ناباروری ثانویه به دلیل آسیب‌های قبلی)، جراحی‌های شکمی یا عفونت‌های لگنی احتمال این نوع ناباروری را افزایش می‌دهد.
- اندومتریوز: وجود بافت آندومتر در خارج از رحم که می‌تواند با ایجاد چسبندگی، انسداد لوله‌ها یا اختلال در عملکرد تخمدان و لوله‌ها منجر به ناباروری شود و ۲۵ تا ۴۰ درصد زنان نابارور (هم اولیه و هم ثانویه) را تحت تأثیر قرار می‌دهد.
- کاهش ذخیره تخمدان: با افزایش سن، تعداد و کیفیت تخمک‌ها کاهش می‌یابد و می‌تواند عامل ناباروری اولیه در سنین بالا یا ناباروری

ثانویه پس از بارداری‌های قبلی باشد. سابقه جراحی، شیمی‌درمانی، پرتودرمانی و سابقه خانوادگی یائسگی زودرس نیز می‌تواند در کاهش ذخیره تخمدان نقش داشته باشد.

- **فاکتورهای رحم و دهانه رحم:** ناهنجاری‌های حفره رحم مانند پولیپ، لیومیوم، چسبندگی‌های داخل رحمی (که ممکن است پس از زایمان یا جراحی‌های قبلی ایجاد شوند و عامل ناباروری ثانویه باشند) و ناهنجاری‌های مادرزادی رحم می‌توانند با پیامدهای نامطلوب بارداری همراه باشند. مشکلات دهانه رحم مانند تنگی ناشی از جراحی (به ویژه در ناباروری ثانویه) یا کاهش مخاط دهانه رحم نیز می‌تواند مانع از حرکت طبیعی اسپرم شود.

(ب) عوامل مردانه:

اختلالات فیزیولوژی مردانه مانند کاهش غلظت تستوسترون یا تعداد کم اسپرم در حدود ۳۵ درصد از زوج‌های نابارور (چه در ناباروری اولیه و چه ثانویه) نقش دارد. آنالیز مایع منی برای ارزیابی حجم مایع منی و تولید اسپرم ضروری است. آزواسپرمی (عدم وجود اسپرم در مایع منی) می‌تواند ناشی از انسداد در مسیر انتقال اسپرم یا نارسایی اولیه بیضه باشد.

(ج) عوامل مشترک یا ناباروری غیرقابل توضیح:

در برخی موارد، هر دو زوج ممکن است مشکلات جزئی داشته باشند که در مجموع منجر به ناباروری می‌شود. همچنین در حدود ۱۵ درصد از زوج‌های نابارور (در هر دو نوع اولیه و ثانویه)، پس از بررسی‌های کامل، هیچ علت مشخصی برای ناباروری یافت نمی‌شود که به آن «ناباروری غیرقابل توضیح» می‌گویند.

عوامل پیشگیری کننده از ناباروری

اگرچه بسیاری از علل ناباروری قابل پیشگیری نیستند، اما اتخاذ برخی سبک زندگی سالم و توجه به عوامل خطر می‌تواند احتمال بروز آن را کاهش دهد و برای زوج‌هایی که قصد بارداری برای اولین بار دارند یا زوج‌هایی که می‌خواهند بارداری مجدد داشته باشند، اهمیت دارد:

حفظ وزن سالم: چاقی و کمبود وزن هر دو می‌توانند بر تخمک‌گذاری در زنان و باروری مردان تأثیر منفی بگذارند.

اجتناب از دخانیات و مصرف بیش از حد الکل: این مواد می‌توانند کیفیت اسپرم و تخمک را کاهش دهند و بر سلامت باروری تأثیر بگذارند.

مدیریت استرس: استرس مزمن می‌تواند بر هورمون‌های تولید مثل تأثیر بگذارد.

پیشگیری و درمان به موقع عفونت‌های مقاربتی: این عفونت‌ها می‌توانند منجر به آسیب لوله‌های فالوپ در زنان و مشکلات باروری در مردان شوند. این امر به ویژه در پیشگیری از ناباروری ثانویه مهم است.

مراقبت در مواجهه با مواد شیمیایی و سموم: قرار گرفتن در معرض برخی مواد شیمیایی و سموم محیطی و شغلی می‌تواند بر باروری تأثیر منفی بگذارد.

