

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس



معاونت بهداشت

سلامت جنسی و باروری، عوارض پیشگیری از بارداری

(ویژه مربیان نسخه ۰۱)

بهار ۱۴۰۳

شناسنامه کتاب:

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 خانواد و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد

ویراستار: مریم علوی

فهرست مطالب

۳	سخن آغازین
۷	فصل اول: تفاوت‌های دستگاه تناسلی زنان با مردان
۱۲	فصل دوم: رضایت از رابطه جنسی و تفاوت زن و مرد در این موضوع
۲۰	فصل سوم: تفاوت‌های روانشناختی زن و مرد در رابطه جنسی
۲۶	فصل چهارم: عوامل مؤثر در رابطه جنسی (زمان، مکان، بارداری)
۳۴	فصل پنجم: تغذیه و رابطه جنسی
۴۱	فصل ششم: طب ایرانی در روابط زناشویی
۵۱	فصل هفتم: شب زفاف
۵۵	فصل هشتم: عوامل ممنوع در رابطه جنسی
۶۲	فصل نهم: مزایای حاملگی و فرزندآوری از منظر سلامت
۶۶	فصل یازدهم: عوارض جلوگیری از بارداری
۷۳	فصل دوازدهم: نحوه مدیریت بارداری در دوره عقد
۷۵	فصل سیزدهم: عوارض جسمی، روحی و روانی تأخیر در فرزندآوری
۸۰	فصل چهاردهم: علل زمینه ساز ناباروری
۸۴	فصل پانزدهم: اشاره اجمالی به درمان ناباروری
۸۸	فصل شانزدهم: غربالگری جنین و آثار آن

پیشگفتار

"و من آیاته ان خلق لکم من انفسکم ازواجاً لتسکنوا الیها و جعل بینکم موده و رحمہ ان فی ذلک لآیات لقوم یتفکرون"

از نشانه های قدرت و رحمت خدا این است که همسران شما را از جنس شما آفرید تا در کنار آنها احساس آرامش کنید و میان شما محبت و رحمت قرارداد به تحقیق در این نکته نشانه هایی است برای آنها که می اندیشند. (سوره روم آیه ۲۱)

ازدواج یک مرحله بسیار مهم از زندگی است که تنها برای زن و شوهر بلکه برای نسل های بعد نیز سرنوشت ساز است و عامل تکامل انسان است. هدف ازدواج، با هم بودن، کسب آرامش، خوشبختی، تحکیم خانواده، داشتن فرزندان و تداوم نسل است.

خانواده اولین واحد تشکیل دهنده جامعه اسلامی است و ازدواج زیر بنای این واحد است. افزایش آگاهی زوجین در آستانه ازدواج از اقدامات بسیار مهم برای تقویت بنیان خانواده به شمار می آید.

در شروع زندگی مشترک، همه زوجین لازم است مطالبی را در مورد برقراری مهارت های زندگی خانوادگی، سلامت جنسی، فواید فرزندآوری، حرمت سقط جنین و احکام و حقوق زوجین بدانند. از این رو برنامه آموزش هنگام ازدواج، نقطه عطفی در ارتقای دانش زوجین، در آغاز زندگی مشترک شان می باشد. لذا ضروری است کلیه دانشگاه/ دانشکده های علوم پزشکی، ضمن بهره مندی از مربیان ازدواج مورد تایید دفتر نهاد معظم رهبری در دانشگاهها، امکانات و زیر ساخت های لازم برای اجرای بهینه ماده ۳۸ قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت و درنهایت افزایش رضایتمندی زوجین از تشکیل خانواده و به دنبال آن داشتن فرزندان سالم و صالح را فراهم آورده و تقویت نمایند.

در پایان از تلاش های ارزنده همه اساتید محترم، اعضای محترم کمیته علمی فرهنگی ازدواج شورای عالی انقلاب فرهنگی، ستاد ملی جمعیت، دفتر نهاد مقام معظم رهبری در دانشگاهها و همکاران عزیز اداره جوانی جمعیت مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس که در تدوین و تهیه کتاب های چهارگانه آموزش های هنگام ازدواج از هیچ تلاشی دریغ ننموده اند صمیمانه تشکر نموده و امیدوارم در پرتو ازدواج بهنگام و آسان و فرزندآوری به موقع درنسل جوان شاهد ایرانی جوان، قوی، پویا، سربلند و بالنده باشیم.

دکتر حسین فرشیدی

معاون بهداشت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

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 روی می‌آورد. ازدواج 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 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 پایدار مانده و ارتقاء 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 بیاموزند و به کار بندند. از این رو برای تقویت دانش مورد نیاز زوجهای جوان، قانون حمایت از خانواده و جوانی جمعیت 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 قالب چهار عنوان شامل: «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» می‌باشد.

آنچه پیش رو دارید تنها منبع آموزشی ویژه مربیان آموزش‌های هنگام ازدواج مورد تایید کمیته علمی فرهنگی آموزش‌های هنگام ازدواج شورای عالی انقلاب فرهنگی می‌باشد.

در پایان از زحمات مولفین محترم کتاب، سرکار خانم دکتر شهیده جهانیان سادات محله (دانشیار بهداشت باروری دانشگاه تربیت مدرس مسئول کارگروه سلامت دبیرخانه ستاد ملی جمعیت)، سرکار خانم دکتر سیده سعیده موسوی (استادیار بهداشت باروری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس) و سرکار خانم محبوبه امیدی (دکتری خانواد و سلامت جنسی، دانشگاه شاهد) و مدیریت اجرایی سرکار خانم دکتر زهرا آیت‌اللهی و همکاری سرکار خانم دکتر معصومه حق‌پرست جهت به ثمر رسیدن این منبع آموزشی تقدیر و تشکر می‌نمایم. امیدوارم با ارتقاء سطح دانش زوجین جوان شاهد استحکام بیشتر خانواده‌های ایرانی، فرزندآوری به موقع و متعدد در نسل جدید و ایرانی جوان، پویا و پیشرفته در یک دهه پیشرو باشیم.

دکتر صابر جباری فاروجی

رئیس مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

فصل اول

تفاوت‌های دستگاه تناسلی زنان با مردان

ارگان‌های تناسلی چند ماه قبل از تولد در دوران جنینی تشکیل می‌شود و تا زمان بلوغ، اندام‌های جنسی سیگنال‌هایی 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 سیگنال‌ها به صورت ماده شیمیایی، یعنی هورمون جنسی از طریق جریان خون بر دیگر بخش‌های بدن تأثیر می‌گذارند. البته غدد هیپوفیز هم به وسیله کورتکس 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:

سلول تخم (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 تخم 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 اسپرم‌های مرد با تخمک لقاح کند، معین می‌شود و زن در پسر یا دختر شدن نطفه نقش چندانی ندارد. 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 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 ۵۴ سالگی پایان می‌یابد. با توجه به پیشرفت‌های صورت گرفته در علم پزشکی نگرانی از بابت تشخیص برخی مشکلات بارداری به سادگی صورت می‌پذیرد. اگر چه اصل اولیه، توصیه موکد به همه زنان و مردان، 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. لازم به ذکر است 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 بارها تکرار شود.

در دستگاه تولید مثل زن تحولات هورمونی و نوسان آنها و تأثیر هورمون‌ها بر مغز و 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.

ارگان‌های جنسی مرد

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

بخش داخلی دستگاه تناسلی مردان

مجرای دفران: لوله بلندی است که از محدوده بیضه و داخل لگن تا پشت مثانه امتداد می‌یابد. مجرای دفران، اسپرم رسیده 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 دفران 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

نحوه عملکرد	ارگان‌های جنسی
<ul style="list-style-type: none"> مسیر خروج ادرار و مایع منی حس ایجاد می‌کند (پایانه‌های عصبی زیادی دارد). اندازه آن در حالت طبیعی در حدود ۷-۱۰ سانتی متر و در حالت تحریک (نعوظ) ۱۲-۱۸ سانتی متر است. 	<p>آلت تناسلی (پنیس)</p>
<ul style="list-style-type: none"> کیسه عضلانی است که در سرما کوتاه و در گرما بلندتر می‌شود. بیضه‌ها را در بر می‌گیرد. دما را کنترل می‌کند. در تامین حس نقش دارد. لمس کیسه‌ی بیضه در طی عمل جنسی، می‌تواند منشا لذت جنسی باشد. 	<p>اسکروتوم (کیسه بیضه)</p>
<ul style="list-style-type: none"> بیضه‌ها به طور متوسط ۴ تا ۵ سانتی متر طول و ۲/۵ سانتی متر عرض دارند. 	<p>بیضه</p>

نحوه عملکرد	ارگان‌های جنسی
<ul style="list-style-type: none"> اسپرم و هورمون‌های جنسی (آندروژن‌ها و تستوسترون) تولید می‌کند. هر کدام از حدود ۴۵۰-۱۵۰ متر لوله‌ی سخت به هم پیچیده تشکیل شده است. 	
<ul style="list-style-type: none"> باعث حرکت بهتر و طول عمر اسپرم می‌شود. حجم آن در یک انزال به اندازه یک قاشق چایخوری پر است (۵-۲ میلی لیتر) در زمان ارضا (ارگاسم)، 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. 	مایع منی (سیمن)
<ul style="list-style-type: none"> سلول بارورکننده‌ی 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، ۲-۵ میلی لیتر مایع منی خارج می‌شود که حاوی ۶۰۰-۱۰۰ میلیون اسپرم است. برای باروری، تنها یک اسپرم از چند میلیون کافی است. طول عمر اسپرم در بدن زن ۵ روز و در محیط خارج از بدن (مثلاً محیط توالت) ۳ ساعت است. 	اسپرم

ارگان‌های جنسی زن

در زمان بلوغ در دختران دو هورمون اصلی استروژن و پروژسترون ترشح می‌شوند که منجر به تکامل اندام‌های تناسلی می‌شود.

ارگان‌های 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 ارگان‌های 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 بزرگ‌تر، پایین) دیده خواهند شد.

ناژک، فنچ یا کلیتوریس: یک اندام حساس، نرم و انعطاف‌پذیر 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 ارگاسم است. در واقع کلیتوریس مهم‌ترین بخش اندام تناسلی خانم‌ها برای رسیدن به ارگاسم است. کلیتوریس در خانم‌ها معادل آلت تناسلی مردان بوده و منشا تحریکاتی است که می‌تواند منجر به ارگاسم شود. تحریک این عضو در زمان تماس جنسی باعث ترشح در برخی از اندام‌های تناسلی داخلی می‌شود. شایان ذکر است که بیشترین تعداد اعصاب تحریک‌کننده 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 سانتی‌متر در هنگام زایمان و تولد نوزاد را دارد.

پرده بکارت/زه‌چین: این پرده یک چین مخاطی است که در داخل مهبل قرار دارد و معمولاً در هنگام اولین تماس جنسی پاره می‌شود. این پارگی معمولاً با کمی خونریزی و درد همراه است. پرده بکارت شکل‌های متفاوتی دارد و در برخی افراد ممکن است به دلیل ارتجاعی بودن خونریزی اتفاق نیفتد. در پرده بکارت برای خروج خون قاعدگی سوراخ (سوراخ‌ها و منافذی) وجود دارد که این امکان را ایجاد می‌کند تا خون قاعدگی از این مجرا خارج گردد.

دستگاه تناسلی داخلی زن

نحوه عملکرد	ارگان‌های جنسی
<ul style="list-style-type: none"> دیواره‌های عضلانی با لایه میانی به نام آندومتر و دارای دهانه به نام سرویکس؛ به آن ومب و بچه دان هم گفته می‌شود. محل جایگزینی و محافظت از جنین محل تغذیه و دفع موارد زاید جنین از طریق جفت 	رحم
<ul style="list-style-type: none"> قسمت پایینی رحم ترشحاتی تولید می‌کند تا حرکت و ورود اسپرم به داخل رحم را تسهیل نماید. 	دهانه رحم (سرویکس)

نحوه عملکرد	ارگان‌های جنسی
<ul style="list-style-type: none"> • پلاک‌های مخاطی درست می‌کند تا در هنگام بارداری از ورود میکروب پیشگیری شود. 	
<ul style="list-style-type: none"> • 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 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. 	<p>مهبل (واژن)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • نقطه‌ای در قسمت میانی دیواره فوقانی 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 قطعی 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). 	<p>نقطه جی</p>

فصل دوم

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

رضایت جنسی به رضایت داشتن از برقراری رابطه موفق فیزیکی و نیز داشتن رضایت روانی از برقراری رابطه جنسی گفته می‌شود. در برخی تحقیقات رضایت جنسی زناشویی به سه دسته تقسیم می‌شود:

۱- روابط گوناگونی که شامل رضایت در روابط جنسی است.

۲- حالت فیزیولوژی روابط جنسی که علائم رضایت از طریق فعالیت‌های جنسی را نشان می‌دهد، مثلاً دفعات انزال در مقاربت صفات فردی و اجتماعی همسران که شامل رضایت جنسی با توجه به جنسیت همسران است.

با توجه به آنچه گفته شد منظور از رضایت جنسی، برقراری رابطه فیزیکی روانی جنسی موفق بین همسران برای رسیدن به آرامش جسمی روحی است.

موضوع رضایت جنسی ما را با دشواری‌هایی روبرو می‌کند و مشکلات جدی با توجه به تعریف آن باقی مانده است. اکثر الگوها و مطالعات طراحی شده، بین رضایت عمومی از زندگی جنسی یک نفر (به عنوان خرسندی کلی) و لذت جنسی واقعی (مربوط به فعالیت جنسی) تمایزی قائل نمی‌شوند. رضایت عمومی جنسی اساساً یک ارزیابی فردی از زندگی جنسی شخصی و مستقل از فعالیت جنسی بوده که این مفهوم متفاوت با لذت جنسی می‌باشد. بنابراین در مواردی که هیچ تمایلی به فعالیت جنسی وجود ندارد افراد غیرفعال از نظر جنسی می‌توانند سطح بالایی از خرسندی عمومی از زندگی جنسی‌شان را گزارش کنند. رضایت جنسی به میزان مشابهی با متغیرهای فیزیکی، عاطفی و رابطه‌ای همبستگی دارد. هانینگ و همکاران دریافته‌اند که در روابط جنسی طولانی مدت، سطح رضایت جنسی که توسط مردان و زنان گزارش می‌شود با «صمیمیت جنسی با همسر»، «صمیمیت کلی»، «احتمال ارگاسم» همبستگی مثبت و با «تعارضات در رابطه»، همبستگی منفی دارد. بنابراین شواهدی قوی وجود دارد که رضایت جنسی، ارتباط تنگاتنگی با رضایت کلی از رابطه و سایر شاخص‌های کیفیت دارد. از این گذشته بسیاری از پژوهش‌ها این مطلب را که رضایت جنسی یک سازه گسترده است که با کیفیت ازدواج، کیفیت زندگی، رفاه عمومی و شادخویی از نزدیک در هم تنیده شده را پررنگ کرده‌اند. مشکلات حل نشده مختلفی باقی مانده است که به اندازه گیری رضایت جنسی مربوط می‌شوند، چرا که بعضی پرسشنامه‌ها به زندگی جنسی به صورت کلی و بعضی دیگر به وجوه رابطه‌ای و روانشناختی تمرکز کرده و بعضی دیگر عدم پربشانی فردی را به عنوان عنصر اصلی رضایت جنسی در نظر گرفته‌اند. بنابراین علی‌رغم آنکه رضایت جنسی موضوع اصلی در بحث‌های اخیر حول موضوع مفاهیم جدید در تجربه‌های انسانی شده است، معنای اصلی آن به خوبی روشن نیست. با توجه به اینکه رضایت به عنوان یک وضعیت عاطفی یا احساس خشنودی و خرسندی (که با رسیدن به اهداف مطلوب به دست آمده) تعریف شده است، می‌توان گفت که رضایت جنسی یک وضعیت عاطفی است که با رسیدن به خواسته‌ها و آرزوهای

فرد در زمینه زندگی جنسی پدید می‌آید. رضایت جنسی نباید با لذت حاصل از ارگاسم اشتباه گرفته شود. پژوهشگران بر عواملی که ممکن است بر رضایت جنسی موثر باشند تمرکز کرده‌اند. تحلیل رابطه بین «اولین آمیزش جنسی» و «رضایت جنسی فعلی» نشان می‌دهد که افرادی که اولین تجربه جنسی مثبت‌تری داشته‌اند، (برای مثال صمیمیت و احترام) احساس بیشتری از «رضایت» و «اعتبار جنسی» و احساس کمتری از «افسردگی جنسی» را گزارش کرده‌اند. سایر مطالعات که در نمونه‌های بزرگ از ملیت‌های سوئدی و چک انجام شده است نشان داد که «رضایت جنسی» با فراوانی «آمیزش با دخول آلت به واژن» (PVI) همبسته است. [جالب است که سایر عوامل جنسی که فراتر از «فراوانی (PVI)» هستند و سهمی در رضایت و رابطه جنسی دارند، وجوه دیگر مربوط به (PVI) را تشکیل می‌دهند: نظیر رضایت از (PVI)، عملکرد نعوظی، ارگاسم PVI به صورت همزمان و ظرفیت رسیدن به ارگاسم واژینال (تحریک واژینال توسط آلت بدون تحریک کلیتوریس).] «کارایی و فعالیت جنسی» که شامل «فراوانی فعالیت جنسی»، «تنوع رفتارهای جنسی» و «رویکرد مثبت نسبت به جنسینگی» می‌شود به صورت شایع در هر دو جنس با «رضایت جنسی» همبستگی دارد. «صمیمیت فیزیکی»، «بوسیدن»، «در آغوش گرفتن»، «لمس کردن» و «نوازش» فراوان در «رضایت جنسی» هر دو جنس مرد و زن با اهمیت است. براساس نتایج مطالعات در مقیاس گسترده مشخص شده که از یک سو شواهدی از همبستگی بین «فعالیت جنسی» و «رضایت جنسی» وجود دارد و از سوی دیگر شواهدی از همبستگی «رضایت جنسی» با «خوشنودی عاطفی»، «رضایتمندی همسر» و «کیفیت زندگی» به طور کلی وجود دارد. رضایت جنسی آمیزشی در زنان به وضوح دوبرگه‌ای به نظر می‌رسد. اولین بعد، یعنی عاطفی شامل احساس نزدیکی به همسر است (مثلاً احساس امنیت، تنها نبودن، دور نبودن از همسر و یکی شدن با او) در حالی که بعد دوم به خود زن و تجربه‌های جسمی و احساسی او مربوط می‌شود (احساس آشفتگی نکردن از درون، احساس خرسندی بدون نقص، رهایی از تنش جنسی، احساس رهایی همراه با لذت، احساس توازن، تجربه کردن ارگاسم، احساس شادی و آرامش). این نتایج ویژگی‌های دوگانه رضایت جنسی را پررنگ می‌سازد («لذت و خوشنودی جنسی» و «عوامل رابطه‌ای»). هم زنان و هم مردانی که از نظر جنسی فعال هستند ولی دلبسته نیستند کمتر از زندگی جنسی خود راضی‌اند. رابطه طولانی مدت برای زنان بیشتر از مردان اهمیت دارد، مادامی که تعهد و وفاداری وجود داشته باشد. همچنین توانایی برقراری ارتباط باز و بی‌پرده پیرامون وجوه جنسی رابطه نقش مهمی را در رضایت جنسی بازی می‌کند. در واقع، ترس از صمیمیت و اجتناب از ارتباط باز و عاطفی بین زوجین که در اثر ترس از ارزیابی منفی پیش می‌آید، احتمالاً عواقب مهمی هم در رضایت از رابطه به صورت کلی و هم در رضایت جنسی به صورت خاص دارد. خود افشاگری جنسی دو طرفه در رضایت از رابطه سهیم است که به رضایت جنسی بیشتری منجر می‌شود. از سوی دیگر خود افشاگری جنسی فرد به فهم بیشتر همسر از علایق و بی‌علاقگی‌های جنسی او منجر می‌شود که به توازن بیشتر پاداش و هزینه جنسی انجامیده و بنابراین رضایت جنسی بیشتری حاصل می‌شود. خود افشاگری جنسی بیشتر در زنان معمول است در حالی که خود افشاگری جنسی دو طرفی