آگاهی از سابقه خانوادگی: داشتن سابقه خانوادگی یائسگی زودرس یا سایر مشکلات باروری می‌تواند نشان‌دهنده خطر بیشتر باشد.

اجتناب از به تعویق انداختن بارداری: با افزایش سن، به ویژه برای زنان، احتمال باروری کاهش می‌یابد. این نکته هم برای بارداری اول و هم بارداری‌های بعدی حائز اهمیت است.

اهمیت و چگونگی تشخیص بهنگام ناباروری

تشخیص زود هنگام ناباروری از اهمیت بالایی برخوردار است زیرا به زوجین این امکان را می‌دهد تا زودتر به دنبال ارزیابی و درمان مناسب باشند و شانس موفقیت درمان را افزایش دهند. زمان مراجعه برای ارزیابی ناباروری بسته به سن زن و سابقه بارداری متفاوت است:

زوج‌هایی که برای اولین بار قصد بارداری دارند (نگرانی از ناباروری اولیه): در صورتی که پس از یک سال تلاش منظم و محافظت نشده باردار نشوند (یا شش ماه برای زنان بالای ۳۵ سال و بلافاصله برای زنان بالای ۴۰ سال)، باید به متخصص مراجعه کنند.

زوج‌هایی که سابقه بارداری موفق داشته‌اند و اکنون برای بارداری مجدد دچار مشکل شده‌اند (نگرانی از ناباروری ثانویه): همین بازه زمانی یک سال (یا شش ماه برای زنان بالای ۳۵ سال و بلافاصله برای زنان بالای ۴۰ سال) برای مراجعه به متخصص توصیه می‌شود. گاهی اوقات، زوج‌ها ممکن است به دلیل مشکلات پس از بارداری قبلی (مانند عفونت‌های لگنی یا جراحی‌های رحمی) زودتر به فکر ارزیابی بیفتند.

چگونگی تشخیص بهنگام

توجه به علائم: زوجین باید به هرگونه علامت غیرطبیعی در چرخه قاعدگی زنان، مشکلات در رابطه جنسی یا سابقه بیماری‌های مرتبط با باروری توجه داشته باشند. در ناباروری ثانویه، توجه به تغییرات در سیکل قاعدگی پس از بارداری قبلی یا بروز مشکلات جدید حائز اهمیت است.

مراجعه به متخصص: در صورت عدم بارداری پس از مدت زمان توصیه شده، مراجعه به متخصص زنان و زایمان یا متخصص اورولوژی (برای مردان) برای انجام ارزیابی‌های اولیه ضروری است.

انجام آزمایش‌های تشخیصی: پزشک ممکن است آزمایش‌های مختلفی را برای تشخیص علت ناباروری تجویز کند، از جمله:

برای زنان: آزمایش خون برای بررسی سطح هورمون‌ها (مانند FSH، LH، استرادیول، AMH، هورمون‌های تیروئید)، سونوگرافی برای بررسی رحم و تخمدان‌ها، هیستروسالپینگوگرافی (HSG) یا سونو هیستروگرافی (SHG) برای بررسی لوله‌های فالوپ و حفره رحم، لاپاراسکوپی در موارد مشکوک به اندومتریوز یا چسبندگی‌های لگنی (که ممکن است پس از جراحی یا عفونت‌های قبلی در ناباروری ثانویه شایع‌تر باشند).

برای مردان: آنالیز مایع منی برای بررسی تعداد، حرکت و شکل اسپرم، آزمایش خون برای بررسی سطح هورمون‌ها، سونوگرافی از دستگاه تناسلی. پیگیری و درمان: پس از تشخیص علت ناباروری، پزشک بهترین روش درمانی را با توجه به شرایط زوجین پیشنهاد خواهد داد. تشخیص بهنگام می‌تواند زمان انتظار برای درمان را کاهش داده و احتمال موفقیت را افزایش دهد. در ناباروری ثانویه، بررسی علل احتمالی ناشی از بارداری یا زایمان قبلی نیز در روند تشخیص اهمیت دارد.



غربالگری جنین و آثار آن

اندیکاسیون غربالگری

غربالگری پیش از تولد فرایندی است که طی آن والدین در دوران بارداری در خصوص ابتلا به سه نوع تریزومی ۱۳، ۲۱ و (سندرم داون)، آگاهی و اطمینان پیدا می‌کنند؛ به جز سندرم داون، تریزومی ۱۳ و ۱۸ قابلیت حیات ندارند و یا با فاصله کوتاهی پس از تولد فوت می‌کنند. این فرایند با استفاده از روش‌هایی نظیر سونوگرافی (NT (nuchal translucency و آزمایش خون، احتمال وجود این ناهنجاری‌ها را ارزیابی می‌کند. لذا غربالگری صرفاً یک ابزار تشخیصی است و با هدف درمان بیماری‌ها و تأمین و ارتقای سلامت مادر و جنین طراحی نشده است.

سابقه اشتباه غربالگری در ایران

در ایران، غربالگری پیش از تولد عمدتاً بر شناسایی سه تریزومی (۱۳، ۱۸ و ۲۱) متمرکز است، که تریزومی ۲۱ (سندرم داون) مهم‌ترین هدف آن محسوب می‌شود. تریزومی‌های ۱۳ و ۱۸ معمولاً با حیات سازگار نیستند و اکثر جنین‌های مبتلا به‌طور طبیعی از بین می‌روند. بنابراین، غربالگری عمدتاً برای شناسایی سندرم داون انجام می‌شود و قادر به تشخیص سایر ناهنجاری‌ها مانند انافسالی، اوتیسم، یا سندرم‌های نادر نیست.

شیوع پایین سندرم داون و نرخ بالای مثبت کاذب: شیوع سندرم داون در جمعیت عمومی حدود ۰.۰۹٪ (یک در هزار) است، به این معنا که ۹۹.۹۱٪ جنین‌ها بدون غربالگری سالم هستند. با این حال، در ایران، نرخ ارجاع برای آزمایش‌های تکمیلی (مانند آمنیوسنتز) بین ۱۲.۵ تا ۱۶٪ بوده است، که بسیار بالاتر از استانداردهای جهانی (۱.۸ تا ۵٪ در کشورهای مانند کانادا و انگلستان) است. این امر منجر به برچسب‌گذاری نادرست حدود ۱۴۹,۰۰۰ جنین سالم در سال به‌عنوان موارد مشکوک به سندرم داون شده است.

تبعات غربالگری اشتباه در ایران

تبعات مثبت کاذب

نتایج مثبت کاذب باعث اضطراب روانی شدید، هزینه‌های مالی بالا برای آزمایش‌های تکمیلی، و در برخی موارد، سقط جنین‌های سالم شده است. مطالعه‌ای نشان داد که سالانه حدود ۲۰,۰۰۰ جنین سالم به دلیل نتایج نادرست غربالگری سقط شده‌اند. همچنین، آمنیوسنتز به عنوان یک روش تشخیصی تهاجمی، در نیم تا یک درصد موارد به سقط جنین منجر شده است، که در ایران سالیانه بین ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ مورد سقط را شامل می‌شود.

هزینه‌های اقتصادی غیرمنطقی

مطالعه‌ای نشان داد که هزینه سالانه غربالگری سندرم داون در ایران ۱۲۰ برابر هزینه نگهداری مادام‌العمر افراد مبتلا به این سندرم (با استانداردهای زندگی در آمریکا) است. این امر نشان‌دهنده ناکارآمدی اقتصادی این فرایند در ساختار پیشین است.

اجرای اجباری غربالگری

برخلاف اصول اخلاقی و علمی، غربالگری در ایران به صورت گسترده و بعضاً اجباری برای ۹۴٪ زنان باردار انجام می‌شد، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته مانند سوئد و کانادا، حداکثر ۳۰ تا ۳۳.۶٪ زنان باردار غربالگری می‌شوند.

فرایند مجازانجام غربالگری براساس قانون جوانی جمعیت

قانون «حمایت از خانواده و جوانی جمعیت» (مصوب ۱ آبان ۱۴۰۰) چارچوبی برای اصلاح فرایند غربالگری در ایران ارائه کرده است. مهم‌ترین مفاد این قانون عبارتند از:

- حذف اجبار غربالگری: غربالگری برای همه زنان باردار از دستورالعمل مراکز بهداشت حذف شده و پزشک هیچ الزامی به تجویز و ارجاع مادر باردار به بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی در بارداری ندارد. در صورت عدم تقاضای والدین برای بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی، مشاوره‌ای در این مورد نباید صورت گیرد و در صورت تقاضای والدین، سن مادر بالای ۳۵ سال، سابقه تولد و یا سقط جنین مبتلا به سندرم داون مورد بررسی قرار گرفته و در صورت مثبت بودن، انجام غربالگری در سامانه ثبت می‌شود.
- نظارت بر آزمایشگاه‌ها و مراکز تصویربرداری: فهرست مراکز مجاز برای انجام غربالگری باید تهیه و اعلام شود تا از کیفیت و دقت فرایند اطمینان حاصل گردد.
- حمایت از افراد دارای معلولیت: قانون تکالیفی برای نهادهایی مانند بهزیستی و بیمه‌ها در راستای حمایت از خانواده‌های دارای فرزندان معلول پیش‌بینی کرده است.
- جلوگیری از قتل جنین‌های سالم و بی پناه

حفظ حیات جنین

مبتنی بر آیه مبارکه ۳۲ سوره مبارکه مائده " من قتل نفسا بغير نفس او فساد فی الارض فکانما قتل الناس جميعا و من احياها فکانما احيا الناس جميعا"، یک قتل، همچون قتل همه انسان‌هاست. جنین، شخصیتی بالقوه و دارای استعداد سیر به سوی انسانیت و پیمودن مراحل رشد و تکامل انسانی است، مانند سایر انسان‌ها دارای حقوقی از جمله حق حیات و حق سلامت است که باید مورد حمایت قرار بگیرد. سقط جنین تنها در موارد استثنایی (تهدید مستقیم به جان مادر یا ناهنجاری‌های شدید جنین) و با تأیید هیئت‌های پزشکی، فقهی و قضایی مجاز است. سقط غیرقانونی در مقیاس گسترده به عنوان «افساد فی الارض» جرم‌انگاری شده و مجازات‌های سنگینی دارد.

ارزیابی اثربخشی قانون

پس از اجرای قانون، نرخ غربالگری در ایران حدود ۲۰٪ کاهش یافته است، بدون اینکه افزایش قابل توجهی در تولد نوزادان مبتلا به سندرم داون مشاهده شود. این امر نشان‌دهنده امکان اجرای غربالگری هدفمند و مبتنی بر شواهد است. با این حال، چالش‌هایی نظیر ادامه توصیه‌های غیرضروری غربالگری توسط برخی متخصصین، نبود نظارت کامل بر آزمایشگاه‌ها، و عدم امنیت قضایی کامل برای پزشکان همچنان باقی است.



فهرست منابع

- اسلامی نسب، علی، مشاوره جنسی و زناشویی، نشر نواندیشان، ۱۴۰۲.
- اکبرپور، سمیه، بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضایت‌مندی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۸۹.
- اکبری، آموزش هنگام ازدواج، سلامت باروری و جنسی: به سفارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معاونت بهداشت، دفتر سلامت جمعیت، خانواده و مدارس، اداره باروری سالم و جمعیت ۱۳۹۸.
- اوحدی، بهنام، تمایلات و رفتارهای جنسی طبیعی و غیرطبیعی انسان، اصفهان، صادق هدایت، ۱۳۸۴.
- پناهی، علی احمد؛ جان بزرگی، مسعود؛ روان شناسی زن و مرد؛ پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، ۱۳۹۶.
- جلیلی. تأخیر در فرزندآوری، علل و پیامدها: مطالعه مرور نظام مند. همایش کشوری صیانت از جمعیت و فرزندآوری سالم ۱۴۰۲.
- حاتمی. دانستنی از جنس ندانستنی، نکاتی درباره ارتباط زناشویی. قم: موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره)، ۱۳۹۱.
- درویش مفردکاشانی، زهرا؛ ظفرقندی، نفیسه؛ ریسی، فیروزه؛ علی اصل، ژاله؛ مکبری‌نژاد، روشنک؛ عمارتکار، الهام؛ عمادی، فاطمه؛ افتخار، طاهره؛ مروری بر تدابیر سلامت جنسی از دیدگاه طب سنتی، نشریه تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره ۸، ۷۳۷۹، ۱۳۹۵.
- ناصری، محسن. راهنمای بالینی طب سنتی ایران، طب سنتی ایران، ۱۴۰۰.
- رحمانی، اعظم و دیگران، ارتباط رضایت جنسی با عوامل فردی در همسران، نشریه پرستاری ایران، دوره ۲۳، ش ۶۶، آبان ۱۳۸۹.
- زینالو، تحلیل اقتصادی غربالگری سندرم داون در برنامه جاری مراقبت‌های دوران بارداری در سال ۹۶ و ارائه برنامه پیشنهادی [(پایان‌نامه دکتری تخصصی پزشکی اجتماعی): دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده پزشکی؛ ۱۳۹۶.