می‌تواند در زوجها به وجود آید. هیچ شکی وجود ندارد که در سنین بالا مردان و زنان تغییرات زیستی و روانی بسیاری را متحمل می‌شوند که بر عملکرد جنسی تأثیر می‌گذارد (مانند تغییرات هورمونی و تغییر الگوی رابطه)، ولی اینکه این‌ها مشکل‌زا تجربه شوند به متغیرهای مهم زیر مربوط می‌شود: آیا آنها از نظر جنسی فعال هستند (معمولاً به وضعیت ازدواج ربط دارد نظیر مسئله بیوه شدن)، نوع فعالیت جنسی که در آن مشارکت می‌کنند (الگوی رفتار جنسی؛ لمس کردن، فعالیت‌های قبل از آمیزش)، زمینه اجتماعی، فرهنگی (آموزش جنسی، هنجارها و نقش‌ها، نقش‌های جنسیت ویژه، بحران میانسالی)، وضعیت رابطه (حضور همسر به عنوان یک عامل محافظت‌کننده، تجربه جدایی)، خشنودی روانشناختی (افسردگی، اضطراب، ویژگی‌های شخصیتی مثل وابستگی، وسواس و انعطاف‌پذیری روانشناختی)، سلامت جسمانی (بیماری‌های متابولیک، عروقی - هورمونی و سایر). بنابراین چندین عامل معمولاً با رضایت جنسی همبستگی دارند و بعضی با تغییر در مراحل زندگی تغییر می‌کنند بسیاری از چیزها هنوز روشن نشده است و کمبود تعریف مشخص این نکته را ضروری می‌سازند که متغیرهای چند عاملی و فردی که نقش بازی می‌کنند به حساب آیند.^۱

در ادامه به مهمترین آثار رضایت جنسی در ساحت‌های فردی و جمعی اشاره می‌شود.

الف) آثار فردی

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

➤ 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 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

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

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

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 آرتریتهای 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 ارضاء 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 انسان را تامین کرده موجب آرامش روحی و روانی او می‌شود^۲.

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)^۳.

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

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

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

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

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.^۱

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 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.^۲ پژوهش‌ها نشان می‌دهند که رضایت جنسی زنان با داشتن اعتماد به نفس، عزت نفس، احساس شادکامی، نگرش مثبت و همدلی همراه است.^۳

(ب) آثار جمعی 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. شناخت ناصحیح انگیزه جنسی و شیوه‌های درست و اخلاقی ارضای آن ممکن است موجب برخی ناخرسندی‌ها و کجروی‌های فردی و در نتیجه موجب نابسامانی‌های اجتماعی شود. تحقیقات نشان می‌دهد که نارسایی‌های جنسی ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی مانند جرائم، تجاوزات جنسی، بیماری‌های روانی و طلاق دارد و بسیاری از ناهنجاری‌های اجتماعی ناشی از طغیان تمایلات جنسی است که سبب برهم خوردن نظم اجتماعی و به خطر افتادن سلامت جامعه می‌شود. پس، تجارب جنسی نامطلوب به هر علتی که ایجاد شوند پیامدهای منفی بسیاری خواهند داشت. 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. خلاصه آنکه، 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.^۴ 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 مشترک است. تحقیقات نشان می‌دهد که روابط جنسی، شکل

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

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

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

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

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. و 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- انعطاف پذیری 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: رضایت جنسی بالا موجب افزایش کیفیت زندگی زناشویی شده و در نتیجه، به افزایش ثبات زندگی زناشویی می‌انجامد. طبق تحقیقات انجام شده از پیامدهای آمیزش سالم می‌توان به رضایت زناشویی، استواری نظام خانواده و جلوگیری از نزاع و اختلاف خانوادگی اشاره کرد. برخی روانشناسان به این نتیجه رسیدند که روابط جنسی همسران، نقش بسزایی در استواری زندگی زناشویی به خصوص در سال‌های اولیه زندگی مشترک دارد. همچنین وجود روابط جنسی رضایت بخش بین زن و شوهر از عوامل موثر در بقای خانواده و خشنودی و سلامتی آن محسوب می‌شود. در واقع، رضایت جنسی نقش مهمی در رضایت زناشویی و استحکام خانواده‌ها دارد و به بیان دیگر: رضایت‌مندی از رابطه جنسی از 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.^۴

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

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.

۴. همان.

بر تحصیلات، روابط اجتماعی، همسررداری، صمیمیت، اظهار محبت، تعارضات زناشویی و... در فرزندان تأثیر زیادی داشته است.^۱

۴- رضایتمندی از زندگی: در نظریه‌های مبتنی بر رضایت جنسی و زناشویی، رابطه جنسی مهم‌ترین علت تعیین کننده رضایت از زندگی زناشویی شناخته می‌شود و در تحقیقات فراوانی به تأثیر رضایت جنسی در رضایت زناشویی اشاره شده است. در واقع، رضایت از زندگی زناشویی از مهمترین آثار رضایت جنسی است که همسران در رابطه خویش احساس می‌کنند و هرچه مشابهت بیشتری احساس کنند، رضایت بیشتری خواهند داشت. ازدواج درست زمینه ساز فضای مناسبی برای تلاقی و تبادل احساسات و عواطف مثبت همسران است، که در آغاز زندگی مشترک رضایت زناشویی بالایی را درک می‌کنند؛ از این رو توانایی درک و پذیرش افکار، احساسات و عواطف یکدیگر در زندگی زناشویی با احساس رضایتمندی بیشتری همراه است. 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.^۲

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 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.^۳

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 متأهل به طور کلی از لحاظ جسمانی و روانی نسبت به افراد مجرد کارکرد بهتری دارند و این به علت حمایت عاطفی

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

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

۳. همان.

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.^۱

۷- تقویت کننده روابط حمایت‌کنندگی: حمایت همسران در همه امور زندگی احساس تعلق را در آنان افزایش می‌دهد و رضایت جنسی نیز احساس حمایت را در آنان تقویت می‌کند.^۲

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.^۳

۹- افزایش 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.^۴

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

۲. همان.

۳. همان.

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

فصل سوم

تفاوت‌های روانشناختی زن و مرد در رابطه جنسی

نیاز و سائق 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 عین حال، این حقیقت را می‌توان از برخی آیات قرآن مانند آیه ۱۴ سوره آل عمران^۱ برگرفت.^۲ در منابع دینی و روانشناختی تفاوت‌هایی در میل جنسی زن و مرد 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 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. همچنین 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 بدن محور نسبت به رابطه جنسی دارند. مطالعات زیادی نشان می‌دهد که مردان بیشتر از زنان مشغول خیال‌پردازی‌های 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 ریسک سرزنش اجتماعی و درگیر شدن با قانون را می‌پذیرند.^۳

ب) تفاوت در انگیزه جنسی

شاید یکی از نیرومندترین تفاوت‌هایی که میان زنان و مردان وجود دارد، مربوط به معنایی است که آنها به

۱. زین للناس حبّ الشهوات من النساء و البنین و القناطر المقنطره من الذّهب و الفصّه و الخیل المسوّمه و الانعام و الحرث. ذلک متاع الحیاه الدّنیاه و الله عنده حسن المآب.

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

۳. همان.

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 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. قرآن کریم در سوره شورا، آیه ۱۱ یکی از دلایل زوجیت و میل جنسی را تولید مثل و تکثیر نسل انسان بیان فرموده است. علامه طباطبایی می‌گوید: عامل ازدواج و هدف اصلی در خلقت نیاز جنسی همان تولید مثل و پرورش فرزند است. مسئله نیاز جنسی و لذت بردن و یا اشتراک در کارهای زندگی همچون کسب، زراعت و جمع کردن مال و تدبیر غذا، اموری است که از چهارچوب غرض طبیعت و خلقت خارج است و تنها جنبه مقدماتی دارد و یا فواید دیگری غیر از غرض اصلی بر آنها مترتب است. پیامبر اسلام نیز ضمن تشویق مسلمانان به تولید مثل و فرزندآوری می‌فرماید ازدواج کنید و فرزنددار شوید به درستی که من بر زیادی شما در روز قیامت بر امت‌های دیگر مباحثات می‌کنم.^۱

ج) تفاوت در فرایند رفتار جنسی

بر اساس تحقیقات به ویژه پژوهش مسترز و جانسون مشخص شد که مردان در انگیزتگی جنسی مانند زنان از مراحل زیست شناختی مشابهی می‌گذرند: تهییج و برانگیختگی جنسی، وضعیت ثابت، اوج لذت جنسی (ارگاسم)، 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

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

همچنین مدت زمان ارگاسم آنان طولانی‌تر از مردان است. مرحله اوج لذت جنسی در زنان مختلف 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 ملاحظه و پیش‌نوازی و تحریک جنسی زنان تاکید بسیاری شده است. 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 ملاحظه 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 ملاحظه 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 طعامی دعوت شوی و نپذیری؛ سوم اینکه بدون آماده‌سازی همسر [بدون ملاحظه] با همسرت آمیزش کنی.»

(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 تا 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، مناطق 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 ارگاسم 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 فزونی یافتن تحریکات جنسی آمادگی مقاربت را اعلام می‌کنند. مردان در فاصله زمانی کوتاه (۲ تا ۶ دقیقه) به تخلیه نهایی می‌رسند. این در حالی است که ارگاسم زن (اوج لذت جنسی) زمان بیشتری می‌طلبد و دست کم به ۱۵ دقیقه زمان نیاز دارد؛ بنابراین، مرد باید با پیش‌نوازی و ملامحه زن را آماده ارتباط کند تا هر دو به ارگاسم 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.

مناطق 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.^۲

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

۲. همان

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 زودی 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 تامین 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 تاکید شده است؛ مانند آنکه، زن و مرد از نظر تحریک پذیری 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 محبت آمیز، 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 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.^۲

ز) مسائل جنسی مربوط به زنان و مردان با هم فرق می‌کند.

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

۲. همان.

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 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).

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 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 و 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 آیزان نشود.

۹. تلویزیون، کامپیوتر 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. زوجیهایی که مسکن کوچکی دارند

متناسب با امکانات خود، فضای خواب خود را جذاب و لذت بخش کنند.

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 هوس 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: در این روزها، استروژن کمتری وجود دارد، بنابراین خانم دیرتر تحریک می‌شود. همسر باید بداند که برای تحریک خانم باید تلاش بیشتری کند. اگر نمی‌داند، خانم حتماً یادآوری کند.

روز هشتم تا چهاردهم: رابطه جنسی در این روزها، بسیار پرلذت و زیبا خواهد بود و ارگاسم 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: با شروع عادت ماهیانه آمیزش جنسی ممنوع است.

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 می‌شود. حتی اگر آلت مرد تنها به اندازه ختنه‌گاه 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؟

دیواره‌های رحمی که برای لانه‌گزینی جنین آماده شده، در زمان قاعدگی ریزش می‌کند و از راه دهانه رحم وارد واژن یا مجرای تناسلی می‌شود و از بدن بیرون می‌رود. به همین علت، آمیزش جنسی می‌تواند به راحتی میکروب‌ها را وارد رحم کرده و ایجاد عفونت کند. عفونت در دیواره رحم می‌تواند موجب چسبندگی داخل رحمی و مانع بارداری زن شود.

آمیزش جنسی در زمان قاعدگی، علاوه بر چنندش‌آوردن، ممکن است عوارض ناگواری برای زن و مرد و همچنین جنین به دنبال داشته باشد؛ از جمله احتمال عقیم شدن مرد و زن، احتمال بروز محیطی مساعد

برای پرورش عوامل بیماری‌های آمیزشی، احتمال التهاب اعضای تناسلی زن و وارد شدن خون آلوده به داخل عضو تناسلی مرد.

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 نشانه‌های 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 روحی روانی آمادگی رویارویی با مشکلات را به دست آورد.

تا زمانی که حاملگی طبیعی و بدون عارضه است، رابطه‌ی جنسی در هر زمان و هر تعدادی که باشد، مشکلی ایجاد نمی‌کند. البته خواست و علاقه‌ی 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 انگیزه‌ی جنسی زن تأثیر بگذارند عبارتند از حساسیت پستان‌ها و ناحیه‌ی 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 ناحیه‌ی 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، پرخون شدن لگن و لغزندگی واژن تحت تأثیر استروژن، میل جنسی بیشتر و دفعات ارگاسم (ارضا 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 درجاتی 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 رابطه‌ی 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 داده‌اند که حساسیت کلیتوریس در دوارن حاملگی کاهش می‌یابد، زنان میل جنسی پایین و مشکلات ارگاسمیک 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 اندازه‌ای 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 درباره‌ی 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 رابطه‌ی جنسی: در یک حاملگی طبیعی، احتمال سقط خودبه‌خودی ۱۲ تا ۱۶ درصد است که شایع‌ترین دلیل آن مشکلات کروموزومی می‌باشد. از این رو در حاملگی طبیعی، رابطه‌ی جنسی با مقاربت و یا بدون آن باعث سقط نمی‌شود. در سه ماه اول، اگر سابقه‌ی سقط وجود دارد یا در حاملگی فعلی لکه‌بینی و یا خونریزی تجربه شده و یا عفونت‌های آمیزشی در زن و یا شوهر تشخیص داده شده است، رابطه‌ی جنسی با مقاربت توصیه نمی‌شود.

برخی نکات مهم در بارداری

مربیان عزیز این موارد را بازگو کنند:

سه ماهه‌ی اول

تغییرات روحی - روانی

- شاید در سه ماهه‌ی 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

- پستان‌های مادر حساسیت زیادی پیدا می‌کنند (از علائم اولیه در سه ماهه‌ی اول) که ممکن است با فشار بر آن‌ها، احساس لذت و یا درد داشته باشید.
- تهوع و ویار حاملگی ممکن است اشتها‌های جنسی شما را کاهش دهد.
- تهدید به سقط، تعداد مقاربت جنسی و ارگاسم (لذت جنسی) شما را محدود می‌کند.
- ممکن است ارگاسم شما به تأخیر بیفتد و یا تنها باعث کشش در واژن (مهبلی) و کلیتوریس شود.
- رفتارهای جنسی غیردخولی، در رساندن شما به لذت جنسی به اندازه‌ی رفتارهای دخولی ارزشمند هستند.
- به علت احتقان آلت تناسلی زن در حاملگی و نیز آسانی دسترسی به دهانه‌ی 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 روحی - روانی

- 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 رابطه‌ی جنسی خودداری کند.

تغییرات جسمی

- واژن لزجی بیشتری دارد، کلیتوریس و واژن پر خون شده و احتقان بیشتری دارند. بیشتر زنان برای اولین بار در این سه ماه به علت پرخونی ناحیه‌ی تناسلی، ارگاسم (اوج لذت جنسی) را تجربه می‌-

کنند و با تحریک نرم، مناسب و خوشایند، حتی بارها به ارگاسم می‌رسند.

سه ماهه سوم

تغییرات روحی-روانی

- خستگی مادر، تناوب رابطه و طول مدت آن را کم می‌کند.
- وضعیت و حالت قرارگیری در حین رابطه‌ی جنسی و ابتکار زوجین در امتحان کردن حالت‌های مختلف مهم است، زیرا اندازه‌ی 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 ارگاسم
- 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. بارداری یک وضعیت پزشکی است و زن باردار بسیار شکننده و آسیب‌پذیر 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. 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، علاقمندی 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 رابطه‌ی 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 علاقه‌ی 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، رابطه‌ی جنسی به همراه مقاربت توصیه نمی‌شود و باید موضوع با پزشک متخصص در میان گذاشته شود:
- وجود علائمی مانند لکه‌بینی، درد زیر شکم و ترشحاتی که زن را مشکوک به سقط می‌کند.
- سابقه‌ی سقط یا عوارض دهانه‌ی رحم (کوتاهی طول دهانه‌ی 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 کیسه‌ی 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 دوره‌ی 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 مانده‌ی خونی است که در آغاز یا پس از زایمان در رحم مانده است. پس از زایمان این خون باقی مانده 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 لحظه‌ی تولد بچه و یا دو یا سه روز قبل از زایمان آغاز می‌گردد. نزدیکی و جماع (به عبارتی دخول واژینال) با زن زائو حرام است، اما این بدین معنا نیست که زوجین نمی‌توانند معاشقه و ملاعبه داشته باشند.

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 دهانه‌ی رحم در زایمان (طبیعی یا سزارین) تغییراتی می‌کند و برای بازگشت به حالت طبیعی خود، به زمان نیاز دارد. در زمان بهبودی، دیواره رحم به‌ویژه قسمتی که جفت به آن چسبیده بود، مستعد عفونت است. رابطه‌ی جنسی به شکل مقاربت، احتمال عفونت را افزایش می‌دهد. ترشحات دوره‌ی نفاس به نام لوشیا، علامت ترمیم دیواره‌ی 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 دیواره‌ی 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 رابطه‌ی جنسی مانند معاشقه-ملاعبه استفاده کنند. رابطه‌ی جنسی تنها دخول واژینال نیست که به دلیل زایمان، برای مدت طولانی رابطه‌ی

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 انگیزه‌ی جنسی زوج تأثیر منفی می‌گذارد. تناوب در تعاملات جنسی، خود محرکی برای آغاز سیکل 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 رابطه‌ی 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.

• نکات مهم

- رابطه‌ی 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، معاشقه‌ی 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 عضله‌ی 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 واز این فرصت برای برگشت به زندگی جنسی (با ملاحظات که ذکر شد) استفاده شود.
- برای خلوت با همسر، حتی برای در آغوش هم بودن با یا بدون رابطه‌ی جنسی با شرایط گفته شده، فرصت ایجاد شود.
- از آنجا که رابطه‌ی 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 رابطه‌ی جنسی مهم‌تر از کمیت یا تعداد رابطه می‌باشد.

فصل پنجم

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 بهره مند باشند، برای انجام رابطه زناشویی از شور و حال طبیعی برخوردار خواهند بود. می‌توان گفت همه غذاهایی که برای ساختار تندرستی لازم اند، 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 افزون بر 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 کم کم 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 بهره می‌برند.^۲

غذاهای شیرین یا پروتئین داری چون عسل، خرما، کباب، خامه، شیر، 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، کندر و موز از خوردنی‌های سودمند و موثر برای تقویت قوای جنسی اند.^۳

مواد شیمیایی که در بدن به طور طبیعی ساخته می‌شوند و در عملکرد جنسی تأثیر دارند، متأثر 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

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

۲. همان.

۳. همان.

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 نوروترانسمیترهای درگیر در عمل جنسی کاربرد دارد.^۱

مربیان اطلاعات زیر را در اختیار زوجین قرار دهند:

نوروترانسمیترها و هورمون‌های تقویت کننده غرایز جنسی و مواد مغذی مؤثر 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: نوروترانسمیتر اصلی سیستم 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.

نور اپی نفرین: که نوروترانسمیتر اصلی سیستم 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: نوروترانسمیتر ضروری جهت نعوظ آلت مردانه است و جریان خون را در داخل و خارج بافت آلت تناسلی مردانه و زنازه 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.^۲

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

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

۲. همان.

خواهیم شد:

شکلات: شکلات هرچه تلخ‌تر، رابطه جنسی شیرین‌تر. به همین سادگی. شکلات خالص با افزایش سطح هورمون شادی‌بخش سروتونین، موجب کاهش استرس و افزایش میل جنسی و در نتیجه آسان‌تر شدن ارگاسم 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. ارگاسم 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 سیستم عصبی مرکزی و بافت‌های جنسی مردان، می‌تواند همان تأثیری را داشته باشد که ویاگرا (داروی تقویت‌کننده 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.

فلفل دلمه قرمز: فلفل دلمه قرمز، تقویت‌کننده 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 B1، B2، A، C است و می‌توان آن را یکی از موارد انرژی‌زا 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 ماده‌ای 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 و تقسیم کروموزوم‌های نر و ماده را بهبود می‌بخشد.

تغذیه و تولید اسپرم

سیگار، مواد مخدر، فقر غذایی، بی‌تحركی یا کم‌تحركی، 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 سیر 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 ارگان‌های 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 B6: این ویتامین، تأثیر مستقیم بر میل جنسی در زنان و مردان دارد و کمبود آن می‌تواند منجر به افسردگی، کاهش میل جنسی و بی‌خوابی شود. مواد دارای نشاسته مثل گندم، سیب زمینی پخته، موز، جوجه، ماهی قزل‌آلا، ماهی تن و اسفناج حاوی مقادیر زیاد B6 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.

تغذیه مناسب برای کیفیت اسپرم

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، گوجه‌فرنگی 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 گوجه‌فرنگی 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 گوجه‌فرنگی، گردو هم تأثیر شگفت‌انگیزی بر بهبود اسپرم‌ها در مردان جوان دارد. حضور روزانه ۷۵ گرم 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، نعنای 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 آرژینین در آجیل، کنجد، تخم مرغ 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.

کامیابی جنسی و مواد مغذی مؤثر بر آن

تیامین B1: که برای انتقال عصبی مناسب و تولید انرژی در سراسر بدن و عملکرد جنسی ضروری است. منابع غنی B1 عبارتند از دانه آفتابگردان، نخود سبز، لوبیای پخته، ماکارونی، سیب زمینی.

نیاسین B3: نیاسین در بدن به ساخت‌های جنسی مانند استروژن و تستسترون 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 B5: به ساخت هورمون‌های جنسی کمک می‌کند. مواد غذایی غنی از اسید پنتوتنیک عبارتند از قارچ پخته، جگر، ماست، سیب زمینی.

پیدوکسین B6: در انتقال و متابولیسم نوروترانسمیترهای دخیل در میل جنسی مانند دوپامین و نوراپی نفرین موثر است. قرص‌های ضد بارداری و جایگزین درمانی استروژن می‌تواند سطح B6 را در بدن پایین بیاورد. غذاهای غنی از ویتامین B6 عبارتند از سیب زمینی، موز، گوشت قرمز، مرغ.

اسید فولیک B9: 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 B12: به بدن در ساخت هموگلوبین که ناقل اکسیژن در گلبول قرمز است کمک می‌کند. کاهش سطح B12 می‌تواند سبب کم خونی و از دست دادن انگیزه جنسی شود. گیاهخواران مطلق نیاز دارند که برنامه غذایی خود را با B12 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 سیستم 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 سنتز 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 تستسترون 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 نوروترانسمیترهای تنظیم کننده میل جنسی مانند دوپامین و نورپینفرین اهمیت دارد. منابع غنی منگنز عبارتند از گلابی، سبزیجات با برگ سبز تیره، غلات سبوس‌دار.^۱

غذاهای مناسب بعد از رابطه 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

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

- زرده تخم مرغ عسلی
- گوشت کبابی گوسفند یا عصاره گوشت
- ماء العسل (یک لیوان آب جوش ولرم شده + یک قاشق غذاخوری عسل)
- مصرف شیر گرم همراه با نبات و روغن بادام شیرین
- شیر بادام، شیر توت 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.

فصل ششم

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. عملکرد جنسی از مولفه‌های مهم کیفیت زندگی محسوب می‌شود. اختلالات عملکرد جنسی آسیب جدی به ارتباطات بین فردی، سلامت عاطفی و اعتماد به نفس افراد 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 اجتماعی 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. طب سنتی ایران به عنوان یک طب کل نگر دارای دستورات مشخصی برای حفظ سلامتی است. از دیدگاه این مکتب طبی حفظ سلامت جنسی، کار طبیعت مدبره بدن است که علاوه بر بقای نسل جهت، بدن حفظ تندرستی به آن به عنوان یکی از پالایش‌های طبیعی نیازمند است. بر اساس طب سنتی، بدن دارای چهار عضو مهم به نام اعضای رئیسه، قلب، مغز، کبد و گنادها است که سلامت بدن در گرو سلامت و عملکرد صحیح هر یک از این اعضا است. با این دیدگاه به جایگاه ویژه سلامت جنسی در سلامت بدن و رابطه متقابل آنها پی می‌بریم. 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 استفراغ (دفع فضولات)، ۶- اعراض نفسانی (حالات روانی که هر یک با تقویت بدن و اعضای رئیسه که جهت سلامت جنسی ضروری هستند به حفظ آن کمک می‌کنند.

مقاربت سالم با ملاحظه زمان مناسب انجام آن و تدابیر قبل و بعد از آن (که امروزه کمتر به آن پرداخته می‌شود) در منابع طب سنتی به تفکیک آمده است. از دیدگاه طب سنتی مقاربتی که به هنگام نیاز و با رعایت تدابیر صورت گیرد دارای آثار مفیدی برای حفظ سلامت بدن است و ترک آن در همین شرایط عوارضی به دنبال دارد و موجب بیماری می‌شود. حکما توصیه به مراعات تعادل در رابطه جنسی و پرهیز از هرگونه افراط و تفریط کرده‌اند و عوارض و بیماری‌های ناشی از افراط و تفریط جنسی را ذکر نموده‌اند، 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. پالایش بدن از فضولات، نشاط و سرحالی، سبکی در حرکات، افزایش اشتها، دفع پریشانی فکر و غم و اندوه، فرونشاندن خشم و غضب، رفع بیماری‌های ناشی از سودا، همچنین آشفته‌گی ذهنی مالیخولیا و وسواس، افزایش نیرو و رفع علائم مانند خستگی و کندی از جمله این آثار به شمار می‌رود.^۱

۲. **آمادگی همسر قبل از مقاربت:** از تدابیر لازم در شکل‌گیری مقاربت، آماده کردن همسر در شروع آمیزش است تا با لذت بخش‌تر شدن آن به عنوان تحریک همزمان، زوجه نیز از منافع مقاربت بهره‌مند گردد و با تحریکات صورت گرفته امکان انزال همزمان (که مناسب‌ترین صورت برای تشکیل نطفه است) و بارداری فراهم شود.^۲

۳. **اوقات مقاربت:** آمیزش جنسی باید بر اساس تمایلات واقعی، شرایط فیزیکی و روانی فرد و با ملاحظه زمان غذا خوردن و شرایط آب و هوایی 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. بهترین زمان مقاربت بعد از هضم غذا در معده است که به‌طور متوسط حدود دو ساعت بعد از صرف غذا می‌باشد. پس در زمان گرسنگی، تشنگی و پُری معده باید از مقاربت پرهیز کرد. توصیه به مقاربت در هوای معتدل و اعتدال دمایی بدن شده است. بنابراین در اوقات آلودگی هوا و هوای بسیار سرد و بسیار گرم بهتر است مقاربت انجام نگیرد. پس از کار سنگین و خستگی بدن، پس از بیداری طولانی، در هنگام غم و اندوه سخت یا حتی شادی مفرط و در زمان ابتلا به برخی بیماری‌ها همچون؛ امراض سینه و شش، درد مفاصل و ابتلا به اسهال باید از مقاربت پرهیز شود. توصیه به انجام مقاربت در اوایل شب، به جهت نیاز بدن به استراحت پس از انجام مقاربت است.^۳

۴. **دفعات مناسب مقاربت:** زمان مقاربت بعدی با ملاحظه مزاج فرد، سن، فصل و با رعایت قوت و ضعف 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. صاحب مزاج گرم و تر، که جوان و قوی باشد به شرطی که افراط در مقاربت نکند نسبت به سایر مزاج‌ها قدرت بیشتری برای آمیزش جنسی دارد. پس از آن به ترتیب مزاج‌های گرم و خشک، سرد و تر و سرد و خشک قرار می‌گیرند. بنابراین از افراط در مقاربت، بیش از همه مزاج سرد و خشک آسیب می‌بیند. مناسب‌ترین سن انجام جماع سن جوانی است که قوت بدن در آن بیشتر از سایر سنین است. به تدریج که از سن جوانی به سمت میانسالی و پیری می‌رویم با افزایش ضعف بدن میزان مناسب مقاربت نیز کاهش می‌یابد.

۱. درویش مفردکاشانی، زهرا؛ ظفرقندی، نفیسه؛ ریسی، فیروزه؛ علی اصل، ژاله؛ مکبری‌نژاد، روشنگر؛ عمارتکار، الهام؛ عمادی، فاطمه؛ افتخار، طاهره؛ مروری بر تدابیر سلامت جنسی از دیدگاه طب سنتی، نشریه تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره ۸، ۷۳-۷۹، ۱۳۹۵.

۲. همان.

۳. همان.

در فصول مختلف باید مراعات هوای بسیار سرد و بسیار گرم را کرد و با تدبیر هوای محیط و تعدیل آن، مبادرت به انجام مقاربت کرد. 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 و افراط در مقاربت، عوارضی را در بدن ایجاد می‌کند. ضعف عمومی، سردی بدن، لاغری و خشکی (به خصوص در افراد با مزاج‌های سرد و خشک و گرم و خشک)، ضعف بینایی و فرورفتگی چشم، کاهش اشتها، تپش قلب، ضعف معده، تشدید درد مفاصل و... از مضرات افراط در مقاربت می‌باشد.^۲

۶. **چند توصیه پس از مقاربت:** پرهیز از هوای سرد، عدم نوشیدن آب سرد، عدم شستشوی بدن یا ناحیه تناسلی با آب سرد، ادرار کردن و تخلیه مثانه، خوردن چند لقمه شیرین و چرب و استراحت به منظور تجدید قوا از توصیه‌های پس از مقاربت می‌باشد.

۷. **تقویت قوای جنسی:** اقدام اولیه و اصلی جهت رفع ضعف قوای جنسی، تقویت بدن و اعضای رئیسه (قلب، مغز، کبد و گندها) است که اعضای مهم و اصلی بدن به شمار می‌روند. اگر علی‌رغم وجود ضعف این اعضا تنها به تجویز داروی تقویتی قوای جنسی بسنده شود حاصلی از درمان نخواهیم داشت. استفاده از غذاها و داروهای گرم‌ازا و رطوبت بخش، گرم کردن پشت و کلیه‌ها، ماساژ ملایم ساق و کف پا موقع خواب، مالیدن روغن‌های خوشبو بر بدن موقع خواب و زدودن موهای ناحیه تناسلی از تقویت‌کننده‌های خوب در ضعف قوای جنسی محسوب می‌شود.

۸. **غذاها و ادویه‌جات موثر در تقویت قوای جنسی:** برخی از غذاها و ادویه‌جات در تقویت قوای جنسی موثر می‌باشند، از حبوبات می‌توان به نخود، لوبیا و باقلا اشاره کرد. افزودن سبزیجاتی مانند: پیاز، تره، شنبدر، نعنا و شنبلیله به غذاها، همچنین استفاده از غذاهای پروتئینی مانند: آب گوشت، کباب بره، زرده تخم مرغ عسلی، شیر گاو و شیر میش مؤثر است. از مغزها: پسته، بادام، فندق و گردو را می‌توان نام برد. از ادویه‌جات آشپزخانه‌ای: دارچین، زعفران، زنجبیل و هل برای تقویت مفید هستند. از بذرها: بذر شلغم، گزنه، کلم، نعنا، کتان و شنبلیله مؤثرند. از میوه‌جات مقوی می‌توان، انگور شیرین، خرما، انجیر و خربزه را نام برد. از طرفی پرهیز از غذاها و ادویه‌های خشک کننده مانند: عدس، پونه، زیره، اسپند، مرزنجوش، نیلوفر، اسفرزه و بذر خشخاش توصیه می‌شود. با بررسی دیدگاه‌های طب سنتی و طب رایج در حوزه عملکرد جنسی در می‌بایم علی‌رغم اینکه سلامت رابطه جنسی در طب رایج مورد تاکید است ولی کمتر به تدابیر رابطه جنسی در این طب پرداخته شده است. امروزه علم پزشکی اختلالات سلامت روان را در اختلال عملکرد جنسی مؤثر می‌داند. طب سنتی میزان تأثیرات رابطه جنسی متعادل را بر تندرستی به مراتب گسترده‌تر از طب رایج

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

۲. همان.

می‌بیند، معتقد به تأثیرات متقابل رابطه جنسی و سلامتی است تا جایی که یکی از ملزومات سلامت جسمی و روانی را سلامت جنسی می‌داند و جهت دست یافتن بدان دارای تدابیر ویژه‌ای در این حوزه است. جهت شکل‌گیری رابطه جنسی سالم باید به اصلاح سبک زندگی پرداخت و در این راستا اصلاح الگوی خوردن و آشامیدن، تنظیم خواب و رعایت الگوی ورزش الزامی است. ملاحظه تقویت بدن و اعضای رئیسه جهت سلامت جنسی ضروری است. بهبود روابط جنسی ناگزیر از رعایت تدابیر اعراض نفسانی و مسائل روانی اعم از کنترل استرس‌ها، هیجانات، ترس‌ها و عواطف است که یکی از اصول بهداشت جنسی از نظر حکمای طب سنتی محسوب می‌شود. 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 مباشرت و میزان آن با ملاحظه شرایط سنی، قوت و ضعف بدن، مزاج افراد، زمان تناول غذا، وقت اجابت مزاج و فاصله مناسب از مباشرت قبلی اصلاح شود. با توجه به لزوم بهره‌مندی از تدابیر سلامت جنسی بررسی این تدابیر در سایر طب‌های مکمل توصیه می‌شود.^۱

فعالیت جنسی موفق با تدابیر طب سنتی ایرانی

در طب سنتی ایرانی همواره به این نکته بسیار مهم توجه می‌شود که، انسان‌ها از نظر جسمی و روانی با هم متفاوت هستند که این تفاوت در قالب واژه مزاج مطرح می‌شود.

افراد با مزاج گرم و تر (دموی مزاج‌ها)، افرادی تنومند، هیكلی و عضلانی با پایه رنگ پوست متمایل به قرمزی و سرخی هستند. با لمس بدن این افراد گرما حس می‌شود و احساس درونی گرما نیز دارند. نبض‌های قوی و پری دارند. خوش‌خوراک و خوش‌خواب هستند. دفعیات بدن معمولاً رنگ یا بوی تندی داشته (مثلاً عرق، ادرار، مدفوع و...) و حجم زیادی نیز دارد. موهای پر پشت، مشکی، ضخیم و حالت‌پذیر یا فر دارند. از نظر روانی نیز افرادی شجاع، خونگرم، با روابط عمومی بالا و با صبر و حوصله زیاد (انعطاف‌پذیر) هستند.^۲

افراد با مزاج گرم و خشک (صفاوی مزاج‌ها)، افرادی لاغر با بدن‌های کشیده و معمولاً بلند قد هستند و بدن و اندام‌ها حالت ظریف و مینیاتوری دارد، یعنی قطر انگشتان و لب‌ها خیلی زیاد نیست. استعداد چاقی ندارند و پوست، ته رنگ زرد و گندمی دارد. افرادی فرز و تند هستند و سریع‌تر هم صحبت می‌کنند. خواب آنها نسبتاً کم است. صبر و حوصله آنها زیاد نیست و ممکن است زود از کوره در بروند. خیلی به گرما حساس هستند و زود گرم‌زده می‌شوند. معمولاً حجم دفعیات آنها زیاد نیست، ولی رنگ یا بوی تندی دارند. پوست خشکی دارند.^۳

افراد با مزاج سرد و تر (بلغمی مزاج‌ها) جثه‌های درشت و پف‌آلوده دارند و چاق می‌شوند (چاقی از جنس

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

۲. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

۳. همان.