- عباسی، ایران! جوان بمان؛ چرایی ضرورت افزایش جمعیت. قم: آیین فطرت، ۱۳۹۶.
- علی اکبری دهکردی، مهناز، رابطه عملکرد جنسی زنان با سازگاری زناشویی، مجله علوم رفتاری، دوره ۴، ش ۳، پاییز ۱۳۸۹
- عهبری، محمد؛ ناصحی، عباسعلی؛ رئیسی، فیروزه؛ یحیوی، سید طه؛ گزیده سکسولوژی بالینی، انتشارات ارجمند، ۱۳۹۷
- کوهی کمالی، داریوش؛ قادرپناهی، مریم؛ تغذیه و تمایلات جنسی، دومین کنگره سراسری خانواده و مشکلات جنسی، ۱۳۸۴
- کیمیایی، سید علی؛ باقریان نژاد، زهرا؛ راهنمای گام به گام درمان مشکلات زناشویی، انتشارات رشد، ۱۳۹۶.
- ماهیار، آذر؛ نوحی، سیما، راهنمای کاربردی درمان اختلالات عملکرد جنسی، انتشارات معین، ۱۳۸۷
- مجلسی، حلیه المتقین، انتشارات مبین اندیشه، ۱۳۸۶.
- مرقاتی، همسرمن، مهارت آموزی در روابط زناشویی و جنسی: انتشارات مهرسا؛ ۱۳۹۴.
- مهدوی، سید محمد صادق؛ نسیمی، مریم، بررسی جامعه شناختی رضایت زنان از مناسبات زناشویی، پژوهش نامه علوم اجتماعی، سال دوم، ش سوم، پاییز ۱۳۸۷.
- موسوی، سید عباس؛ کتاب جامع رضایت جنسی همسران عوامل و موانع؛ شرکت چاپ و نشر بین الملل، ۱۳۹۹.
- هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی، ترجمه حسن رفیعی و همکاران، ج ۱، تهران، ارجمند، ۱۳۸۲.
- رباط چزی، مهری؛ کتاب بکارت و معاینه بکارت از دیدگاه پزشکی، فقهی و حقوقی، تهران: سازمان پزشکی قانونی کشور، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، ۱۳۹۶

- _ Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Basic Books.
 - _ Buss, D. M. (2016). The Evolution of Desire. Springer.
 - _ Giddens, A. (1992). The Transformation of Intimacy. Polity Press.
 - _ Sternberg, R. J. (1986). A Triangular Theory of Love. Psychological Review.
 - _ Beck, J. S. (2016). Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. Guilford Press.
 - _ Brody, S., & Costa, R. M. (2019). Environmental factors in sexual health. Journal of Sexual Medicine.
 - _ Gottman, J. (2015). The Seven Principles for Making Marriage Work. Harmony.
 - _ Mark, K. P., et al. (2018). "Scheduling sex" and marital satisfaction. Journal of Sex Research.
 - _ Muise, A., et al. (2019). Sexual communal motivation in couples. Personality and Social Psychology Bulletin.
-

به نام خالق زندگی

ازدواج صرفا کنار هم بودن دختر و پسر نیست
صرفا با هم بودن نیست
ازدواج یعنی دو (من) کنار هم قرار می گیرند و می شوند (ما)
ازدواج نقطه آغاز پایان منیت ها است
ما با هم، کنار هم در پرتو الطاف الهی خود را، زندگی را، دنیا را، آینده را و
آخرت را می سازیم
برای موفقیت در این ساختن زوجین جوان نیازمند کسب مهارت های
مختلف است .
این کتاب
به زوجین جوان راه و چاه زندگی مشترک و معارت های مورد نیاز در شروع
زندگی را به صورت خلاصه و کلیدی آموزش می دهد



وزارت بهداشت



مرکز ملی سلامت
خانواده و مدارس



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس
اداره جوانی جمعیت