چربی). بهترین پوست را دارند (پوست نرم، لطیف و سفید). افرادی آرام، خیلی پرحوصله و خونسرد هستند. افعال و کلام آرامی دارند. بدنشان خیلی به سردی حساس است و در زمستان و هوای سرد و رطوبتی اذیت می‌شوند. بدن آنها معمولاً سرد است (در لمس یا احساس خودشان از درون). معمولاً موهای صاف، نرم، لطیف، نازک و لخت دارند. دفعیات بدنشان (ادرار، عروق و ...) زیاد، ولی معمولاً بدون بو و رنگ است، مگر اینکه مواد زائد در بدن ایشان زیاد شده باشد. بسیار پر خواب هستند. و ممکن است حافظه آنها ضعیف باشد! افراد با مزاج سرد و خشک (سوداوی مزاج‌ها)، افرادی لاغر با بدن‌های جمع و جور و حالت مینیاتوری هستند و استعداد چاقی ندارند. بدنشان سرد و پوست‌شان خشک و زبر و تیره است. موها مجعد و خیلی پرپیچ و تاب و وز است و موهای زائد در این افراد زیاد است. افرادی متفکر هستند. ممکن است افکار منفی، زیاد به سراغ آنها بیاید. بدبینی، بددلی، شکاکیت در این افراد زیاد است. حافظه‌ای قوی دارند. اعمال و کلام این افراد کند و آرام، ولی دقیق است و کارهایشان را به بهترین نحو انجام می‌دهند. خواب، کم و با کیفیت بد است. احتمال دیدن خواب‌های بد در این افراد بیشتر است.

به‌طور کلی این دیدگاه وجود دارد که افراد با مزاج گرم از نظر جنسی قوی‌تر و سرد مزاجان ضعیف‌ترند. این موضوع الزاماً و به صورت کلی درست نیست. به عبارتی دیگر یعنی این طور نیست که هر فرد با مزاج گرم، از نظر میل و عملکرد جنسی قوی‌تر و هر شخص با مزاج سرد، ضعیف‌تر باشد. شاید به همین علت است که گاهی اوقات تلقی افراد از مزاج گرم و سرد، مسائل جنسی آنهاست و هنگامی که می‌گویند مزاج سرد شده، یعنی میل جنسی کم یا عملکرد جنسی ضعیف شده است. بر همین اساس، باور غلطی که در رابطه با عملکرد جنسی وجود دارد این است که، خوردن گرمیجات (مانند پیاز، تخم مرغ، مغزیجات (فندق و پسته و غیره)، قاووت، حلوا، برشتوک و غیره)، باعث افزایش قدرت جنسی می‌شود. در صورتی که لزوماً خوردن این مواد در همه افراد باعث بهتر شدن عملکرد جنسی نمی‌شود. توصیه‌ها حتماً بایستی بر مبنای مزاج شخص باشد. تجویز اشتباه نه تنها میل و عملکرد جنسی را بهتر نمی‌کند، بلکه باعث افت میل جنسی شده و عوارض دیگری نیز بر شخص حادث می‌شود. مثلاً در فردی با مزاج گرم در صورت خوردن مواد ذکر شده، نه تنها میل جنسی بهتری پیدا نمی‌کند، بلکه دچار زود انزالی شده و علائم دیگری از قبیل حرارت بالا و آزار دهنده بدن، جوش بدن، سردرد، عصبی شدن، سوزش ادرار و غیره نیز پدیدار می‌گردد.^۲

قوه مدبره و فعالیت جنسی

در طب سنتی، قدم اول در پیشگیری یا درمان یک بیماری یا مشکل، شناخت صحیح مزاج شخص و تنظیم سبک زندگی او براساس مزاج است. مشکلات مرتبط با مسائل جنسی و باروری نیز از این قاعده مستثنی نیستند. چندین عامل در عملکرد خوب جنسی موثر هستند که توجه به آنها ضروری به نظر می‌رسد؛ هدف

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

۲. همان.

قوه مدبره (طبیعت) بدن - به عنوان سامانه‌ای بسیار دقیق و هوشمند که در حکم مدیر داخلی بدن است - در درجه اول همیشه حفظ خود شخص و در اولویت دوم، حفظ نسل او است. در نتیجه، طبیعت بدن، اول تلاش می‌کند تا خود فرد را سالم نگه دارد (عملکردهای بدن و جسم و روان خوب کار کنند) و در درجه بعدی اگر وضعیت بدنی-روانی فرد خوب و شخص سالم باشد، میل و عملکرد سالم جنسی ایجاد می‌شود؛ اسپرم و تخمک خوب و سالم در بدن این فرد تولید شده، امکان عملکرد مناسب جنسی و ادامه نسل فراهم می‌شود و قوه مدبره این امکان را به بدن این فرد خواهد داد. همه افرادی که دچار مشکل در مسائل جنسی می‌شوند (میل جنسی کم، کیفیت اسپرم و تخمک پایین، ضعف حین عمل جنسی، اختلال نعوظ، نرسیدن به اوج میل جنسی یا عدم بارور شدن)، همه این افراد دارای مشکلاتی در مزاج، در اخلاط بدن (مواد حاصل از هضم غذا: دم، بلغم، سودا و صفرا) و در اعتدال بدن هستند و تا زمانی که این موارد درست نشوند، قوه مدبره به سمت مسائل بعدی نمی‌رود.

بر اساس متون طبی، میل و لذت جنسی هدف نیست و وسیله‌ای است برای تمایل دو جنس مخالف برای ایجاد باروری و تداوم نسل. انجام تدابیر مربوط به طب سنتی باعث می‌شود هم میل جنسی و لذت افزایش یابد و هم درصد موفقیت باروری بالا رود.^۱

زندگی و فعالیت جنسی سالم بر اساس شش پایه

سلامتی و سبک زندگی سالم بر شش پایه استوار است (سته ضروریه) که عبارتند از: شرایط محیطی (فصول، اقلیم‌ها، شهرها، آب و هواها و ...)، فعالیت‌های بدنی (ورزش‌ها، ماساژها و ...)، رخدادهای رویدادهای روانی (شادی، غم، استرس، افسردگی و ...)، خواب و بیداری، توقف و خروج مواد از بدن (احتباس و استفرغ) و خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها. رعایت این شش اصل باعث سلامتی فرد و همچنین عملکرد مناسب جنسی نیز می‌شود.

۱- فعالیت جنسی سالم: خوردنی‌ها و نوشیدنی‌ها

خوراک افراد بایستی بر مبنای مزاج‌شان تنظیم شود؛ افراد با مزاج سرد در صورت خوردن غذاهای با مزاج سرد مانند ماست، هندوانه، سالادجات و غیره، دچار افزایش سردی و کاهش متابولیسم می‌شوند. در نتیجه در این افراد، بر انگیختگی برای انجام عمل جنسی کمتر انجام می‌شود و اسپرم و تخمک نیز کمتر و با کیفیت کمتر تولید می‌شود. از آن طرف افراد با مزاج گرم، اگر در خوردن غذاهای با مزاج گرم زیاده روی کنند مخصوصاً در فصول گرم و اقلیم گرم، دچار علائم افزایش حرارت می‌شوند. در مردان برای تولید اسپرم درجاتی از خنکی در محل بیضه‌ها لازم است (و به همین دلیل بیضه‌ها در کیسه بیضه قرار گرفته‌اند که از بدن کمی فاصله پیدا کنند و به آن چسبیده نباشند و حرارت بدن به آن نرسد و در نتیجه اسپرم سازی مختل نشود. پوشیدن لباس تنگ باعث به وجود آمدن اختلال در این امر می‌شود). به عنوان مثال آقایی را

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

در نظر بگیرید با مزاج گرم، در فصلی گرم و اقلیم گرم، خوردن گرمیجات در این افراد باعث بالا رفتن حرارت بدن و به دنبال آن حرارت بیضه‌ها می‌شود، اسپرم سازی مختل شده (کم شدن تعداد اسپرم یا اختلال در شکل و تحرک اسپرم‌ها) و حتی ممکن است دچار انزال زودرس نیز بشود. چون حرارت بدن بالا است، به سرعت دچار تحریک جنسی شده و به سرعت نیز ارضاء می‌شود؛ لذا لذت لازم را نمی‌برد و نمی‌تواند همسرش را نیز راضی کند (به اوج لذت جنسی برساند). در باروری نیز مشکلاتی به وجود آمده و چه بسا که این عملکرد نامناسب جنسی سبب به وجود آمدن اختلافات و مشکلات زیادی در زندگی زوجین بشود. الزاماً گرمیجات باعث افزایش عملکرد جنسی و فعالیت جنسی بیشتر نمی‌شوند و خوردن خنکی جات هم می‌تواند میل جنسی را افزایش دهد. خوردن گرمی‌ها برای افرادی توصیه می‌شود که دچار مزاج سرد هستند. برای این افراد مهم‌تر از خوردن گرمیجات، نخوردن سردیجات است و یا برعکس، فرد با سوء مزاج گرم باید از خوردن گرمیجات پرهیز کند و در مرحله بعدی خوراکی‌های با مزاج سرد استفاده کند. در منابع طب سنتی نیز آمده است که خوردن مواد غذایی با مزاج سرد مثل (هندوانه، ماست، ماهی و غیره) در افراد با مزاج گرم و سوء مزاج گرم باعث افزایش و بهتر کردن میل و عملکرد جنسی می‌شود. فرد با مزاج گرم که در غذا خوردن اعتدال لازم را رعایت نکند (خوردن گرمیجات زیاد و نخوردن سردیجات)، مانند فرد گرم‌زده است که به دنبال جای خنک می‌گردد و اصلاً به فکر فعالیت جنسی هم نمی‌افتد و تمایل ندارد و لذا در صورت انجام فعالیت جنسی، عملکرد ضعیفی خواهد داشت. در درجه اول همیشه پرهیز مهم است و در درجه بعدی خوردن غذاهای مناسب قرار دارد. خوراکی‌هایی مانند نخودآب، زردک (هویج ایرانی)، آبگوشت، حلیم و گوشت قرمز مخصوصاً در صورت آماده شدن با پیاز مخصوصاً برای افرادی با مزاج سرد مفید است.^۱

۲- فعالیت جنسی سالم: اقلیم و آب و هوا

اقلیم و آب و هوا نیز تأثیر مهمی روی فعالیت جنسی دارد؛ برای افراد با مزاج گرم، محیط خواب و بستر باید مقداری رو به خنکی باشد تا عملکرد جنسی بهتر شود. برعکس برای افراد با مزاج سرد، محل خواب، لباس و تخت باید رو به گرمی باشد تا عملکرد جنسی بهتری را از خودشان نشان دهند. در مورد زوج‌هایی با مزاج متفاوت گرم و سرد بایستی حد وسط را رعایت بکنند و مخصوصاً شرایط خانم‌ها باید حتماً در نظر گرفته شود چون خانم‌ها معمولاً دیرتر تحریک می‌شوند و دیرتر ارضا می‌شوند و شرایط بایستی کاملاً برای آنها مناسب باشد. در اقلیم‌های خیلی گرمسیری و خیلی سردسیری، عملکرد جنسی افت می‌کند. بایستی اعتدال هم در محیط و هم در فرد برقرار باشد تا بهترین عملکرد انجام شود. در اوج گرما، سرما و یا خشکی هوا توصیه به زادآوری و عملیات جنسی نمی‌شود. ممکن است دلیل اینکه اوایل بهار برای جفت‌گیری توسط حیوانات انتخاب می‌شود، همین اعتدال در آب و هوا باشد.^۲

۳- فعالیت جنسی سالم: خواب و بیداری

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

۲. همان.

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. بهتر است شام در اوایل شب خورده شود و بعد از ۲-۳ ساعت عملیات جنسی انجام شود. فاصله بین عمل جماع و غذا خوردن باید ۲-۳ ساعت باشد، چون با شکم پر بدن درگیر هضم معدی است و عمل جنسی انرژی زیادی می‌طلبد و بایستی غذا از معده و تا حدودی از روده رد شده باشد. در این شرایط احتمال موفقیت آمیز بودن عمل جنسی که همان باروری است نیز بیشتر خواهد شد.^۱

۴- فعالیت جنسی سالم: ورزش و پاکسازی

حداقل ۳۰-۴۰ روز قبل از اقدام به بارداری، باید پاکسازی بدن انجام شود. روش‌های مختلفی برای پاکسازی وجود دارد؛ ورزش، استفاده از ملین‌ها، مسهل‌ها، فصد، حجامت و زالو که دو حیطة در سته ضروریه را در بر می‌گیرد: ورزش و حرکات بدنی و احتباس و استفراغ. افرادی که ورزش می‌کنند پاکسازی بدنشان به خوبی انجام می‌شود، خونرسانی به اعضا و بدن (بیضه‌ها، تخمدان و رحم) خیلی بهتر انجام می‌شود. بنابراین لذت بالاتر در عمل جنسی و احتمال بیشتر باروری حادث می‌شود. باید به این نکته نیز توجه شود که زیاده روی در انجام ورزش، میل جنسی و احتمال باروری را کاهش می‌دهد که شامل ورزش‌های حرفه‌ای و قهرمانی می‌شود. افرادی که از داروهای بدنسازی استفاده می‌کنند، معمولاً دچار اختلال در عملکرد جنسی و باروری می‌شوند. همچنین افرادی که از داروهای هورمونی استفاده می‌کنند، چراکه این داروها با مهار کردن هورمون‌های محرک هورمون‌های جنسی در مغز، باعث ناباروری و ایجاد اشکالاتی در اندام‌های تناسلی می‌شوند. بنابراین ورزش متعادل و متناسب با مزاج توصیه می‌شود. شخصی که ورزش نمی‌کند تجمع مواد زاید در بدن اتفاق می‌افتد، همین طور افت خونرسانی به اعضا مختلف بدن به خصوص اعضای تناسلی را داریم، در نتیجه میل و عملکرد جنسی کاهش می‌یابد. چنانچه ورزش به صورت بیش از حد و به حالت قهرمانی و حرفه‌ای نیز انجام شود، انرژی برای فرد باقی نمی‌ماند.

در اولویت بندی، بدن اولویت را به سلامت شخص و ماهیچه‌ها می‌دهد تا مسائل جنسی. همچنین توصیه شده که در روزی که ورزش یا فعالیت بدنی سنگین انجام شده بهتر است فعالیت جنسی صورت نگیرد تا به بدن فشار وارد نیاید. بهتر است فاصله زمانی بین فعالیت جنسی و ورزش سنگین ۱۲ تا ۲۴ ساعت باشد (بسته به آن ورزش و شدت آن). ورزش سنگین یا فعالیت بدنی زیاد می‌تواند دلیلی برای ناباروری باشد. برای بارور شدن، این افراد بایستی ورزش خود را متعادل کنند تا بدن بتواند انرژی خود را ذخیره کند و بتواند به مسائل جنسی نیز پردازد و همین طور کیفیت اسپرم و تخمک خود را نیز ارتقا بخشد.^۲

۵- فعالیت جنسی سالم: احتباس و استفراغ

احتباس به نگهداری مواد مورد نیاز و خوب، درون بدن تعریف می‌شود. در افرادی که سابقه اسهال‌های

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

۲. همان.

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 کم خونی و ضعف می‌شوند و معمولاً قابلیت باروری پایینی دارند. کیفیت پایین اسپرم، تعداد کم آن، تحرک کم اسپرم‌ها یا عوض شدن شکل آنها به طور معمول اتفاق خواهد افتاد. در مورد خانم‌ها نیز یا تخمک آزاد نمی‌شود یا دچار اختلال در قاعدگی و یا تنبلی تخمدان می‌شوند. در نتیجه شخص نباید ضعف داشته باشد و باید احتیاط درستی داشته باشد (حبس مواد مفید در بدن). افرادی که رژیم‌های سخت می‌گیرند، به خوبی غذا نمی‌خورند و با کمی میوه و تنقلات به هوای کاهش وزن سر می‌کنند، معمولاً دچار اشکال در احتیاط هستند و ضعف بدنی دارند. همچنین این افراد در باروری، میل جنسی و ارضا شدن نیز مشکلاتی خواهند داشت. از طرف دیگر استفرغات (دفع مواد زائد از بدن از طریق مدفوع، ادرار، عادت ماهیانه و...) باید به درستی انجام شود. تعریق به اندازه و در صورت نیاز، فصد، زالو یا حجامت با نظر پزشک انجام می‌شود. به عنوان مثال انجام زالودرمانی برای درمان واریکوسل لزوماً مفید فایده نخواهد بود. حتماً بایستی تمامی این شرایط در نظر گرفته و اجرا شود^۱.

۶- فعالیت جنسی سالم: اعراض نفسانی (رخدادها و وضعیت روانی)

در کل مبحث، اعراض نفسانی از اهمیت بالایی برخوردار است. استرس‌ها، مشغولیت‌های ذهنی، مشکلات خانوادگی، اضطراب، افسردگی و غیره روی میل جنسی و قدرت باروری موثر است و مشاوره درمانی در صورت لزوم بایستی انجام شود. سنبل الطیب، گل گاوزبان و اسطوخودوس در صورت برطرف شدن مشکل زمینه‌ای می‌تواند کمک کننده باشد. در بحث اختلالات جنسی یا میلی وجود ندارد یا رفتار جنسی، مناسب نیست (تحریک کنندگی و دوستی و نوازش و غیره) که خود افراد باید این را بخواهند و به ایجاد صمیمیت (با لباس‌های مناسب، عطرها، تحریک کننده و رفتار و اخلاق خوب) کمک کنند. رعایت همه این موارد در موفقیت فعالیت جنسی تأثیر دارد^۲.

یکی از دلایل ناباروری، رعایت نکردن اصولی است که در اینجا ذکر شد. در صورت رعایت کردن این اصول، هم میل جنسی و هم عملکرد جنسی بهتر می‌شود. به طور کلی علت یابی مشکل و در رفع علت کوشیدن با توجه به مزاج و اخلاط خواهد بود. اختلال نعوظ یا ناشی از ضعف است که با خوردن مقوی‌ها بهتر می‌شود و یا ناشی از امتلا و پری بدن است و خونرسانی به آلت تناسلی به درستی انجام نمی‌شود. وقتی بدن دچار امتلاء باشد، تمایل به خالی کردن خود دارد و در نتیجه دچار انزال زودرس (در مردها و زن‌ها) می‌شود. در نتیجه افراد دچار امتلاء باید حتماً پاکسازی انجام دهند تا مشکل انزال زودرس برطرف شود. افراد دارای آلت کوچک که ممکن است دچار اختلال نعوظ نیز باشند، می‌توانند از روغن‌های موضعی مانند زالو یا خراطین (مؤثر در حجم دهندگی و افزایش خونرسانی آلت) یا بادام شیرین و بابونه (برای افزایش خونرسانی در بیضه‌ها) استفاده کنند. انزال زودرس (به علت امتلاء یا افزایش حرارت) و تحریک پذیری بیش از حد در آقایان

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

۲. همان.

شایع است و درد هنگام نزدیکی از مشکلات رایج در خانم‌ها است. خشکی یا تنگی واژن معمولاً به این علت است که آن خانم به خوبی برای عمل جنسی آماده نشده و مرد زودتر از موعد عمل دخول را انجام داده است که در افراد با مزاج خشک یا یائسه بیشتر اتفاق می‌افتد. زن حتماً باید با نوازش و رفتارهای مناسب از طرف مرد تحریک و آماده شود تا اندام‌های جنسی هم از نظر ترشح و هم از نظر افزایش حجم برای برقراری فعالیت جنسی آماده شوند. ارضا نشدن در خانم‌ها نیز متداول است که معمولاً به دلیل انزال زودرس مرد یا ضعف زن یا اعراض نفسانی زیاد است. اگر تمامی موارد فوق و شش اصل ضروری ذکر شده، درست اجرا شوند و برقرار باشند، معمولاً بهترین شرایط جنسی و باروری برای زوجین به وجود خواهد آمد، اما به هر میزان که این موارد، کمتر رعایت شوند، میزان اختلال هم بیشتر خواهد بود.^۱

۱. میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>، ۱۴۰۲.

فصل هفتم

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.

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.

برای این که این شب برای زوجین، علی‌الخصوص زنان، شبی به یاد ماندنی باشد؛ باید نکاتی را در مورد مکان آمیزش (حجله) به عنوان مکان پایه‌گذاری و آغاز زندگی جدید، زمینه‌سازی 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 (ارگاسم) می‌رساند؛ 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 گونه‌ای 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 کلمه‌ای از تعارفات به دنبال نداشته باشد و نگاهش به همسر باشد. عروس باید نگاهش به زمین باشد و به آهستگی به همان اندازه‌ای که شوهرش می‌فهمد؛ همان کلمه سلام را پاسخ گوید و خیلی متواضع باشد. داماد اجازه بخواند که در کنار عروس خانم بنشیند و دختر هیچ جوابی ندهد و ساکت بماند (سکوت علامت رضایت می‌باشد) و اینک آغاز زندگی مردانگی و زنانگی با نام خدا شروع می‌شود.

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 تزیینات 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 شده اند.^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 کرده اند؛ 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

لذت جنسی طرفین از همدیگر

اسلام آنقدر به مسأله لذت بردن طرفین از عمل جنسی عنایت داشته که در ضمن احادیثی که از طرف

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

۲. همان.

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 (ارگاسم) 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 ارگاسم می‌رسند؛ دست از کار می‌کشند. در حالی که هنوز همسرشان به ارگاسم 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 همبستر 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

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.^۳

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 پر و مثانه پر نزدیکی نکنند.

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

۲. همان.

۳. همان.

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.

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. 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 اما اگر یکی از همسران - معمولاً زنان - در صورت نبود موانع شرعی و عقلی حاضر به تمکین نشود، در این صورت تکلیف چیست؟

برخی علما به استناد اصل معروف، اجبار را در نشوز جنسی زن جایز نمی‌شمارند. با توجه به توصیه‌های قرآنی آیا می‌توان باور داشت که اسلام، ارتباط با اجبار را که صدمات روحی و جسمی در پی دارد مجاز می‌شمارد؟ و آیا می‌توان چنین حکمی را به اسلام نسبت داد؟ مطمئناً پاسخ این پرسش‌ها منفی است. بنابراین، تمکین زن در برابر مرد مطلق نبوده، شوهر نباید از آن به صورت ابزاری برای ظلم به زن استفاده کند؛ بلکه رفتار و روابط زن و شوهر چه در حوزه روابط جنسی و چه غیر آن باید نیک باشد و معنای «عاشروهن بالمعروف» «با آنان به طور شایسته رفتار کنید.» همین است. آن عملی معروف است که هم با هدایت عقل صورت گرفته و هم با حکم شرع و قانون جاری در جامعه مطابق باشد و هم با فضایل اخلاقی منافات نداشته باشد و هم در سنت، خلاف ادب دانسته نشود. از این رو، شوهر به هیچ صورت نمی‌تواند به دلیل حق تمکین به زن آزار جنسی وارد کند.^۲

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.^۳

اما گاهی ممکن است علاوه بر موارد بالا، همسران (بیشتر مردان) دوست داشته باشند روابط جنسی خود را

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

۲. همان.

۳. همان.

در خارج از چهارچوب زناشویی گسترش دهند و به دنبال شریک جنسی غیر از همسر خود باشند. در این صورت نیز 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 ارگاسم 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

به بیان ساده‌تر، ریشه اصلی تنوع طلبی جنسی، نرسیدن به ارضای کامل جنسی و گرسنه ماندن جنسی است. در واقع، زمانی که همسران در رابطه جنسی خود به رضایت نرسند ممکن است در اجتماع برای کسب لذت بیشتر و ارضای تنوع طلبی خویش به سوی چشم چرانی، تماشای فیلم‌ها و تصاویر غیر اخلاقی و انحرافات جنسی بروند. عامل اثرگذار دیگر بر تنوع طلبی جنسی همسران، واقعیتی است که در رفتار جنسی آنان نهفته است و آن این است که هدف زنان از روابط جنسی کسب احساسات و رفع نیازهای عاطفی خویش است و در حقیقت آنها رابطه جنسی برقرار می‌کنند تا به نیاز عاطفی خود پاسخ دهند؛ ولی مردان به خاطر رفع نیازهای جنسی است که محبت، احساسات و عواطف از خود نشان می‌دهند. این فرق اساسی در نوع نگاه همسران به روابط جنسی نشان می‌دهد که زنان به تنوع طلبی جنسی تمایل چندانی ندارند، ولی برخلاف آنان، مردان تنوع طلب جنسی هستند، هرچند به خاطر رضایت جنسی، این مسئله به صورت موقت آرام و پنهان شود.^۳

چنانکه درباره تفاوت‌های میل جنسی زنان و مردان گفته شد، زنان در روابط جنسی کیفی، و مردان کمی‌اند و این ویژگی طبیعی آنها باعث می‌شود که مردان نسبت به زنان در روابط جنسی تنوع خواه باشند. اگر در روابط جنسی همسران این تنوع خواهی تعدیل شود به رضایت جنسی همسران کمک خواهد کرد؛ اما اگر این نیاز آنان برطرف نشود، ممکن است آنها به دل زدگی و احساس یکنواختی در روابط جنسی دچار شوند.^۴

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.

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

۲. همان.

۳. همان.

۴. همان.

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 ارگاسم رسیدن را به همراه داشته باشد، تکراری نمی‌شود. همچنین تنوع زمانی و مکانی و نحوه آمیزش جنسی در پیشگیری از خیانت جنسی موثر است.^۱

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.^۲ 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.^۳

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 بپرهیز چرا که این کار زن 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.^۴

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.^۵

از مصادیق بدرفتاری جنسی می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

-
۱. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.
 ۲. هارولد کاپلان و بنیامین سادوک، خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی، ترجمه حسن رفیعی و همکاران، ج ۱.
 ۳. موسوی، سید عباس، کتاب جامع رضایت جنسی همسران - عوامل و موانع.
 ۴. همان.
 ۵. همان.

- 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.
- 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- شاکی 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 سر و 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.^۲

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.^۳

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

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

۳. همان.

۷. 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 شهوت‌گرایی 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 اجتناب‌ناپذیر شهوت‌گرایی است.^۳

همانطور که افراط در ارضای غریزه جنسی عوارض نامطلوب بسیاری در پی دارد، پرهیز از رابطه جنسی نیز سبب سرکوب‌تکانه‌های جنسی می‌شود که در درازمدت عوارض جبران‌ناپذیری برای سلامت جسمی و روانی همسران در پی خواهد داشت. به همین دلیل در اسلام ترک ارضای غریزه جنسی پذیرفته نیست.^۴

۸. 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،

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

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

۳. همان.

۴. همان.

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:

• **ناماهنگی 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 اجتناب ناپذیر 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، 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 اسلامی و یا مراجعه به پزشک راهگشا خواهد بود.^۴

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.^۵

• **ناماهنگی 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

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

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

۳. همان.

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

۵. همان.

ممکن است در شرایط خاص و یا در بازه زمانی خاص رخ دهد.^۱

● **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 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 ارگاسم آنان اثر می‌گذارد، به طوری که یکی زودتر و دیگری دیرتر به ارگاسم می‌رسد و اگر از روش مناسبی برای آمیزش جنسی استفاده نشود، ممکن است یکی ارضا شده، دیگری ارضا نشود.^۲

بنابراین روش‌های آمیزش جنسی در ارگاسم بهتر و به هنگام نقش اساسی دارند، به طوری که برخی روش‌های آمیزش جنسی ارگاسم را لذت بخش‌تر می‌کنند. همچنین روش‌های آمیزشی درصدهای 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 ارگاسم نابهنگام و ناقص و لذت کمتر در همسران می‌شود. پس، خودآشنایی 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.^۳

● **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 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.^۴

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

۲. همان.

۳. همان.

۴. همان.

فصل دهم

مزایای حاملگی و فرزندآوری از منظر سلامت

مطالعات اثبات می‌کنند هر بارداری، تا بیش از ۲۰ هفته دارای اثر محافظتی نسبت به ایجاد فیبروم در رحم زنان است. هرچه سن اولین بارداری کمتر باشد ریسک ابتلا به فیبروم کاهش می‌یابد و هرچه فواصل بین بارداری‌ها بیشتر باشد ریسک ابتلا به فیبروم بیشتر است.

بارداری در برخی زنان باعث بهبود یا کاهش علائم سندروم تخمدان پلی کیستیک می‌شود تجربه بارداری به علت افزایش خورسسانی لگنی باعث تقویت رحم و تخمدان و افزایش سلامت عمومی زنان می‌شود.

تجربه بارداری و شیردهی با کاهش احتمال ابتلا به بیماری‌هایی چون فشار خون، قند خون، و چربی خون (که عامل حوادث قلبی عروقی و سکته‌های مغزی) هستند، همراه است.

بارداری با تقویت سیستم ایمنی بدن و افزایش توان مقابله با بیماری‌های خود ایمنی مانند ام اس همراه است.

در طی بارداری سلولهای بنیادی جنین به بدن مادر منتقل می‌شود. این امر، باعث جوان سازی مادر و در نتیجه آن افزایش طول عمر و سلامت مادر خواهد شد.

تغییرات هورمونی در طی بارداری و شیردهی و کاهش سیکل‌های قاعدگی باعث کاهش ابتلا به سرطان‌های تخمدان و رحم می‌شود و هرچه سن اولین بارداری پایین‌تر باشد این اثر محافظتی بیشتر است. بارداری اول به ویژه در سنین مناسب ۲۰ تا ۳۰ سالگی اثر حفاظتی در مقابل سرطان تخمدان دارد. به طوری که خطر ابتلا به سرطان تخمدان را تا ۴۰ درصد کاهش می‌دهد.

در یکی از بزرگترین مطالعاتی که در ارتباط بین شیردهی و خطر سرطان تخمدان بر روی ۹۹۷۳ زن با سرطان تخمدان انجام گرفت، مشاهده شد که سابقه شیردهی با ۲۴ درصد کاهش خطر ابتلا به سرطان مهاجم همراه بود. علاوه بر این، میانگین مدت شیردهی در هر قسمت با خطر سرطان ارتباط معکوس داشت. به طوری که برای زنانی که کمتر از ۳ ماه به ازای هر تولد شیردهی داشتند، ۱۸ درصد و برای زنانی که به ازای هر تولد فرزند ۱۲ ماه یا بیشتر شیردهی داشتند، ۳۴ درصد کاهش خطر سرطان تخمدان دیده شد. شیردهی به دلیل سرکوب طبیعی تخمک‌گذاری، زمینه را برای کاهش تقسیم سلولی و رشد تخمدان و در نتیجه فرصت‌های کمتر برای رشد سلول‌های سرطانی فراهم می‌آورد.

بارداری به طور طبیعی سبب کاهش سرطان پستان در زنان می‌شود. مادران بارداری که دو سال به کودک خود شیر بدهند، روند کاهشی ابتلا به صورت تصاعدی افزایش پیدا می‌کند. براساس مطالعه انجام شده، اثبات شده است که شیردهی دو ساله هر فرزند، بالاترین رقم محافظتی را برای مادران فراهم می‌آورد. مطالعه دیگری نشان داد که هر ۱۲ ماه شیردهی، خطر ابتلا به سرطان پستان را $\frac{4}{3}$ درصد کاهش می‌دهد. هر بارداری و زایمان هم این ریسک را حدود هفت درصد کاهش می‌دهد. حداقل میزان شیردهی به ازای هر

کودک ۱۸ ماه و حداکثر آن ۲۴ ماه باید باشد تا بهترین اثر بخشی شیردهی را در محافظت از بروز سرطان پستان در مادر داشته باشیم. بیشترین اثر محافظتی برای مادران شیرده به ازای هر کودک نیز شیردهی به مدت ۲ سال تمام است.

می‌بینیم که تغذیه با شیر مادر مزایای فراوانی دارد و باید تا حد امکان برای هر مادر تازه‌کاری تشویق شود، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری، شیردهی را «استاندارد طلای بالینی» می‌دانند.

پژوهش‌های طولی و کوهورت نشان داده است زنانی که سابقه بارداری و زایمان نداشته‌اند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به سرطان پستان هستند. نسبت سرطان سینه در زنانی که بچه ندارند (نولی پار) به زنانی که دو و یا بیشتر بچه دارند (مولتی پار) ۱/۲ تا ۱/۷ برآورد شده است. یعنی حاملگی اثر پیشگیری‌کننده بر سرطان پستان دارد. هرچه سن اولین بارداری که به انتها رسیده پایین‌تر باشد، این اثر محافظتی بیشتر است. مطالعات نشان داده‌اند، هرچه سن زن در اولین بارداری نزدیک به ۲۰ سالگی باشد خطر ابتلا به سرطان پستان تا ۵۰ درصد کاهش می‌یابد.

این اثر محافظتی بارداری بر روی سرطان پستان تا ۱۰ سال است بنابراین هرچه اولین بارداری زودتر و آخرین بارداری دیرتر باشد، به طور کلی ضریب محافظتی بالاتر می‌رود (۸)، از سویی دیگر تأخیر در فرزندآوری باعث افزایش نرخ سرطان پستان شده است. تأخیر در تولد اولین فرزند با افزایش ریسک ابتلا به سرطان سینه همراه بوده و می‌توان افزایش بروز سرطان سینه در کشورهای غربی را ناشی از تغییر الگوی باروری در این کشورها دانست.

حاملگی کامل با کاهش خطر ابتلا به سرطان آندومتر همراه است. مکانیسم زیربنای این ارتباط به خوبی درک نشده است. پژوهش‌ها مطرح نموده‌اند که عوامل هورمونی ممکن است زمینه ساز این رابطه باشند، زیرا پروژستین‌ها به طور بالقوه می‌توانند تغییرات پیش بدخیمی در آندومتر را معکوس سازند و سطح پروژسترون در حاملگی بسیار زیاد است. به علاوه مطرح شده است که ریزش فیزیکی آندومتر در هنگام زایمان ممکن است سلول‌های آندومتر پره نئوپلاستیک را حذف کند و حتی باورنکردنی‌تر، بارداری‌های بعدی (حداکثر ۸ تا) به کاهش ۱۵ درصدی این خطر ادامه می‌دهند.

اثر محافظتی استروژن، اکسی توسین و پروژسترون در زمان بارداری و شیردهی بر سلامت روان شناختی زن هم تأثیرگذار است. نتایج برخی تحقیقات نشان داده است فرزندآوری در سنین پایین‌تر، با اعتماد به نفس بالاتر مادر در تربیت و مراقبت از فرزند همراه است. احتمال افسردگی در این مادران کمتر است. برخی مطالعات هم تأثیر مثبت تجربه مادر شدن را بر رشد شناختی و مغزی زن نشان داده‌اند. بر خلاف تصور عام که بارداری و شیردهی را منجر به ضعف شناختی می‌دانند، نتایج تحقیقات روانشناسی نشان داده‌اند بارداری و شیردهی با تأثیر هورمون اکسی توسین، استروژن و پروژسترون در افزایش قدرت شناخت مغز تأثیرگذار است و با افزایش توانایی حافظه و یادگیری، خودکارآمدی و انگیزه و هوش هیجانی زن همراه است. غیر از آن، مطالعاتی نیز نشان داده‌اند با احتساب شرایط اقتصادی و اجتماعی زنان و مردان، خانواده‌هایی که فرزند

دارند، از سلامتی روان بیشتر و نشاط خانوادگی برخوردار هستند.

داده‌های در حال ظهور، از نقش شیردهی در کاهش خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ و حتی بیماری‌های قلبی عروقی حمایت می‌کند. شیردهی طولانی‌تر با شیر مادر، می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی (شایع‌ترین علت مرگ در زنان در بسیاری از کشورها) را در طول عمر کاهش دهد.

در حالی که شیردهی پدیده‌ای جدا از بارداری است، بارداری پیش درآمدی ضروری برای این عاقبت فیزیولوژیکی طبیعی برای زایمان است (حتی اگر برخی از زنان نتوانند یا ترجیح دهند شیر ندهند). در یک مطالعه دوازده ساله بر روی ۳۷۵۸ زن باردار، میزان مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی (همراه با سابقه نوزادان کم وزن) و شیردهی مورد مطالعه قرار گرفت. در حالی که مطالعه بر روی این موضوع تمرکز داشت که آیا عوارض بارداری (مانند وزن کم هنگام تولد) نشانه بیماری قلبی عروقی در آینده در مادران است، یافته اصلی این مطالعه باور نکردنی بود: تغذیه با شیر مادر خطر مرگ ناشی از بیماری قلبی عروقی را برای مادران تا ۲۴ درصد کاهش می‌دهد، با توجه به اینکه بیماری قلبی عروقی علت اصلی مرگ و میر زنان در ایالات متحده است، این یافته قابل توجهی است. زنان شیرده به طور کلی از سلامت قلب بهتری برخوردارند، احتمال بیشتری دارد که از سیگار کشیدن اجتناب کنند، ورزش منظم داشته باشند و رفتارهای سالم‌تری را گزارش کنند.

شیردهی کاهش میزان خونریزی پس از زایمان و در نتیجه کاهش احتمال کم خونی (که عامل مهم افسردگی پس از زایمان است) را به دنبال دارد. شیردهی با ایجاد تأخیر در تخمک گذاری، سبب فاصله‌گذاری مناسب بین فرزندان می‌شود. با شیردهی، اضافه وزن ناشی از بارداری، بهتر کاهش می‌یابد. شیردهی اثر منفی طولانی مدت روی تراکم استخوان ندارد. در دوران شیردهی ۵ تا ۱۰ درصد تراکم استخوان کاسته می‌شود ولی پس از انجام شیردهی تراکم استخوان به حد طبیعی خود باز می‌گردد. شیردهی ریسک شکستگی استخوان در زمان یائسگی را بیشتر نمی‌کند حتی پس از بررسی چندین مطالعه دیده شده افراد یائسه‌ای که قبلاً شیردهی داشته‌اند تراکم استخوان بالاتری دارند (که البته بسته به میزان بارداری‌ها و مدت شیردهی متفاوت است).

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

شواهد علمی زیادی وجود ندارد که به طور قطعی نشان دهد که درد پرئود پس از بارداری کاهش می‌یابد، البته برخی از زنان دوره‌های بهتری را پس از زایمان تجربه می‌کنند. این نشان می‌دهد که بدن زنان به روش‌های مختلف به پدیده زایمان واکنش نشان می‌دهد. برخی از زنان پس از بچه دار شدن دوره‌های بهتری را تجربه می‌کنند و برخی دیگر اینطور نیستند. با این حال، زنان مبتلا به اندومتریوز اغلب کاهش علائم خود را در دوران بارداری مشاهده می‌کنند و حتی برخی متوجه می‌شوند که این کاهش پس از تولد نیز به دلیل تغییرات ساختاری در لگن ادامه دارد. دانشمندان مطمئن نیستند که چرا درد قاعدگی گاهی پس از زایمان

کاهش می‌یابد. اما با توجه به اینکه انقباضات رحمی در طول قاعدگی می‌تواند گرفتگی عضلات را کاهش دهد، به نظر می‌رسد کاهش درد کلی بعد از رویداد اصلی رحمی زایمان منطقی باشد.

مزیت سلامتی دیگر برای بارداری، یک پدیده شگفت‌انگیز به نام میکروکایماریسم سلولی جنین (FCM) (fetal cell microchimerism) است: در دوران بارداری، مادر و جنین مقادیر کمی از سلول‌ها را مبادله می‌کنند و تداوم آنها در زمان‌های بعدی میکروکایماریسم نامیده می‌شود. میکروکایماریسم به طور قابل توجهی بر سلامت بعدی زنان تأثیر می‌گذارد. در دوران بارداری DNA تکه‌هایی از جفت و سلول‌های جنینی به بدن مادر منتقل می‌شود و مدت‌ها - حتی دهه‌ها - پس از تولد در آنجا باقی می‌ماند. تحقیقات بیشتری در مورد میکروکایماریسم سلولی جنین باید انجام شود، اما با این وجود، یافته‌ها نشان می‌دهد که می‌تواند در مبارزه با سرطان سینه نقش داشته باشد، زیرا سلول‌های کایماریک بیشتری در زنان بدون سرطان سینه در مقایسه با زنان مبتلا به سرطان سینه یافت شده است. این سلول‌های جنینی در زخم‌های سزارین نیز یافت شده‌اند که نشان می‌دهد این سلول‌ها برای بهبود بافت مادر دست به کار می‌شوند.

کاهش خطر ابتلا به آرتریت روماتوئید یکی دیگر از مزایای احتمالی جالب توجه است، در حالی که میکروکایماریسم سلولی جنین می‌تواند سلول‌هایی را به مادر منتقل کند که خطر ابتلا به آرتریت روماتوئید را کاهش دهد، زنانی که بچه دار شده‌اند نسبت به خانم‌هایی که زایمان نداشته‌اند، در معرض خطر کمتری برای ابتلا به این بیماری هستند.

به نظر می‌رسد که هر چه میکروکایماریسم سلولی جنین بیشتر مطالعه شود، نتایج مثبت‌تر بیشتری مشخص می‌شود. وجود میکروکایماریسم از نوزادان پسر در خون محیطی زنان، به طور خاص، با افزایش طول عمر در زنان، با افزایش ۵ تا ۲۰ درصدی بقا با ادامه سن زنان (حدود ۶۰ سال به بالا) همراه است.

شواهد جدیدی حاکی از وجود ارتباط دوگانه بین میکروکایماریسم جنینی و سرطان می‌باشد. زنان باردار با میکروکایماریسم جنینی به‌طور چشمگیری کمتر از زنان بدون میکروکایماریسم جنینی مستعد ابتلا به سرطان هستند. همچنین میزان بقاء و پاسخ به درمان سرطان در زنان با میکروکایماریسم جنینی بهتر است. کاهش خطر ابتلاء به سرطان پستان در حضور سلول‌های میکروکایماریک جنینی در زنان پیشنهاد کرد که این سلول‌ها می‌توانند عملکردهای نظارت ایمنی یا سرکوب‌کننده تومور داشته باشند. ارتباط معکوس بین میکروکایماریسم جنینی و سرطان محدود به سرطان پستان نیست و مطالعات نشان داده‌اند که بارداری، زایمان، شیردهی و ترکیبی از آنها، نقش محافظتی در برابر سایر سرطان‌ها از جمله سرطانهای مثانه، تخمدان، مغز، پانکراس، کولورکتال، لنفوم و سرطان خون ایجاد می‌کنند.

فصل یازدهم

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 خودمحموری 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 کارآیی 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 مراقب سلامت، 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 تأکید شود که حتی روش‌های کم‌خطر نیز اگر به صورت طولانی مدت استفاده شود می‌تواند مضر باشد و عوارض ماندگار برجای گذارد.

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 مترشح 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 به‌عمل می‌آورد؛ از طریق افزایش ضخامت مخاط سرویکس (پلاگ موکوسی) موجبات اشکال در ورود اسپرم به داخل رحم را فراهم می‌آورد؛ با تأثیر بر حرکات لوله‌های رحم، از لقاح اووسیت و اسپرم جلوگیری به‌عمل 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

موارد منع مصرف مشتمل است بر: 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 ۲ و ۳، هپاتیت ویرال، سابقه یرقان هم زمان با مصرف قرص، آدنوم کارسینوم کبد، سیروز کبدی، تومورهای خوش خیم و بدخیم کبد، همانژیوم کبدی، شیستوزومیازیس 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 ضدانعقاد؛ بیماری عروق کرونر قلب، آنژین قلبی (هر نوع درد جلوی قلب و پشت استرنوم)، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعدکننده آنها؛ بیماری سیانوتیک قلبی؛ سکتة مغزی و یا سابقه آن؛ بیماری عروق مغزی، سابقه این بیماری‌ها یا شرایط مستعد کننده 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 علائم 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 هیپرلیپیدمی پروتئینی نوع II)؛ شرایط نیازمند به بی‌حرکتی کامل؛ سابقه هر نوع بیماری مرتبط با قرص فشارخون بالا، پانکراتیت حاد، پمفیگوتید بارداری، سندروم استیون-جانسون؛ سندرم همولیتیک اورمیک، پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک؛ ترومای شدید؛ بیماری‌های عروقی و واسکولیت؛ لوسمی و لنفوما.

عوارض جدی استفاده از قرص‌های ترکیبی هورمونی

عوارض جدی استفاده از قرص‌های ترکیبی هورمونی عبارتند از 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 سکتة‌های 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؛ کم خونی 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 علایم اولیه مانند: تاری دید یا سفیدشدن قسمتی از دید، دوره‌های از دست دادن قدرت بینایی، احساس سنگینی و پارستزی، سختی در صحبت کردن و علایم 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 مولتی‌فرم؛ 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 بی‌حرکی (مثلاً در اثر شکستگی)؛ زردی یا سابقه زردی. در مواردی نیز باید در مصرف احتیاط نمود که عبارتند از سابقه سرطان کبد و پستان؛ سابقه سکت قلبی و بیماری‌های عروقی؛ دیابت و دیابت بارداری؛ حاملگی خارج رحمی؛ سالپنژیت؛ صرع؛ فشارخون بالا

۳- آمپول‌های تزریقی

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

دیپروورا (DMPA)

دیپروورا حاوی ماده موثره دیپومدروکسی 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 (به‌دلیل 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 غیر استفاده‌کننده 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 میلی‌لیتر ماده موثره (۲۵ میلی گرم دپو 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 ۲-۳ 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 ۲-۳ 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 هرکدام از علامت‌های 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)

آی‌یودی 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 ریسک 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 حلقه‌ی 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 کارگذاشتن 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 بالای 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 کلاهک 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.

۷- اسپرم‌کش‌ها

اسپرم‌کش‌ها اسپرم را از بین می‌برند و ماده فعال تشکیل دهنده آنها نانوکسینول ۹ است که می‌تواند به صورت ژل، کرم، فوم آئروسول، فیلم واژینال و اسفنج‌ها فرموله شود.

تأثیر بر سلامت باروری و عوارض

استفاده از اسپرم‌کش‌ها، تحریک واژن یا آلت تناسلی را به دنبال دارد، می‌تواند ضایعات تناسلی ایجاد نموده و خطر ابتلا به HIV و نیز عفونت‌های دستگاه ادراری را افزایش دهد. از آنجایی که استفاده از اسپرم‌کش‌ها، افزایش ریزش ویروس در زنان مبتلا به HIV و احتمال انتقال به همسر را به دنبال دارد، استفاده از اسپرم‌کش برای افرادی که HIV دارند و یا در خطر بالای ابتلا به HIV هستند، توصیه نمی‌شود. این روش در کشور ما ایران کاربرد ندارد.

فصل دوازدهم

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 منحصراً 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 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. 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 ضدبارداری خصوصاً انواع با دوز بالا محتمل است. همه‌ی این عوارض، زمینه را برای عدم توصیه به استفاده از این روش در دوران عقد فراهم می‌سازد.

۳- آمپول‌های تزریقی

روش‌های تزریقی اعم از تک‌مرحله‌ای (پروژسترون طولانی‌اثر، دپوپروورا (DMPA)) و ترکیبی (سیکلوپم) در دوران عقد توصیه نمی‌شوند چراکه DMPA تأخیر در بازگشت باروری را در بر دارد (به‌دلیل عدم تخمک-گذاری 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)؛ 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 تخمک‌گذاری ۲-۳ ماه پس از آخرین تزریق است و به خصوص طی ۲-۳ 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، همه‌ی این عوارض، زمینه را برای عدم توصیه به استفاده از این روش در دوران عقد فراهم می‌سازد.

۳- وسایل داخل رحمی (IUD)

آی‌یودی انواع هورمونی و غیر هورمونی دارد. قرار دادن آی‌یودی دردناک است و به دلیل عوارضی چون عفونت‌ها؛ 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)، در دوران عقد به هیچ وجه توصیه نمی‌شود.

۴- روش‌های غیر هورمونی

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، روغن‌های نباتی و گیاهی و...) احتمال آسیب به کاندوم و پاره شدن آن را افزایش می‌دهد، لازم است که از استفاده از این گونه مواد خودداری گردد. (روان کننده‌های کمکی و اسپرم‌کش‌ها باید بر پایه آب باشند زیرا محصولات مبتنی بر روغن باعث تخریب لاتکس می‌شوند). (با توجه به افزایش احتمال پاره شدن کاندوم در صورت استفاده همسر فرد از کرم‌های طبی، باید مصرف این کرم‌ها به پس از تماس جنسی موکول گردد). روش نسبتاً مناسبی در دوران عقد می‌باشد.

فصل سیزدهم

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. 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 بالای ۳۲ سال به سرعت 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 با افزایش سن 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 اینکه فرد به تخمک‌های اهداکنندگان جوان تر متوسل شود یا از تخمک‌های منجمد شده خود در سنین پایین‌تر، استفاده کند.

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. 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.

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. 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 و خطر برخی بیماری‌ها از جمله اوتیسم را در کودک افزایش می‌دهد. 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 بی‌فرزندگی دائمی 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 مرعیه 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.
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.
 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- تک‌فرزندی

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

الف) 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 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.

ب) لوس شدن

تک‌فرزندها، 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.

ج) از دست دادن استقلال شخصیت

بسیاری از افرادی که در خانواده‌های پرجمعیت، بزرگ شده‌اند، انسان‌های مستقلی هستند که در زندگی به دیگران، اتکا نمی‌کنند. آنها در محیط پرجمعیت خانواده، متوجه می‌شوند هر کسی باید گلیم خود را از آب بیرون بکشد و خانواده، تنها در اندازه یک زمینه‌ساز، می‌تواند کمک‌کارشان 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 تک‌فرزندها نسبت به این‌ها، انگیزه کمتری برای تلاش دارند، زیرا تمام امکانات خانواده در اختیار آنان قرار

داد. از همین‌رو، به شدت وابسته به خانواده بار می‌آیند و استقلال شخصیت خود را از دست می‌دهند.

د) 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 حوصله‌مان 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 تک‌فرزندها، در رقابت‌های اجتماعی به شدت آسیب‌پذیرتر و کم‌تحمل‌ترند؛ زیرا آنها پیش از آن، نه تنها رقابت نکرده‌اند؛ بلکه همیشه بدون آن که زحمتی بکشند، در کانون توجهات بوده‌اند.

ه) 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 خانواده‌ی 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 فرزند 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 خانواده‌ی تک فرزند، بسیار سخت‌تر از خانواده‌هایی است که چند فرزند دارند.

و) از بین رفتن نسل عمو و عمه و دایی و خاله

از بین رفتن نسل عمو و عمه و دایی و خاله، از خطرهای تک‌فرزندی است. اگر همین طور 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.

ز) خلا عاطفی

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

ح) اضطراب و فشار در نگهداری والدین

بچه‌های تک فرزند، 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.

فصل چهاردهم

علل زمینه ساز ناباروری

ناباروری به عنوان ناتوانی زوجین در فرزندآوری، علیرغم یک سال رابطه جنسی منظم و حفاظت نشده تعریف می‌شود. این دوره برای زنان بالای ۳۵ سال، شش ماه در نظر گرفته شده است و ارزیابی فوری‌تر برای زنان بالای ۴۰ سال ضروری است. ناتوانی زوجین در فرزندآوری، مشکلات اجتماعی و اقتصادی جدی به بار می‌آورد که برای آنها پرهزینه و آزاردهنده است. بر این اساس مدت‌هاست که ناباروری در کانون توجه دنیای پزشکی قرار گرفته است. با وجود پیشرفت‌های چشمگیر در تکنیک‌های تشخیصی و درمان ناباروری، شیوع ناباروری در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، تقریباً یک از شش زوج با مشکل ناباروری مواجه هستند و در مجموع در سراسر جهان ۸۰ میلیون نفر با شکست باروری سر و کار دارند. شیوع ناباروری در کشورهای مختلف از ۳.۵ تا ۲۲ درصد تخمین زده می‌شود. نزدیک به ۲۵ درصد از زوج‌های ایرانی، در طول زندگی زناشویی خود، ناباروری را تجربه کرده‌اند.

ارزیابی باروری برای زنان مبتلا به الیگومنوره یا آمنوره، بیماری شناخته شده یا مشکوک رحمی، لوله‌ای یا صفاقی (شامل آندومتریوز مرحله III یا IV) و همسر با ناباروری شناخته شده یا مشکوک به عامل مردانه توصیه می‌شود. در ۸۵ درصد از زوج‌های نابارور، ناباروری از ناهنجاری‌های قابل شناسایی در فیزیولوژی طبیعی یا بیماری زمینه‌ای ناشی می‌شود. شایع‌ترین علل ناباروری اختلال تخمک‌گذاری، ناباروری با عامل مردانه و بیماری لوله‌ها هستند. ۱۵ درصد باقی مانده از زوج‌های نابارور «ناباروری غیرقابل توضیح» دارند. تمایل فزاینده زوجین به تعویق فرزندآوری و تغییر در رفتار جنسی و سبک زندگی می‌تواند روند صعودی ناباروری را توجیه کند. با این حال، تعداد قابل توجهی از ناباروری‌های غیرقابل توضیح، علی‌رغم پیشرفت‌های اخیر در تشخیص و درمان ناباروری، همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند.

دسته بندی‌های اصلی ناباروری

۱- اختلال در تخمک‌گذاری و عدم تخمک‌گذاری

سابقه چرخه‌های قاعدگی منظم و سیکلیک همراه با علائم قبل از قاعدگی (مانند حساسیت سینه، احتباس مایعات) برای اثبات تخمک‌گذاری کافی است. به گزارش سازمان بهداشت جهانی، اختلالات تخمک‌گذاری تقریباً ۲۵ درصد تشخیص‌های ناباروری را تشکیل می‌دهد. احتمال عدم تخمک‌گذاری مطرح می‌شود در مواردی که سیکل‌های قاعدگی به طور نامنظم، در سیکل‌های کوتاه‌تر از ۲۱ یا بیشتر از ۳۵ روز (اگرچه برای اکثر زنان، طول سیکل بیش از ۲۵ روز است) اتفاق بیفتد، یا اگر بیمار خونریزی غیرطبیعی رحم یا آمنوره را گزارش کند. تخمک‌گذاری معمولاً ۱۴ روز قبل از شروع قاعدگی اتفاق می‌افتد. شایع‌ترین علت عدم تخمک‌گذاری سندرم تخمدان پلی کیستیک (PCOS) است که ۷۰ درصد از زنان مبتلا به عدم

تخمک‌گذاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چاقی به تنهایی و جدای از PCOS با عدم‌تخمک‌گذاری در ارتباط است. در زنان با شاخص توده بدنی (BMI)، محاسبه شده به عنوان وزن بر حسب کیلوگرم تقسیم بر قد بر حسب متر مربع) بالاتر از ۲۷، خطر ابتلا به ناباروری همراه با عدم‌تخمک‌گذاری در مقایسه با زنان با BMI در محدوده طبیعی افزایش می‌یابد (خطر نسبی ۳.۱ برابر). علل دیگر عبارتند از بیماری تیروئید (۲٪-۳٪)، بیماری هیپوفیز (به عنوان مثال پرولاکتینوما، ۱۳ درصد، افزایش آندروژن ناشی از هیپرپلازی آدرنال یا تومور آدرنال (۲ درصد)، عدم‌تخمک‌گذاری مزمن ایدیوپاتیک (۷٪-۸٪)، و آمنوره عملکردی هیپوتالاموس (به عنوان مثال، به دلیل کمبود وزن، اختلالات خوردن و ورزش بیش از حد).

۲- ناباروری لوله‌ای

ناباروری لوله‌ای که به صورت مسدود شدن لوله‌های فالوپ یا ناتوانی لوله‌ها در برداشتن تخمک از تخمدان، به دلیل چسبندگی لگن تعریف می‌شود، بین ۱۱ درصد تا ۶۷ درصد از تشخیص‌های ناباروری، بسته به جمعیت مورد مطالعه را به خود اختصاص می‌دهد. ناباروری لوله‌ها در زنان با سابقه عفونت مقاربتی (شایع‌ترین علت بیماری لوله‌ای)، دیسپلازی دهانه رحم، جراحی شکم، یا عفونت قبلی داخل شکمی (به عنوان مثال، پارگی آپاندیس) محتمل است. شدت ناهنجاری لوله رحمی به تعیین موثرترین راه درمان کمک می‌کند. هیستروسالپینگوگرافی (HSG)، روشی که در آن رنگ رادیوپاک (محلول در روغن یا آب) از طریق دهانه رحم به داخل حفره رحم تزریق می‌شود و با فلوروسکوپی از طریق لوله‌های فالوپ دنبال می‌شود، یک ابزار تشخیصی خط اول برای ناباروری لوله‌ای رحمی است. سونو هیستروگرافی (SHG) نیز که در آن ریزش ماده حاجب از لوله‌های فالوپ به درون حفره رحم با سونوگرافی ارزیابی می‌شود، می‌تواند برای ارزیابی لوله‌ها استفاده شود.

در مقایسه با زنان نابارور با باز بودن لوله دو طرفه، زنان دارای انسداد یک طرفه پروگزیمال لوله‌ها پس از تحریک تخمدان با تلقیح داخل رحمی، میزان بارداری مشابهی دارند. با این حال، هنگامی که انسداد لوله دو طرفه وجود دارد، جراحی برای باز نمودن لوله‌ها یا تحریک تخمدان با لقاح آزمایشگاهی (IVF) را می‌توان در نظر گرفت. تاکنون هیچ کارآزمایی با کیفیتی به مقایسه جراحی و IVF در درمان ناباروری لوله‌ای نپرداخته است. انتخاب جراحی لوله یا IVF (که انسداد لوله‌ها را دور بزند) باید بر اساس سن همسر، مدت زمان ناباروری و وجود سایر تشخیص‌ها (مانند ناباروری عامل مردانه)، موفقیت بارداری قبلی و تعداد حاملگی‌های مورد نظر، میزان بیماری لوله و منابع مالی باشد. به عنوان مثال، زنی که کمتر از ۳۵ سال، سن دارد، هیچ عامل ناباروری دیگری ندارد و بیش از یک کودک می‌خواهد ممکن است جراحی لوله را انتخاب کند، به خصوص اگر منابع مالی لازم برای انجام IVF را نداشته باشد. بستن لوله‌ها از طریق لاپاراسکوپ یا سالپنژکتومی (برداشتن لوله‌های فالوپ) باید قبل از IVF، در زنان مبتلا به هیدروسالپینکس (فالوپ پر از مایع) که معمولاً به دلیل عفونت طولانی مدت درمان نشده لوله‌های فالوپ ایجاد می‌شود، در نظر گرفته شود.

۴- اندومترئوز

اندومترئوز وجود بافت آندومتر در خارج از حفره رحم است و بر ۲۵ تا ۴۰ درصد زنان مبتلا به ناباروری تأثیر می‌گذارد. تحریف آناتومیک، مانند وجود چسبندگی‌هایی که لوله‌های فالوپ را مسدود می‌کند یا در باز بودن

لوله‌ها ایجاد اختلال می‌کند یا توده‌های تخمدان (به عنوان مثال، آندومتریوما) در بین لوله و محل تخمک‌گذاری که می‌تواند باز بودن لوله‌ها، کیفیت تخمک و بازیابی تخمک توسط فیمبریای لوله‌ای را مختل سازد. داده‌ها در مورد این که آیا آندومتریوز می‌تواند بر پذیرش آندومتر تأثیر بگذارد یا خیر، متناقض است. اگرچه جراحی لاپاراسکوپیک آندومتریوز باعث بهبود میزان بارداری خود به خودی می‌شود، ولی در ارزیابی روتین باروری توصیه نمی‌شود.

۴- کاهش ذخیره تخمدان

کاهش در باروری همگام با افزایش سن تا حدی به دلیل از دست رفتن پیشرونده فولیکول‌ها و تخمک‌ها (ذخیره تخمدان) و بدتر شدن کیفیت گامت رخ می‌دهد. سایر عوامل خطر برای کاهش ذخیره تخمدان شامل سابقه جراحی، شیمی درمانی، با قرار گرفتن تخمدان‌ها در معرض پرتودرمانی، سابقه خانوادگی یائسگی زودرس یا یک پیش جهش شکننده X است. ذخیره تخمدان را می‌توان با نشانگرهای سرمی مانند هورمون آنتی مولرین یا با اولتراسوند ارزیابی کرد. هورمون آنتی مولرین که توسط فولیکول‌های تخمدانی در حال رشد کوچک تولید می‌شود و همگام با افزایش سن کاهش می‌یابد، نشان‌دهنده اندازه حوضچه فولیکولی بوده و با تعداد تخمک‌های بازیابی شده از تخمدان پس از هایپرآستیمولیشن ارتباط دارد. با کاهش بیشتر ذخیره تخمدان، مهار ترشح هورمون محرک فولیکول هیپوفیز (FSH) توسط استروژن برداشته می‌شود و FSH سرمی فاز اولیه فولیکولی افزایش می‌یابد. با کاهش بیشتر ذخیره تخمدان، استرادیول فاز فولیکولی اولیه افزایش می‌یابد و افزایش FSH را مهار می‌کند.

۵- فاکتورهای رحم و دهانه رحم

ناهنجاری‌های حفره رحمی با پیامدهای نامطلوب بارداری مانند سقط جنین و زایمان زودرس (پیامدهایی که محدود به زنان نابارور نمی‌شود) همراه است. عواملی که باعث تحریف حفره رحم می‌شوند عبارتند از پولیپ آندومتر، لیومیوم، چسبندگی‌های داخل رحمی و ناهنجاری‌های مادرزادی رحم مانند دیواره رحمی. سونوهایستروگرافی، پولیپ یا لیومیوم را تشخیص می‌دهد. برای ارزیابی حفره رحم، سونوهایستروگرافی برتر از هایستروسالپینگوگرافی و سونوگرافی ترانس واژینال است. اگر شک به یک ناهنجاری مادرزادی (مثلاً رحم دو شاخ) وجود دارد، ارزیابی بیشتر لگن با MRI یا سونوگرافی سه بعدی ضرورت دارد. تا آن جایی که می‌دانیم، معمولاً جراحی برای اصلاح نقایص حفره رحم برای بهبود پیامدهای تولید مثلی انجام می‌شود. تحقیقات بیشتری برای اندازه‌گیری اثربخشی جراحی بر سایر ناهنجاری‌های ساختاری رحم مورد نیاز است.

ناباروری فاکتور دهانه رحم به عنوان یک ناهنجاری آناتومیک، اسکار پس از جراحی یا کاهش مخاط دهانه رحم که مانع از پیشرفت طبیعی اسپرم به داخل رحم می‌شود، تعریف می‌شود. ناهنجاری‌های مادرزادی دهانه رحم نادر هستند (یک در ۸۰ هزار). تنگی دهانه رحم ممکن است در نتیجه جراحی (به عنوان مثال، روش برداشت الکتروسرجری حلقه‌ای یا بیوپسی مخروطی دهانه رحم به دلیل نئوپلازی دهانه رحم) رخ دهد،

اما مطالعات در مورد تأثیر جراحی دهانه رحم بر باروری ناکافی است.

۶- عامل مردانه

اختلالات فیزیولوژی مردانه، مانند غلظت پایین تستوسترون یا تعداد کم اسپرم، در ۳۵ درصد از زوجهای نابارور رخ می‌دهد.

در ناباروری یک زوج ممکن است عوامل متعددی دخیل باشند؛ بنابراین، ارزیابی ناباروری عامل مردانه باید همزمان با ارزیابی ناباروری زن انجام شود. علاوه بر شرح حال باروری، آنالیز مایع منی باید برای تعیین حجم مایع منی و تولید اسپرم انجام شود.

وقتی انزال حاوی اسپرم نباشد «آزواسپرمی»، وجود اسپرم در نمونه ادرار انزال رتروگراد را تایید می‌کند. آزواسپرمی انسدادی به عنوان عدم وجود اسپرم در انزال به دلیل انسداد در انتقال اسپرم تعریف می‌شود. شایع‌ترین علت غیر انسدادی آزواسپرمی نارسایی اولیه بیضه است، تشخیصی که به بررسی تستوسترون تام سرم و سطوح FSH و آزمایشات بعدی بر اساس نتایج اولیه نیاز دارد. درمان آزواسپرمی شامل بازیابی اسپرم از بیضه‌ها به روش جراحی برای به دست آوردن اسپرم و استفاده فوری آن در چرخه‌های فناوری کمک باروری (ART) یا انجماد برای استفاده بعدی است.

فصل پانزدهم

اشاره اجمالی به درمان ناباروری

درمان‌های رایج ناباروری شامل القای تخمک‌گذاری است که به استفاده از درمان‌های دارویی برای القای تخمک‌گذاری و تحریک تخمدان اشاره دارد که با هدف القای چندین فولیکول تخمدان بالغ انجام می‌شود. یا مقاربت به موقع یا تلقیح داخل رحمی (IUI) ممکن است برای دستیابی به لقاح در زمان تخمک‌گذاری استفاده شود. از طرف دیگر، تخمک‌های بالغ ممکن است مستقیماً از تخمدان برای لقاح با استفاده از یک سوزن با هدایت اولتراسوند (IVF) بازبایی شوند.

گزینه‌های درمان

۱- دارویی

دو داروی خوراکی برای القای تخمک‌گذاری استفاده می‌شود. ۱- کلومیفن سیترات یک تعدیل‌کننده انتخابی گیرنده استروژن است که اثر بازخورد منفی استرادیول در گردش را مسدود می‌کند و باعث افزایش ضربان هورمون آزاد‌کننده گنادوتروپین هیپوتالاموس (GnRH) و متعاقب آن تولید FSH و LH هیپوفیزی و تقویت رشد فولیکول تخمدان می‌شود.

۲- لتروزول آروماتاز را مسدود می‌کند و غلظت سرمی استرادیول و گنادوتروپین‌های هیپوفیزی تحریک‌کننده را کاهش می‌دهد.

هر دو داروی کلومیفن سیترات و مهارکننده‌های آروماتاز دارای نرخ حاملگی چندقلویی کمتر از ۱۰ درصد هستند که اکثریت حاملگی دوقلویی است. در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک که تحت القای تخمک‌گذاری قرار می‌گیرند، لتروزول خط اول درمان است چراکه در مقایسه با کلومیفن نرخ تولد زنده بالاتری را (بدون تفاوت در میزان تحریک بیش از حد تخمدان، میزان سقط جنین، یا میزان حاملگی چندقلو) در بر داشته است.

این داروهای خوراکی در زنان مبتلا به هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک کمتر کاربرد دارد چراکه ممکن است پاسخ اندوژن گنادوتروپین هیپوفیزی محدود را به نمایش بگذارند یا اصلاً هیچ پاسخی ندهند. در این بیماران، تجویز ضربان دار GnRH تحریک فیزیولوژیک FSH و LH درون‌زا را با هدف القای بلوغ فولیکولی و تخمک‌گذاری بازبایی می‌کند. فرکانس ضربان‌ها برای تقلید از تغییرات فیزیولوژیک ضربانات GnRH تنظیم شده است. درمان با GnRH ضربان‌دار، نرخ حاملگی ۹۳ تا ۱۰۰ درصد را پس از ۶ ماه در برداشته است و به خوبی تحمل می‌شود و هیچ موردی از سندرم تحریک بیش از حد تخمدان نیز گزارش نشده است. به عنوان یک جایگزین، گنادوتروپین‌های خارجی می‌توانند برای تحریک مستقیم فولیکول‌های تخمدان استفاده شوند که در زنان مبتلا به هیپوگنادیسم هیپوگنادوتروپیک، اختلال عملکرد تخمک‌گذاری درونی، استفاده از یک

محرک تخمک‌گذاری خارجی را ضروری می‌سازد.

تحریک تخمدان را می‌توان با کلومیفن سیترات، مهارکننده‌های آروماتاز، گنادوتروپین‌ها یا ترکیبی از این داروها با دوزهایی مشابه دوزهای مورد استفاده برای القای تخمک‌گذاری انجام داد. تحریک تخمدان با تلقیح داخل رحمی برای درمان ناباروری غیر قابل توضیح همراه می‌شود؛ میزان تولد زنده به تشخیص، زنده ماندن اسپرم و پاسخ تخمدان بستگی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که برای زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، گنادوتروپین‌ها در مقایسه با کلومیفن سیترات، پس از شش چرخه تخمک‌گذاری منجر به نرخ بالاتری از تولد زنده شده‌اند؛ با این حال، در موارد استفاده از گنادوتروپین‌ها نرخ حاملگی چندقلویی تا ۳۶٪ گزارش شده است. سندرم تحریک بیش از حد تخمدان (۱٪ تا ۵٪ سیکل‌ها) که می‌تواند شامل آسیب، عدم تعادل الکترولیت و انعقادپذیری بیش از حد باشد، یکی دیگر از عوارض جدی استفاده از گنادوتروپین است. بنابراین، درمان با گنادوتروپین باید زیر نظر متخصص انجام شود.

یک چرخه IVF معمولی شامل تحریک با گنادوتروپین و به دنبال آن اسپیراسیون چند فولیکول تخمدانی است. تخمک‌ها را می‌توان با اختلاط با اسپرم در شرایط آزمایشگاهی (IVF) یا با تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI) در صورت وجود ناباروری شدید با عامل مردانه بارور کرد و اسپرم را می‌توان از طریق جراحی یا از انزال به دست آورد. رویان‌ها تحت شرایط مطلوب کشت می‌شوند و سپس تحت هدایت سونوگرافی به رحم منتقل می‌شوند.

آزمایش ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی ممکن است برای شناسایی جنین با یک ژن معیوب منفرد یا برای غربالگری جنین‌های یوپلوئید (جنین با تعداد صحیح کروموزوم) برای انتقال رحم مورد استفاده قرار می‌گیرد. جنین‌های کشت داده شده از طریق IVF، به منظور انتخاب مناسب‌ترین جنین برای انتقال، بیوپسی می‌شوند.

۲- باروری شخص ثالث

هنگامی که هر یک از زوجین دارای اختلال شدید در کیفیت یا کمیت یا وضعیت ژنتیکی در گامت هستند، ممکن است تخمک یا اسپرم اهدایی در نظر گرفته شود. رحم جایگزین (رحم اجاره‌ای) ممکن است در شرایطی که یک وضعیت پزشکی یا فقدان رحم مانع از تجربه بارداری زن می‌شود، در نظر گرفته شود.

انتخاب روش درمان ناباروری

برای افرادی که با عدم تخمک‌گذاری مراجعه می‌کنند، القای تخمک‌گذاری با مقاربت به موقع، اغلب اولین انتخاب درمان مناسب است. برای زوج‌هایی که ناباروری غیرقابل توجیه دارند، سه تا چهار سیکل اولیه تحریک تخمدان، با تلقیح داخل رحمی توصیه می‌شود. رویکردی که برای زنان با اندومترئوز یا دارای همسر با ناباروری خفیف مردانه نیز قابل استفاده است. اگر این رویکردها منجر به بارداری نشد، IVF باید در نظر گرفته شود. چرخه‌های گنادوتروپین-IUI برای ناباروری غیرقابل توضیح توصیه نمی‌شود.

سن، یکی دیگر از ملاحظات است که باید تصمیم‌گیری را هدایت کند. نرخ‌های موفقیت برای کاهش درمان باروری با افزایش سن: نرخ بارداری در هر سیکل برای کلومیفن و تلقیح داخل رحمی در زنان ۳۵ تا ۳۷ سال ۸.۲ درصد، در زنان ۳۸ تا ۴۰ سال، ۶.۵ درصد، درصد در زنان ۴۱ تا ۴۲ سال، ۳.۶ درصد و در زنان بالای ۴۲ سال، ۰.۸ درصد. مطالعات نشان دهنده کاهش موفقیت چرخه‌های IVF همگام با افزایش سن است، بنابراین به جای IUI با کلومیفن یا IUI با گنادوتروپین، در زنان مسن‌تر از ۳۸ تا ۴۰ سال، IVF فوری ممکن است به عنوان خط اول درمان در نظر گرفته شود، اگرچه زنانی که ذخیره تخمدانی به شدت کاهش یافته دارند ممکن است کاندیدای اهدای تخمک باشد. IVF فوری در موارد ناباروری شدید با عامل مردانه، ناباروری بر اثر فاکتور لوله‌ای دوطرفه درمان نشده یا در شرایطی که باید از آزمایش ژنتیکی قبل از لانه‌گزینی استفاده شود، توصیه می‌شود.

ملاحظات خاص در مشاوره بیمار

۱- نقش عوامل سبک زندگی

مطالعات نشان داده‌اند که چاقی زنان ($BMI > 30$)، ارتباط منفی با میزان تولد زنده پس از IVF دارند. برای زنان چاق، تأخیر بارداری تا دستیابی به کاهش وزن باید به شدت مورد توجه قرار گیرد. اینکه آیا کاهش وزن می‌تواند اثر مضر چاقی را بر کیفیت تخمک معکوس کند یا خیر نیز هنوز مشخص نیست. متفورمین میزان تولد زنده را در زنان مبتلا به سندرم تخمدان پلی‌کیستیک بهبود نمی‌بخشد و برای القای تخمک‌گذاری توصیه نمی‌شود. در میان جمعیت عمومی، مطالعات مشاهده‌ای ارتباط بین رژیم‌های غذایی خاص و افزایش باروری را مطرح نمودند. مطالعه‌ای مشاهده‌ای و آینده نگر الگوی غذایی در بین ۳۵۷ زنی که تحت ART قرار گرفته بودند را مورد مطالعه قرار داد، امتیازات افراد شرکت‌کننده بر اساس خودگزارشی مصرف مکمل اسید فولیک، ویتامین‌ها، میوه‌ها و سبزیجات با باقیمانده آفت کش کم، غلات کامل، غذاهای دریایی، لبنیات و سویا تخصیص داده شد. این مطالعه نشان داد که با رعایت این الگوی غذایی افزایش خطی در شانس تولد زنده به دنبال ART افزایش می‌یافت. مطالعات نشان دادند که استعمال دخانیات، مصرف داروهای روان‌گردان، الکل، مقادیر زیاد کافئین و گوشت قرمز در مردان ارتباط منفی با بارداری همسران این افراد دارد.

۲- داروهای باروری و نقایص مادرزادی

مطالعات شواهد متناقضی را در این زمینه نشان داده است که برخی افزایش و برخی عدم تفاوت نقایص مادرزادی را گزارش نموده‌اند.

۳- ناباروری و خطر سرطان

ناباروری یک عامل خطر برای سرطان سینه، آندومتر و تخمدان است. با این حال، واضح نیست که درمان باروری، به خودی خود نیز این خطرات را افزایش می‌دهد. سن بالا در اولین تولد، یائسگی دیررس و عدم

تخمک‌گذاری از ویژگی‌های افراد نابارور است اما با افزایش خطر سرطان تخمدان، آندومتر یا پستان نیز همراه است.

در حالی که زنان نابارور ممکن است در معرض افزایش خطر ابتلا به سرطان تخمدان، آندومتر و سینه باشند، شواهد قطعی دال بر این که داروهای باروری این خطر را افزایش می‌دهند، وجود ندارد. مشابه ناباروری زنان، ناباروری مردان نیز با خطر کلی بالاتری از سرطان همراه است.

۴- ناباروری به عنوان یک عامل خطر برای سلامت فرد

برخی از علل ناباروری با پیامدهای نامطلوب سلامتی مرتبط است. مثلاً سندرم تخمدان پلی‌کیستیک با چاقی، سندرم متابولیک، دیابت، دیس لیپیدمی و مقاومت به انسولین مرتبط است. ارتباط عدم تخمک‌گذاری با هیپرپلازی آندومتر و سرطان ثابت شده است. نارسایی اولیه تخمدان با افزایش خطر ابتلا به پوکی استخوان، بیماری‌های قلبی عروقی و اختلالات غدد درون ریز از جمله کم کاری تیروئید و نارسایی آدرنال همراه است. ارتباط بین باروری و سلامت کلی در مردان نیز وجود دارد.

فصل شانزدهم

غربالگری جنین و آثار آن

اهداف آزمایشات غربالگری سلامت جنین

بررسی ناهنجاری‌های کروموزومی جنین فرایندی است که طی آن والدین در دوران بارداری در خصوص ابتلا به سه نوع تریزومی ۱۳، ۱۸ و ۲۱ (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. لذا تست‌های مربوطه، با هدف درمان بیماری‌ها و تأمین و ارتقای سلامت مادر و جنین طراحی نشده است.

احتمال بروز سندرم داون بسیار اندک است به نحوی که بدون انجام هرگونه بررسی بیش از ۹۹.۸ درصد از عموم مادران باردار از این نظر فرزندشان سالم است و همین احتمال اندک نیز در بارداری زیر ۳۵ سال به طور قابل توجهی از بارداری‌های بالای ۳۵ سال کمتر می‌باشد. خطر ابتلاء به سندرم داون با افزایش سن مادر افزایش می‌یابد بطوری‌که در گروه سنی مادران باردار زیر ۲۰ سال ۶۷ صدم در هزار تولد زنده و در گروه سنی ۳۹-۳۵ سال ۴/۵۴ در هزار تولد زنده و در ۴۵-۴۹ سال، ۵.۵۶ در هزار تولد زنده دیده می‌شود (۳۰).

غربالگری سندروم داون پروسه‌ای است که طی آن به واسطه‌ی انجام تست‌های آزمایشگاهی و سونوگرافی و تلفیق پارامترهای مختلف به دست آمده از این تست‌ها و سن مادر در سه ماهه‌ی اول یا دوم بارداری احتمال ابتلای جنین به سندروم داون به صورت اعلام ریسک، مشخص می‌شود و در صورت پرخطر بودن نتیجه‌ی این مرحله، با انجام تست‌های تشخیصی تکمیلی وجود یا عدم وجود سندروم داون محرز شده و مادران صاحب فرزند داون جهت انجام سقط قانونی جنینشان، توسط سیستم بهداشتی هدایت می‌شوند. اما نکته حائز اهمیت اینجاست که، گنجاندن روش‌های جدید غربالگری در برنامه‌های معمول مراقبت از بارداری نیازمند بررسی تبعات اقتصادی، اجتماعی و اخلاقی آن در جامعه است.

به طور کلی پیاده کردن هر نوع تست غربالگری در سطح جمعیت در صورتی هزینه اثربخش است که تنها برای گروه‌های در معرض خطر، بدون تحمیل هزینه قابل توجه، به صورت کاملاً اختیاری و لحاظ کردن کنترل و نظارت دقیق و مستمر اجرا شود. بر همین اساس انجام تست‌های غربالگری در تمام کشورهای توسعه‌یافته از جمله انگلیس، کانادا، هلند و فرانسه به صورت کاملاً اختیاری و برای گروه‌های در معرض خطر، کاملاً رایگان و برعهده‌ی سیستم بهداشتی آن کشور انجام می‌گیرد.

همچنین در پروتکل انجام تست‌های غربالگری در کشورهای توسعه‌یافته تأکید شده است که غربالگری به ندرت برای همه بخش‌های یک جمعیت سودمند است. به علاوه غربالگری به دلیل مثبت کاذب و منفی کاذب اجتناب ناپذیر آن، پتانسیل آسیب زدن به افراد را دارد. لذا لازم است برنامه‌های غربالگری، به جای اینکه کل جامعه را شامل شوند، گروه‌های خاصی از جامعه را هدف قرار دهند تا اطمینان حاصل کنند فواید

غربالگری بر مضرات آن غلبه فاحشی خواهد داشت. از این رو ارزیابی دقیق نحوه‌ی پیاده‌سازی سیاست غربالگری برای هر کشور یک الزام است.

در ایران شیوه‌نامه‌ای برای ارائه‌ی روش پیشنهادی غربالگری از سوی اداره سلامت مادران دفتر جمعیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ابلاغ شد که در آن ضمن ارائه چارچوب و استانداردهایی برای تست‌های غربالگری، به لزوم انجام پیشنهاد غربالگری ناهنجاری‌های جنینی توسط ماما و پزشک ارائه دهنده خدمت مراقبت بارداری به مادران باردار پرداخته شده است.

پس از آن برنامه‌ی کشوری غربالگری سندرم داون با هدف ارتقای سطح سلامت و اطمینان از سلامت جنین به وسیله‌ی جلوگیری از تولد نوزادان مبتلا به سندروم داون، در برنامه‌ی مراقبت اولیه از زنان باردار در نظام سلامت کشور ادغام شد. در سال ۹۶ محاسبه شاخص‌های عملکردی این برنامه غربالگری نشان داد که ۹۴/۵ درصد از مادران باردار کل کشور تست‌های غربالگری را انجام دادند. در حالی که در کشورهای غربی به دلیل محدود کردن انجام غربالگری به گروه‌های پرخطر و همچنین احترام به انتخاب زنانی که به کلی غربالگری را انجام نمی‌دهند، میزان انجام تست‌های غربالگری بسیار کمتر است. به عنوان مثال در کشور کانادا، ۳۳/۶ درصد در سوئد ۳۳ درصد و در هلند کمتر از ۳۰ درصد مادران باردار غربالگری انجام می‌دهند.

میزان مثبت کاذب تست‌های غربالگری (False Positive Rate) در مادران باردار تحت پوشش شبکه بهداشت کشور ۱۶/۵ درصد و در کل کشور ۱۲/۵ درصد به دست آمد. همچنین نشان داده شد بین ۸ تا ۱۰ درصد از کل مادران باردار، برای تست‌های تشخیصی تکمیلی ارجاع می‌شوند که شامل (Non Invasive Prenatal Test) NIPT آمنیوسنتز، نمونه‌گیری از پرز جفتی و تست ژنتیک هستند. هر یک از تست‌های تکمیلی در سال ۱۴۰۲ هزینه‌ای حدود دو میلیون تومان بر خانواده‌ها تحمیل می‌کند. نکته مهم آن است که این تست‌ها تحت پوشش بیمه‌های پایه نیز قرار ندارد. حال آنکه اولاً در تمام کشورهای اروپایی، آمریکا و کانادا میزان مثبت کاذب تست‌های غربالگری بین ۱/۸ تا حداکثر ۵ درصد است و استانداردهای مربوط به میزان مثبت کاذب تست‌های غربالگری به دقت مانیتور می‌شود؛ ثانیاً تست‌های تشخیصی برای مادران باردار رایگان است؛ و ثالثاً استانداردهای مربوط به تست‌های تشخیصی تهاجمی برای به حداقل رساندن جنین‌های از دست رفته (Fetal loss) بسیار سختگیرانه صورت می‌گیرد.

این مطالعه همچنین نشان داد که روش غربالگری جاری در کشور مقرون به صرفه نیز نبوده است. با مقایسه بین هزینه نگهداری یک فرد مبتلا به سندرم داون معادل \$ 104'431 و هزینه کشف هر سندروم داون در روند غربالگری جاری در آن زمان در کشور معادل \$ 12'695'000 مشخص شد که روند نه تنها مقرون به صرفه نبوده بلکه اگر هیچ غربالگری در کشور انجام نشود و دولت بخواهد مثلاً با رعایت استانداردهای نگهداری از مبتلایان به سندرم داون در آمریکا پذیرای تمام متولدین مبتلا به سندرم داون در ایران باشد نسبت به شرایط فعلی ۱۲۱ بار هزینه کمتری صرف خواهد کرد.

در حال حاضر با توجه به مطالب پیش‌گفته و با عنایت به چالش‌های اخلاقی و ممنوعیت شرعی از بین بردن

جنین (تنها به دلیل تشخیص سندرم داون)، تصمیم‌گیری نهایی در خصوص امکان سقط جنین در دایره اختیار پزشکی قانونی است.

بر اساس قانون، 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.

تست‌های غربالگری روتین، در دو گروه عمده رادیولوژی و آزمایشگاهی (بیوشیمی و مولکولی) قرار می‌گیرند و شامل موارد زیر هستند:

۱- نشانگر رادیولوژی (سونوگرافی) NT (Fetal nuchal translucency)

افزایش ضخامت بافت نرم خلف گردن شناخته‌شده‌ترین و پرستفاده‌ترین مارکر است که بسیار زود قابل تشخیص بوده و هم‌اکنون در الگوریتم‌های غربالگری بسیاری از برنامه‌های ملی جای دارد. ثابت شده است که با اندازه‌گیری میزان ترانس لوسنسی چین خلفی گردن در جنین در نمای میدسازیتال و در فاصله هفته ۱۰ الی ۱۳ بارداری می‌توان وجود ادم میان بافتی را که یکی از علایم تشخیصی به نفع سندرم داون می‌باشد تشخیص داد.

چنانچه این اندازه از سه میل متر بیشتر باشد ارزش توجه دارد. البته باید توجه داشت که تنها در نیمی از موارد افزایش قابل توجه ضخامت چین خلف گردن، جنین مبتلا به تریزوم ۲۱ می‌باشد.

۲- نشانگر آزمایشگاهی PAPP-A (Pregnancy Associated Plasma Protein A)

گلیکوپروتئین دارای مولکول‌های درشت با منشاء جفت اسکت و غلظت آن در طول مدت یک بارداری طبیعی بطور ثابت افزایش می‌یابد. ثابت شده که کاهش قابل توجه این ماده با اختلالات کروموزومی در جنین به-خصوص سندرم داون مرتبط است و این همبستگی در هفته ۱۰ الی ۱۴ به حداکثر خود می‌رسد.

۳- نشانگر آزمایشگاهی Free β hCG or Total hCG

این هورمون که در دوران بارداری ابتدا با منشا جسم زرد و سپس کوریون و جفت ترشح می‌شود با ترشحات فزاینده به حداکثر مقدار خود در هفته ۱۰ بارداری می‌رسد (100,000 – 200,000 IU/L) و سپس در اوایل سه ماهه دوم افت نموده و در هفته ۱۸ به غلظتی در حد 20,000 IU/L می‌رسد. ترکیبات مختلف این هورمون یعنی Free β hCG و Intact or Total hCG را می‌توان در غربالگری سندرم داون اندازه‌گیری نمود ولی باید توجه داشت که عملکرد هر کدام بسته به هفته بارداری که در آن اندازه‌گیری می‌شوند متفاوت است. نشان داده شده که اندازه‌گیری Free β hCG در هفته ۱۱ الی ۱۳ بیشترین ارزش تشخیصی را در مورد سندرم داون دارد و در ترکیب با سایر مارکرهای سه ماهه اول قدرت تشخیص ۲-۳ درصد از Total hCG بالاتر است.

این اثر در هفته ۱۳ برعکس می‌شود؛ یعنی ارزش تشخیصی فرم کامل این هورمون قوی‌تر می‌گردد. در بارداری با جنین مبتلا به سندرم داون مقدار آن بالاتر از حد مورد انتظار است.

۴- آزمایشگاهی (UE3) Unconjugated Estriol

مسیر متابولیک تولید این هورمون، آدرنال و کبد جنین و بافت جفت را درگیر می‌کند. دی هیدرواپی آندوسترون سولفات تولید شده در آدرنال جنین در کبد به فرم هیدروکسیله تبدیل می‌شود که در نهایت در بافت جفت متابولیزه شده و به استریول تبدیل می‌گردد. بخشی از این استریول وارد جریان خون مادر می‌شود و با توجه به اینکه تمامی مقدار استریول غیرکونژوگه در سرم مادر منشاء جنینی دارد، می‌توان از تعیین مقدار آن در تشخیص سندرم داون استفاده نمود. در بارداری با جنین مبتلا به سندرم داون مقدار آن پایین‌تر از حد انتظار است.

۵- نشاگر آزمایشگاهی AFP

ابتدا در کیسه زرده و سپس در کبد جنین تولید و از راه جفت وارد جریان خون مادر می‌شود. مقدار این پروتئین در خون مادر در سه ماهه دوم افزایش می‌یابد. در بارداری با جنین مبتلا به سندرم داون مقدار آن کمتر از حد معمول و مورد انتظار می‌باشد.

۶- نشاگر آزمایشگاهی Inhibin -A

گلیکوپروتئین دایمیریک متشکل از دو زنجیره آلفا و بتا است که از تخمدان‌ها و جفت ترشح می‌شود، با افزایش سن بارداری به خصوص در سه ماهه آخر عمدتاً منشا جفتی دارد. در موارد ابتلای جنین به سندرم داون مقدار این ماده در خون مادر افزایش می‌یابد.

۷- Cell Free Fetal DNA یا NIPT (Non Invasive Prenatal Test)

با استفاده از تعیین توالی گسترده موازی یا تعیین توالی انتخاب کروموزومی که برای جداسازی DNA جنین عاری از سلول از پلاسمای مادر به کار می‌رود. می‌توان حتی در هفته ۱۰ حاملگی سندرم داون و سایر تریزومی‌های اتوزوم را تشخیص داد. در کارآزمایی‌های اخیر درباره این تکنیک در حاملگی‌های پرخطر، میزان تشخیص تریزومی‌های ۱۳، ۱۸ و ۲۱ حدود ۹۵ درصد و میزان مثبت کاذب در حد ۵ درصد گزارش شده است. اگر نتایج آزمایش‌های غربالگری خطر بالای ابتلای جنین به سندرم داون را محاسبه نماید، نمونه‌گیری از جنین به منظور انجام آزمایش تشخیص ژنتیک (کاریوتایپ) توصیه می‌شود. نمونه‌گیری از جنین به یکی از روش‌های آمنیوسنتز (در هفته ۱۵ الی ۲۰ بارداری) یا نمونه‌برداری از پرزهای کوریونیک (Chorionic Villus Sampling) در هفته ۱۰ تا ۱۴ بارداری امکان پذیر است.

نتیجه بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی

در صورتی که نتیجه بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی «نیازمند بررسی» (خطر بیشتر از یک به ۲۵۰)

باشد در صورت تمایل مادر به ادامه فرایند، تست NIPT (روشی غیر تهاجمی با استفاده از DNA آزاد جنینی در خون مادر) برای مادر درخواست می‌شود. چنانچه بر اساس مدارک تشخیصی ژنتیک، مادر دارای فرزند مبتلا به سندرم داون به دلیل ترانسلوکاسیون ۲۱ است، NIPT انجام نشده و مادر باید به پزشکی قانونی ارجاع داده می‌شود.

در صورتی که نتیجه آزمایش NIPT «نیازمند بررسی» باشد اگر علیرغم مشاوره، مادر همچنان بر از بین بردن فرزندش اصرار داشته باشد، برای تصمیم‌گیری در خصوص ورود به مرحله آزمایشات تشخیصی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود. در مورد کسانی که نتیجه تست NIPT آن‌ها مثبت است، باید تست تاییدی مانند کوردوسنتز (نمونه‌گیری از پرزهای کوریونی) یا آمنیوسنتز (در مایع آمنیون سلول‌های جنینی که بیشتر حاصل ریزش پوست جنین است، وجود دارند که می‌توان آن‌ها را به منظور آنالیز کروموزومی، آنالیز بیوشیمیایی و حتی مولکولی مورد استفاده قرار داد) انجام شود. پیش از انجام آمنیوسنتز یا کوردوسنتز، باید خطرات و عوارض احتمالی آمنیوسنتز/کوردوسنتز توضیح داده شود و رضایتنامه آگاهانه پدر و مادر از فرد متقاضی اخذ شود.

اگر در بارداری بیش از دو قلوبی، ترانسفیوژن در چهار هفته اخیر، سابقه پیوند بافتی، تخمک‌اهدایی و رحم‌اجاره‌ای نتیجه بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی در بارداری «نیازمند بررسی» باشد، مادر به جای NIPT، برای انجام آزمایش‌های تشخیصی به پزشکی قانونی ارجاع می‌شود.

تفسیر نتیجه NT و نسبت NT به CRL

اگر NT کمتر از $3/5$ میلی‌متر و نسبت اندازه NT به CRL کمتر از ۹۵ درصد باشد، برای انجام آزمایشات به موقع بیوشیمیایی یعنی ادامه فرایند Combined Test (همان روز یا حداکثر روز بعد) باید ارجاع داده شوند. اگر $NT \geq 3/5$ mm اگر NT بیشتر و یا مساوی $3/5$ میلی‌متر یا نسبت اندازه NT به CRL بیش از ۹۵ درصد باشد، NIPT به عنوان روش اولیه بررسی‌های ناهنجاری‌های کروموزومی در بارداری می‌تواند جایگزین Combined Test شود.

اگر نتیجه منفی باشد، جنین سالم بوده و بر اساس شرایط مادر، مراقبت‌های بارداری ادامه می‌یابد. اگر نتیجه مثبت باشد، جنین مبتلا به ناهنجاری کروموزومی بوده و باید با زوجین مشاوره شود و در صورت تصمیم‌گیری برای ختم بارداری، زوجین برای هرگونه اقدام قانونی بعدی به پزشکی قانونی ارجاع داده می‌شوند.

فهرست منابع

- اسلامی نسب، علی، مشاوره جنسی و زناشویی، نشر نوادیشان، ۱۴۰۲.
- اکبرپور، سمیه، بررسی نقش ویژگی های شخصیتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضایتمندی، پایان نامه 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؛ مکبری نژاد، روشنگر؛ عمارتکار، الهام؛ عمادی، فاطمه؛ افتخار، طاهره؛ مروری بر تدابیر سلامت جنسی از دیدگاه طب سنتی، نشریه تاریخ پزشکی، دوره دوم، شماره ۸، ۷۳-۷۹، ۱۳۹۵.
- 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 (پایان نامه 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، همسر من، 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.
- میرغضنفری، سید مهدی؛ <https://tabaye.ir/>؛ ۱۴۰۲.
- اصغری، علیرضا؛ <https://tabaye.ir/>؛ ۱۴۰۲.